



*Arvoperusteinen terveydenhuolto ja
informaation epäsymmetria*

Juha Laine

Matti Lyytikäinen

Kirjoittajat

Juha Laine

Työelämäprofessori, InFLAMES, Turun yliopisto

Real World Data Lead & Health Economics Advisor, Roche Oy

Matti Lyytikäinen

Espoon vanhusten palvelujen johtaja 2014-2021, eläkkeellä

Sisällys

1. Johdanto.....	4
2. Epävarmuus erilaisissa terveyspalveluissa.....	4
3. Vaikuttavuus- ja arvoperusteinen terveydenhuolto	5
4. Miten vähennetään tiedon epäsymmetriaa?.....	7
5. Laatu- ja vaikuttavuustiedon käyttö Espoon vanhusten palveluissa.....	8
6. Vanhuspalvelulaki, laatu ja riittävyys	10
7. Yhteenveto ja johtopäätökset.....	11
Kirjallisuus	13

1. Johdanto

Arrow (1963) esitti jo kauan sitten erityispiirteet, jotka tekevät terveydenhuollosta erityisen ja poikkeavan toimialan. Arrowin keskeinen havainto oli terveydenhuollossa oleva informaation epäsymmetria ja epävarmuus. Sairastumiseen liittyy merkittävää epävarmuutta. Voimme sairastua huomenna vakavasti tietämättä siitä vielä tänään mitään. Tupakoija tietää tupakoinnin lisäävän monien sairauksien riskiä mutta kaikki tupakoivat eivät kuitenkaan sairastu keuhkosyöpään. Kun sairastuu, potilaalla tai edes hänen omaisillaan ei tyypillisesti ole kykyä arvioida sairauden laatua saati sen hoitoon parhaiten sopivia hoitomenetelmiä. Tähän diagnostiseen tietämykseen liittyvän informaatio-ongelman ratkaisemiseen agentti (potilas) tarvitsee päämiehen (lääkärin), jonka agentti toivoo toimivan hänen parhaakseen. Potilaalla ei kuitenkaan tavanomaisesti ole mahdollisuutta arvioida kattavasti päämiehen ehdottamien tai suorittamien toimenpiteiden laatua tai päämiehen ammatillista osaamista. Parhaiten potilas pystyy arvioimaan omaa palvelukokemustaan ja hoitotoimenpiteen jälkeistä terveyshyötyä esimerkiksi koetun oirekuvan muutoksen ja elämänlaadun kannalta. Kokonaisuudessaan laatu ja vaikuttavuus selviää vasta palvelun käytön jälkeen tai mahdollisesti vasta vuosien päästä.

Terveysongelmat ja -riskit tai palvelutarjoajiin liittyvät valinnat eivät ole haastellisia vain informaation epäsymmetrian ja epävarmuuden näkökulmasta. Terveysongelmiin ja -riskeihin ja valintoihin liittyy potentiaalisia hyvinvointivaikutuksia. Ne realisoituvat potilaan elinajanodotteessa, elämänlaadussa, asiakaskokemuksessa, toiminta- ja työkyvyn muutoksessa ja näihin liittyvissä taloudellisissa vaikutuksissa.

2. Epävarmuus erilaisissa terveyspalveluissa

Lillrankin (2018) esittämän luokittelun mukaan terveydenhuollossa on erilaisia segmenttejä, joiden toimintalogiikka eroaa toisistaan merkittävästi. Tällaisia segmenttejä ovat päivystys, yksi käynti, elektiivinen, hoito, projekti, preventio ja hoiva. Segmentit ovat erilaisia monimutkaisuuden, päättymissääntöjen sekä tarvittavien resurssien, yhteistyömuotojen ja (potilas)asiakkuuden luonteen suhteen.

Lähtökohtamme tässä artikkelissa on oletus siitä, että palvelutarpeen ilmaantuessa informaation epäsymmetrialla on painoarvoltaan erilaisia merkityksiä edellä mainituissa terveydenhuollon segmenteissä. Pienissä, yleisissä ja todennäköisesti kertaluontoisesti rutiinisti hoidettavissa terveysongelmissa, kuten reikiintyneen hampaan paikkauksessa tai ylähengitysteiden akuutissa infektiossa (yksi käynti), päämieheen tai palvelun laatuun liittyvä informaatio-ongelma ei todennäköisesti ole kovin suuri (ks. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/perusterveydenhuollon-kayntisytyt>). Suurin osa ylähengitysteiden

infektioista hoituu levolla ilman antibioottia tai kajoavia diagnostisia testejä, eikä kyse todennäköisesti ole mistään vakavasta sairaudesta. Tyypillinen potilas on myös fyysisesti ja kognitiivisesti (lähes) täysissä voimissaan. Potilas voi myös olettaa, että keskimäärin ylähengitystieinfektion diagnosointi on lääkärin koulutuksen saaneelle melko helppoa ja hoitosuositukset ovat selkeät (ks.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01192>). Sen sijaan hoito- ja hoivasegmentissä informaation epäsymmetrialla voi sitä vastoin olla merkityksellisempi rooli. Hoidossa kyse voi olla lyhyelläkin aikavälillä elinajan odotteeseen, elämänlaatuun ja työ- ja toimintakykyyn merkittävästi vaikuttavasta toiminnasta. Projektissa ja hoivassa kyse voi puolestaan olla vuosia kestävästä toiminnasta sellaisten potilaiden kanssa, joiden fyysisessä ja kognitiivisessä toimintakyvyssä on merkittäviä vajeita. Keskitymme tässä artikkelissa erityisesti hoivapalveluihin.

3. Vaikuttavuus- ja arvoperusteinen terveydenhuolto

Porterin ym. (2006) esittelemä arvoperusteisen (tai vaikuttavuusperusteisen) terveydenhuollon malli (value-based healthcare, VBHC) on edistänyt vaikuttavuuden mittaamista ja tavoittelemista myös Suomessa (esim. Pitkänen ym. 2019; Kokko ym. 2021; Laine 2021). Arvoperusteisen terveydenhuollon malli korostaa (i) vaikuttavuuden systemaattista mittaamista (esim. International Consortium for Health Outcomes Measurement eli ICHOM-mittarien avulla), (ii) potilaalle merkityksellisten ja potilaan itse raportoimien vaikutusten mittaamista, (iii) palvelutuottajien välistä kilvoittelua ja vertaiskehittämistä (benchmarking), (iv) hoidon toteuttamista integroiduissa yksiköissä, (v) potilasarvon tuottamiseen sidottua palkitsemista ja (vi) kustannusten mittaamista koko hoitoepisodin ajalta (Porter 2006).

Arvoperusteisen terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamista Suomessa on hankaloittanut se, että terveydenhuollossa tiedot ovat tyypillisesti hajallaan ja kokonaisuudelta puuttuu ns. omistaja. Tietoa tuotetaan, mutta kukaan ei ohjaa järjestelmää. Palveluntuottajille tiedon ja tulosten hyödyntäminen on ollut vapaaehtoista ja kattava vertaiskehittäminen eli benchmarking on puuttunut. Järjestelmä on ollut pirstaleinen (ks. Teperi 2021). Lisäksi järjestäjän ja tuottajan roolia ei ole selkeästi erotettu, jolloin voi syntyä intressiristiriitoja. Pitkänen ym. (2021) ovat laajentaneet arvoperusteisen terveydenhuollon tarkastelua siihen, miten palvelujen organisoija (esim. hyvinvointialue) voisi tehokkaasti ohjata palvelutuotantoa ja -tuottajia vaikuttavuus- ja potilasarvoperusteisesti. Tämä on periaateessa hyvä lähestymistapa, koska esimerkiksi Pohjoismaissa palvelujärjestelmä toimii pikemmin hierarkisesti kuin markkinaehtoisesti. Keskeinen ohjauskeino hierarkisissa järjestelmissä on vaikuttavuustiedon tuottaminen ja jakaminen. Vaikuttavuustiedon käyttö on ensisijaisesti informaatioon ja dialogiin perustuvan ohjauksen väline, mutta vaikuttavuustietoa voitaisiin käyttää myös taloudellisen ohjauksen (esim. Tuuminen ym. 2021) ja normiohjauksen välineenä.

Arvoperusteisessa terveydenhuollossa ei ole erityisesti korostettu informaation epäsymmetriaan liittyviä kysymyksiä potilaan näkökulmasta. Painopiste on pikemminkin ollut palvelutuottajien toiminnan kehittämässä ja potilaalle merkityksellisten terveyshyötyjen aikaansaamisessa. Näitä tavoitteita voidaan edistää benchmarking-toiminnan ja potilasarvon tuottamiseen sidotun kompensaation avulla. Taustalla lienee kuitenkin ajatus myös siitä, että vaikuttavuustiedon kerääminen ja lopulta julkituominen johtaisivat ajan mittaan siihen, että potilaat hakeutuisivat oma-aloitteisesti hoitoon vain parhaisiin yksiköihin. Tämä ei kuitenkaan kaikilta osin toteudu terveydenhuollon arjessa. Terveydenhuollon eri segmenteissä palvelutarjoajien määrä ja välimatkat palvelupisteeseen vaihtelevat. Tiedon ohella potilaat voivat tarvita muun muassa palveluohjausta ja mahdollisesti tukea esimerkiksi matkakustannuksiin. Toisaalta, vaikka potilaat saavat valita hoitopaikan, he harvoin hyödyntävät saatavilla olevaa vaikuttavuustietoa valintapäätöstä tehdessään. Sen sijaan potilaat luottavat enemmän omaan kokemukseen, läheisten ja ystävien neuvoihin sekä lähettävän lääkärin suositukseen (Dixon ym. 2010).

Arvoperusteinen terveydenhuolto painottaa vaikuttavuuden mittaamisessa potilaalle merkityksellisten vaikutusten mittaamista. Mittarit vaihtelevat sairaus- ja potilasryhmittäin. Tyypillisesti mittarit kuvaavat objektiivisesti mitattuja tai ammattilaisen arvioimia kliinisiä hoitotulemia (esim. elossaolo, uusintahoido ja komplikaatiot) ja potilaan itse raportoimia toimintakykyyn liittyviä tulemia (esim. fyysinen toimintakyky, kipu ja elämänlaatu). Sairausryhmätasolla ICHOM-mittareita on yleensä kymmenkunta. Suomessa ainakin perusterveydenhuollossa potilaat kuitenkin arvostavat hoitoon pääsyä eli lyhyttä jonotusaikaa ja lyhyttä etäisyyttä hoitopaikkaan. Sinervon ym. (2016) mukaan terveyskeskusten asiakkaat ja terveyskeskusta vaihtaneet pitivät palveluiden sijaintia keskeisimpänä terveysaseman vaihtamisen syynä. Hoidon laatua, lääkäri- ja hoitaja-aikojen saatavuutta sekä hyviä kulkuyhteyksiä ja terveysaseman hyvää mainetta pidettiin lähes yhtä tärkeinä tekijöinä. On perusteltua kysyä, että ovatko sijainti ja hoitoon pääsy korostuneen tärkeitä vain siksi, että (i) Suomessa perusterveydenhuollon keskeinen ongelma on juuri hoitoon pääsy, (ii) nämä ovat käytännössä ainoat laatu tiedot, joista potilas voi löytää tietoa esimerkiksi internetistä (esim.

<https://www.espoo.fi/fi/hoitoon-paasy-terveysasemilla> ja

<https://www.vsshp.fi/fi/syopakeskus/potilaalle/hoitoonpaasy/Sivut/keuhkosyovan->

[hoitoonpaasyajat.aspx](https://www.vsshp.fi/fi/syopakeskus/potilaalle/hoitoonpaasy/Sivut/keuhkosyovan-hoitoonpaasyajat.aspx)) ja (iii) saatavuus- ja etäisyydestietoja ja niiden eroja on paljon helpompi tulkita kuin kliinisiä hoitotulemia kuvaavia lukuja ja vaikuttavuusmittareita.

Suomessa on tehty pitkään terveystalouden mittaamistyötä vaikkakaan ei juuri arvoperusteisen terveydenhuollon konseptin alla. Tehohoidon hoitotulosten, vaikuttavuuden ja resurssikäytön kansallista arviointia pidetään Suomessa parhaimpana esimerkkinä. Tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen liittyvää terveydenhuollon suorituskyvyn mittaamista ja vertailukehittämistä on tehty myös muualla erikoissairaanhoidossa jo pitkään, kuten esimerkiksi PERFECT-hankeessa (PERFECT – Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset 2023). Kansallisesti kiinnostava esimerkki on myös

vanhusten pitkäaikaishoito ja kotihoito, jossa laadunseurantaa on tehty RAI-järjestelmän avulla jo yli 20 vuotta. Eräiden näkemysten mukaan edessämme on kuitenkin vasta nyt vaikuttavuuden vuosikymmen (<https://soteuudistus.fi/-/huomenna-han-tulee-vaikuttavuusperustaisen-ohjauksen-uusi-tuleminen>).

4. Miten vähennetään tiedon epäsymmetriaa?

Asiakasnäkökulman vahvistuminen terveydenhuollossa samanaikaisesti mittaamisen ja vaikuttavuuspyrkimysten yleistymisen kanssa voivat johtaa siihen, että tiedon epäsymmetria vähenee. Terveydenhuollon arjessa eräs toimintamalli on ryhtyä mittaamaan palvelutuottajakohtaisesti vaikuttavuutta (tai laatua) yksiselitteisin ja yhteismitallisilla mittarein. Tämä voisi johtaa siihen, että eri palvelutuottajat voivat ja pyrkivät omaehtoisesti ja julkilausutusti toimimaan tehokkaasti ja potilasarvoa tuottavasti. Yhtenä hyvänä esimerkkinä tämän suuntaisesta systemaattisesta pyrkimyksestä ja strategisesta työstä on Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS), joka vuonna 2021 sai työstään Vaikuttavuusseura ry:n myöntämän vuoden vaikuttavuuskulttuuriteon palkinnon ([https://www.tays.fi/fi-FI/Pirkanmaan_sairaanhoitopiirille_Vuoden_v\(141516\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Pirkanmaan_sairaanhoitopiirille_Vuoden_v(141516))).

Edellä esitettyä toimintamallia voidaan vielä viedä myös siihen suuntaan, että kaikkien palvelutuottajien toiminnasta tuotetaan vertailukelpoista tietoa ja vertailukehittämisestä tehdään täysin julkista. Tällöin ajatuksena on se, että heikoimmat toimijat pakotetaan ja ohjataan ”paljastamaan” itsensä sekä muille palvelutuottajille että potilaille, mikä pakottaisi heikoimpia yksiköitä kohentamaan toimintaansa ja kulkemaan kohti tehokkuusrintamaa. Tällöin potilaat voisivat tehdä tietoon perustuvan valinnan hoidostaan, mikäli kyse on sellaista terveydenhuollon segmentistä, jossa valinta on ylipäättään mahdollista. Palvelun järjestäjä voisi puolestaan hyväksyä tuottajapooliin vain sellaisia toimijoita, jotka täyttävät tietyt vähimmäiskriteerit. Jos raha seuraisi potilasta, niin palvelutuottajia käytännössä palkittaisiin tällä tavoin laadukkaasta ja vaikuttavasta toiminnasta.

Suomessa tähän mennessä toteutetut vertailukehittämishankkeet ovat usein kuitenkin alkuvaiheessa jääneet siihen, että keskeiset ja tarkat vertailutiedot ovat olleet vain osallistuvien organisaatioiden käytössä. Julkisesti on ollut saatavilla tunnisteetonta eikä välttämättä aivan ajantasaista aggregaatitietoa. THL:n PERFECT-hanke on ilmeisesti joissakin tapauksissa johtanut siihen, että jaettu vertailutietoa on eräissä yksiköissä johtanut toiminnallisiin muutoksiin. Vanhusten pitkäaikaishoidon laadun seurantajärjestelmä RAI otettiin puolestaan käyttöön Suomessa vuonna 2000. RAI:n käyttö on asteittain laajentunut. Vanhuspalvelulain mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä 1.4.2023 alkaen. Pitkäaikaishoidon RAI sisältää noin 40 kliinistä laatuindikaattoria. Kerätyt tiedot palautuvat osallistuville yksiköille vertailukehittämisen työkalujen kautta. RAI-hankkeessa on havaittu, että esimerkiksi yli yhdeksän lääkkeen yhtäaikaista käyttöä, psykiatrisien lääkkeiden käyttö on vuosien mittaan

vähentynyt. Asiakkaille ja omaisille ajantasaisia RAI-tietoja ei kuitenkaan ole tyypillisesti ollut aina yksikkötasolla saatavissa. Tällöin tiedot eivät vähennä ainakaan asiakkaan kokemaa tiedon epäsymmetriaa eivätkä asiakas ja omaiset voi päätöksenteossaan ottaa kattavasti laatua huomioon.

Vertailukehittämishankkeet eivät tässä suhteessa ole olleet täysin potilaskeskeisiä, vaikka kyse olisi ollut sellaisesta palvelusegmentistä, jossa keskimääräsiellä asiakkaalla tai hänen omaisillaan voisi olla valinnan mahdollisuutta, kiinnostusta ja kykyä arvioida laatutietoja. Tuoreimpana esimerkkinä vertailukehittämisestä ja systemaattisesta mittaamisesta ja julkisesta raportoinnista ovat terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit, joita on tälle hetkellä yhdeksän

(<https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/tietopohja-ja-tyokalut/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>). Esimerkiksi diabeteksen laaturekisterissä esitetään potilasmäärät, mittauskattavuus (%), LDL-kolesteroli – ja HbA1c-arvoja kunnittain ja hyvinvointialueittain. Vielä on epäselvää, missä määrin kansalliset laaturekisterit parantavat hoidon laatua ja vaikuttavuutta, vähentävät laatuvariaatiota ja vähentävät tiedon epäsymmetriaa.

Mittaamisen (kliiniset mittarit, asiakaskokemusmittarit, henkilöstön hyvinvointimittarit) ja vertailukehittämisen lisäksi lienee realistista uskoa, että terveydenhuollossa tarvitaan edelleen myös normiohjausta, valvontaa ja maineuhkaa. Laatutyöstä huolimatta esimerkiksi vanhustenhuollossa on esiintynyt laatuongelmia vuosikymmeniä ja niitä esiintyy yhä (mm. Laine 2005; Aejmelaeus ym. 2019). Viimeisimpänä vuoden 2019 alussa alkanut ns. hoivakriisi, joka johti jopa eräiden hoivakotien sulkemiseen ja mainehaittaan (ks. Toivonen ym. 2021). Kriisin seurauksena esimerkiksi Esperi Care joutui hidastamaan laajenemispyrkimyksiään ja panostamaan lisää hoidon laatutyöhön muun muassa perustamalla ulkopuolisista geriatrian asiantuntijoista koostuvan laaturyhmän. Keskeisenä haasteena on se, että millä kannustimilla ja prosesseilla mittaaminen johtaa sellaiseen toiminnan kehittymiseen, joka myös vähentäisi tiedon epäsymmetriaan liittyviä kustannuksia laadun yleisen kohentumisen ja laatuvariaation pienentymisen kautta. Samalla pitäisi kuitenkin tunnistaa ja ymmärtää kausaalivaikutukset resurssien, prosessien ja vaikuttavuuden välillä.

5. Laatu- ja vaikuttavuustiedon käyttö Espoon vanhusten palveluissa

Esimerkkinä kiinnostavasta toimintamallista, jossa on pyritty vähentämään tiedon epäsymmetriaa, kuvaamme Espoossa kehitetyn, Länsi-Uudenmaan kunnissa vuoden 2020 alussa käyttöön otetun, ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen valinnanvapausmallin. Mallin kehittäminen ajoittuu aikaan ennen hyvinvointialueita mutta mallin konsepti ja tavoitteet ovat edelleen huomionarvoisia ja sovellettavissa olevia. Hankkeen ensisijaisena tavoitteena ei ollut ymmärrettävästi tiedon epäsymmetrian vähentäminen, vaan saada laadultaan paremmat hoivapalvelut sekä kannustaa palveluntuottajia hyvän laadun tuottamiseen yllä kuvattua ”raha seuraa asiakasta” ideaa hyödyntäen.

Laatu- ja vaikuttavuustiedon julkistaminen ja hyödyntäminen oli kuitenkin keskeinen elementti uuden toimintamallin toteutuksessa.

Perinteisessä, Espoossa ja eräissä muissa Länsi-Uudenmaan kunnissa käytössä olleessa, mallissa palvelujen hankintapäätökset, jotka ohjasivat sopimuskauden aikana palvelujen hankintaa, tehtiin hinnan ja mahdollisesti kilpailutusvaiheessa tehdyn palvelun laadunarvioinnin perusteella. Vaikka palvelun laadulla oli tietty painoarvo päätöksenteossa, laadun arviointi tehtiin tarjousasiakirjojen perusteella, jolloin kyse oli enemmänkin palvelutuottajan lupaamasta laatutasosta, jonka toteutumista ostajaorganisaation ja valvovien viranomaisten tuli sitten toiminnassa valvoa. Hankintapäätöksessä määriteltiin ohjeellinen palvelujen ostojärjestys, eli mistä hoivakodeista palveluja tulee ensisijaisesti hankkia. Ongelmana mallissa oli se, että kilpailutuksessa hyvin pärjänneillä ei ollut kannustetta laadukkaaseen toimintaan, koska heidän asemansa ei ollut sopimuskaudella vakavasti uhattuna. Ainoa uhka oli valvovien viranomaisten toteamat laatuongelmat ja asettamat sanktiot, asiakassulut ja sopimussakot tai äärimmäisessä tapauksessa sopimuksen irtisanominen. Laatuongelmien osoittaminen ja sanktiointi vaati puolestaan paljon valvontaresursseja. Toisaalta ostojärjestyksessä alempana olevat eivät pystyneet parantamaan sopimuskauden aikana asemaansa, vaikka olisivat tuottaneet hyvälaatuisia palvelua, vaan olivat vaikeuksissa, koska asiakkaita ei ollut riittävästi.

Valinnanvapausmallissa ajatuksena oli se, että kunnat eivät ensisijaisesti sitoudu tiettyihin palveluntuottajiin, vaan kaikki kuntien määrittämään hoidon vaadittuun laatutasoon ja korvaustasoon sitoutuvat palveluntuottajat ja hoivakodit voivat ilmoittautua mukaan. Korvaus hoivasta oli kaikille palveluntuottajille sama. Asiakkaan hoivakotiin ohjautumista ohjasi asiakkaan, ja usein omaisten, toiveet tietystä hoivakodista, käytettävissä olevien vapaiden paikkojen puitteissa. Tavoitteena oli kannustaa hyvään laatuun ja palkita laadukkaasta palvelusta. Uudessa mallissa laatua arvioitiin palvelun toteutuneen laadun perusteella (ks. alla). Palveluntuottajat kilvoittelivat (näennäis)markkinoilla, kun puolestaan aiemmassa hankintamallissa palveluntuottajat kilpailivat markkinasta, eli tietystä hankintapäätöksessä hyväksyttävästä markkinaosuudesta (hyvästä sijoituksesta ostojärjestyksessä).

Jotta valinnanvapausmalli toimii hyvin, seuraavien edellytysten tulee toteutua: palveluntuottaja ei saa valita asiakkaitaan (cream skimming), kilpailun palveluntuottajien välillä tulee olla todellista sekä asiakkailta tulee olla riittävästi tietoa hoivakotivalintojen pohjaksi (Le Grand 2009). Sen jälkeen kun kunnan viranhaltija on tehnyt päätöksen tehostetun palveluasumisen tarpeesta ja asiakas, tai läheinen hänen puolestaan, on tehnyt hoivakotivalinnan, palveluntuottaja ei saa kieltäytyä ottamasta asiakasta vastaan, mikäli se on ilmoittanut vapautuneesta paikasta. Tämä tulee varmistaa palveluntuottajan ja ostajan välisessä sopimuksessa.

Tehostettu palveluasuminen on toiminta-alue, jossa perinteisesti on kunnallisen palvelutuotannon lisäksi paljon yksityistä palvelutuotantoa, joten valinnan mahdollisuuksia periaatteessa on. Jos kaikki

kunnan käytössä olevat hoivakotipaikat ovat täynnä, ei valinnanvaraa luonnollisesti ole. Palveluntuottajalle ei myöskään synny kannustetta tuottaa laadukkaita palveluja, jos vapautuvalle hoitopaikalle ohjautuu aina uusi asiakas vaihtoehtojen puuttuessa. Toimiakseen hyvin, valinnanvapausmalli kuitenkin edellyttää, että hoivakotipaikoista on jonkin verran ylitarjontaa, eli kilpailun asiakkaista tulee olla todellista. Espooseen ylitarjontaa oli 2010-luvun aikana syntynyt, koska kaupunkiin valmistui aiempien suunnitelmien mukaiset palveluntuottajien hoivakodit, mutta kaikkia hoitopaikkoja ei tarvittu, koska akuuttien sairauksien aktiiviseen kuntoutukseen ja kotihoidon vahvistamiseen tähtäävä avohoitopainotteinen toimintamalli oli vähentänyt hoitopaikkojen kysyntää aiemmin ennakoidusta.

Menettely asiakkaan ohjautumisessa hoivakotiin vaihtelee jonkin verran kunnittain, mutta yleensä kunnan sosiaalityöntekijä tai palveluohjaaja tekee asiakkaalle palvelutarpeen arvioinnin, tarvittaessa muita sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita konsultoiden. Mikäli palvelutarpeen arvioinnin perusteella hoivakotiin muuttaminen on tarkoituksenmukainen ratkaisu, ko. työntekijä auttaa hoitopaikan järjestämisessä. Valinnanvapausmallissa asiakas tekee hoivakodin valinnan. Jotta asiakas, tai läheinen asiakkaan puolesta, pystyy tekemään perustellun, tietoon nojaavan päätöksen, palvelun laadusta tulee olla käytettävissä tietoa. Tiedon tulee olla läpinäkyvää ja sen tulee olla kaikkien saatavilla. Länsi-Uudenmaan kuntien tehostetun palveluasumisen hankinnassa tämä ratkaistiin kehittämällä ns. hoivakotiportaali (<https://hoivakodit.lu-palvelut.fi/fi-FI/>). Portaalista löytyy kaikkien sopimuksen piirissä olevien hoivakotien perustietojen lisäksi asiakkaiden ja omaisten arvioita hoivakodista sekä myös kuntien valvovien viranomaisten yleisarvio hoivakodin toiminnasta sekä myös valvontakäyntikertomukset. Laadunseurantajärjestelmä RAI:n tultua vanhuspalveluissa vuonna 2023 lakisääteisesti kaikkien käyttöön, RAI-tulosten liittäminen portaaliin on tarkoituksenmukaista.

6. Vanhuspalvelulaki, laatu ja riittävyys

Toinen esimerkki tiedon epäsymmetrian vähentämiseksi liittyy vanhuspalvelulain veloitteeseen raportoida palvelujen laadusta ja riittävydestä. Laki edellytti aiemmin, että "toimielimen" tulee vuosittain arvioida ikääntyneiden sosiaalipalvelujen laatua ja riittävyttä. Toteuttaakseen tämän veloitteen Espoossa sosiaali- ja terveyslautakunta, myöhemmin hyvinvoinnin ja terveyden lautakunta, käsitteli vuodesta 2015 alkaen vuosittain iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen riittävyys, laatu ja omavalvonta -raportin (<https://espoo.oncloudos.com/kokous/2022623-5-124912.PDF>).

Raportissa huomioitiin myös terveydenhuoltolain

(<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>) 8§ edellyttämä suunnitelma

laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta sekä sosiaalihuoltolain (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®) 47§ edellyttämät omavalvontasuunnitelman raportointitarpeet.

Palvelujen riittävyyttä arvioitiin vertaamalla voimavaroja, palvelujen määrää, peittävyttä sekä palvelurakennetta vertailukelpoisten kuntien vastaaviin hyödyntämällä raporttia kuuden suurimman kaupungin vanhuspalvelujen sosiaali- ja terveyspalveluista ja kustannuksista (https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/22_07_07_Kuusikko_Vanhusten_palvelut_2021.pdf). Riittävyyttä arvioitiin myös tarkastelemalla eri palvelujen saatavuutta, odotusaikoja ja prosessien sujuvuutta.

Laadun arvioinnissa hyödynnettiin lisäksi kotihoidon ja asumispalvelujen RAI-dataa sekä muita käytettävissä olevia vertailutietoja. Raporttiin kerättiin yhteenvedot palautteista säännöllisesti palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Lisäksi raportti sisälsi tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. Arvioinnissa huomioitiin myös sosiaaliamiehen vuosittaisessa selvityksessä esitetyt havainnot. Johtopäätösosio sisälsi myös vuosittain keskeiset toimenpiteet laadun ja saatavuuden parantamiseksi.

7. Yhteenvedo ja johtopäätökset

Vaikuttavuus- tai arvoperusteisesta terveydenhuollosta puhutaan nykyään paljon. Aiemmin lainsäädäntö ei kuitenkaan kannustanut toimimaan siihen suuntaan. Odotusaikojen julkaisemisesta oli laeissa eniten mainintoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö edellytti laadun varmistamiseksi erilaisten suunnitelmien tekemistä (ks. edellä).

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä tilanne on merkittävästi muuttunut. Varsin hajautetusta järjestelmästä on siirrytty keskitetyksi ohjattuun järjestelmään. Jatkossa hyvinvointialueiden on seurattava ja raportoitava vuosittain alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä väestöryhmittäin, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja tuottavuutta. Tieto kerätään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittelemien tietorakenteiden ja -sisältöjen mukaisesti. Tiedon pohjalta tehty raportti tulee julkaista, tietoa tulee verrata muiden hyvinvointialueiden tietoihin sekä hyödyntää johtamisessa ja päätöksenteossa. Laatu- ja vaikuttavuustietoa hyödynnetään myös sosiaali- ja terveysministeriön ja hyvinvointialueiden välisissä neuvotteluissa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>).

Myönteisenä asiana voidaan edelleen todeta, että sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa vuosille 2023–2026 (STM 2022) painotetaan myös vaikuttavuuden mittaamista. Yhden tavoitteen mukaan palvelujen kansallisessa ja alueellisessa ohjauksessa painottuu vaikuttavuusperusteisuus. Tavoitteelle asetetut mittarit ovat kuitenkin toistaiseksi ns. prosessimittareita. Niissä edellytetään hyvinvointialueita hyödyntämään vaikuttavuusmittareita

sisäisessä ohjauksessa, osallistumaan vaikuttavuusverkostoihin sekä suunnittelemaan ja käynnistämään vaikuttavuuden pilotteja.

Tiedon epäsymmetriaa tuskin koskaan voidaan terveydenhuollossa poistaa. Mittaamiseen ja raportointiin tarvittavan tietopohjan parantuminen ja vaikuttavuuden aiempaa voimakkaampi korostaminen tarjoavat kuitenkin pohjan tuottaa tietoa, joka auttaa asiakkaita esimerkiksi hoitopaikkapäätösten tekemisessä. Esittelemämme Länsi-Uudenmaan kuntien tehostetun palveluasumisen hankinnassa käytetty hoivakotiportaali ja sitä kautta saatavilla olevat yksityiskohtaiset valvontakäyntikertomukset ovat tästä oivia esimerkkejä. Ei ole kuitenkaan itsestään selvää, että asiakkaat laajamittaisesti hyödyntävät tällaista informaatiota.

Informaatioon ja dialogiin perustuvan ohjauksen lisäksi vaikuttavuus- tai laatutietoa voitaisiin käyttää myös taloudellisen ohjauksen ja normiohjauksen välineenä. Tällaisen ohjauksen omistajuus tulee olla kansallisella tasolla, missä määritellään tavoitteet ja jossa luodaan kannusteet, joiden avulla esimerkiksi hyvinvointialueet saadaan toimimaan tavoitteiden suuntaisesti. Sote-uudistuksen myötä tähän tarvittavat rakenteet ja edellytykset ovat olemassa. Palvelutuotannon arvioinnin uskottavuus, päätöksenteon tehokkuus, voimavarojen uudelleenjaon oikeiden mukaisuus ja ylipäätään palvelutuotannon kehittäminen edellyttävät vaikuttavuustiedon lisäksi ymmärrystä ja tutkittua tietoa myös resursseista ja prosesseista ja niiden yhteydestä vaikuttavuuteen.

Kirjallisuus

Aejmelaeus R & Hetemäki M (2019) <https://valtioneuvosto.fi/-/10623/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-1> Haettu 27.7.2023

Arrow K (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review* 53;5:941-973

Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N & Magee H (2010) Patient Choice: How patients choose and how providers respond. King's Fund 2010.
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf
Haettu 25.7.2023

Kokko P & Kork A-A (2021) Value-based healthcare logics and their implications for Nordic health policies. *Health Services Management Research* 34;1:3-12

Laine J (2005) Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. *Stakes Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Tutkimuksia* 151

Laine J (2021) Kustannusvaikuttavuus, arvoperusteinen terveydenhuolto ja arvon arviointi. *Dosis* 37;4:430-443.

Le Grand J (2009) *The Other Invisible Hand*. Princeton University Press.

Lillrank P (2018) *The Logics of Healthcare: The Professional's Guide to Health Systems Science*. 1st Edition. Francis & Taylor.

PERFECT – Hoitoketjun toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect> Haettu 18.7.2023

Pitkänen L, Haavisto I, Vähäviita P, Torkki P, Leskelä RL, Lillrank P & Komssi V (2019) VALUE-BASED SOCIAL AND HEALTH CARE from outputs to outcomes. Nordic Healthcare Group.

Pitkänen L, Leskelä R-L, Torkki H & Torkki P (2021) A Value-Based Steering Model for Healthcare. *Front. Health Serv.* 1:709271. doi: 10.3389/frhs.2021.709271

Porter M & Teisberg E (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.

STM 2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM_2022_18J.pdf?sequence=1&isAllowed=y Haettu 18.7.2023

Sinervo T, Tynkkynen L-K & Vehko T (toim.) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016. Helsinki.

Teperi J (2021) Arvoperusteinen terveydenhuolto – joko nyt? Suomen Lääkärilehti 7:391

Toivonen V-M, Muukkonen M & Mäki-Petäjä-Leinonen A (2021) Vanhuspalvelujen laatu ja valvonta – käytäntöjä ja uudistamistarpeita. Oikeus 50;2:209-227

Tuuminen R, Kiuru K, Kummila S & Lankinen P (2021) Arvoperusteiset korvausmallit terveydenhuollossa – esimerkkinä polven tekonivelleikkaus. Lääkärilehti 45:2652-2656a