

## Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta

Perustuslaki turvaa kansalaisille terveyspalvelut. Kansanterveyslaki vuodelta 1972 on valmisteltu vuoden 1960 ja 1970 luvun taitteessa, jonka jälkeen väestön terveydessä on tapahtunut merkittävää kehittymistä. Kansanterveyslakia ollaan nyt ajanmukaistamassa. Uuden kansanterveysyön lakiluonnoksen perusteluosassa todetaan, että kansanterveysyön tavoitteena on kuntalaisten mahdollisimman hyvä terveys, joka pitäisi olla mahdollisimman tasapuolisesti kaikkien saatavissa. Vaikka kansanterveys on monien osoittimien mukaan parantunut, ovat sosiaaliryhmien ja sukupuolten väliset erot säilyneet suurina. Tupakointi, ravitsemusvirheet, liikunnan vähäisyys ja alkoholin liikakäyttö selittävät väestön sairastavuudesta ja ennenaikaisesta kuolleisuudesta 60–70 prosenttia. Useimmat terveyden rakenteelliset taustatekijät esimerkiksi mahdollisuudet tehdä terveyttä edistäviä valintoja tai elää terveyttä edistävissä ympäristössä ovat terveydenhuollon ulottumattomissa. Siksi kunnan tulee ottaa väestön terveys huomioon kaikissa kunnan toiminoissa ja tehdä yli hallintokuntarajojen ulottuvaa yhteistyötä terveyskysymyksissä. Tavoitteellinen johtaminen, toiminnan suunnittelu ja arviointi edellyttävät, että kunta seuraa väestön terveydentilan kehittymistä väestöryhmittäin.

Terveydenhuollon suunnittelu, seuranta ja arviointi edellyttävät kattavia tietoja terveyteen vaikuttavista tekijöistä kunnissa. Tietolähteenä ovat väestötutkimusten lisäksi erilaiset tilastot ja rekisterit. Tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttöä tarkasteltiin kunnan näkökulmasta olemassa olevien tietokantojen ja rekisterien avulla. Terveyttä koskevat tietokannat ja rekisterit sisältävät runsaasti käyttömahdollisuuksia, joita ei ole kunnissa vielä hyödynnetty informaatio-ohjaukseen terveydenhuollon päätöksenteossa ja suunnittelussa. Tutkimusajankohtana vain puolessa terveyskeskuksissa kirjattiin potilaiden lääkerissäkäyntisytyt tietokantoihin. Epäselvää on, käytetäänkö kirjattu tieto sen jälkeen hyödyksi väestön terveyspalveluja suunniteltaessa tai terveyden edistämishjelmissä.

Terveyspalvelujen tarvetta voidaan määritellä useilla eri tavoilla ja useista eri lähtökohdista. Terveyspalvelujen tarvetta voivat määrittää asiantuntijoiden ja kansalaisten terveyskäsitykset. Terveyspalvelujen käyttö ei ole synonyymi terveyspalvelujen tarpeelle, koska siihen vaikuttavat oleellisesti terveyspalvelujen käyttötavat, päätös haakeutua palvelujen piiriin ja sairauden havaitsemiseen liittyvät asiat.

Oikeudenmukaisuudella ja tasa-arvolla perustellaan terveyspalvelujen kysyntää ja tarjontaa terveydenhuollossa. Keskeisiä käsitteitä eri maiden terveydenhuollossa ovat oikeudenmukaisuus ja epäoikeudenmukaisuus sekä tasa-arvo ja eriarvoisuus, joihin kulttuurierot vaikuttavat ja joista voidaan johtaa terveyspalvelujen tarjontaan ja kysyntään liittyviä tarpeen määrittelyjä.

Tutkimuksessa menetelmällisenä lähtökohtana käytettiin yhteisöistä tehtävää analyysiä, jonka avulla pystytään arvioimaan maantieteellisesti rajatun väestön terveyspalvelujen käyttöä. Yhteisöanalyysistä oletetaan olevan apua kunnan päätöksenteossa suunniteltaessa terveyspalveluja väestölle. Yhteisöanalyysin avulla muodostettavan yhteisödiagnoosin avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä väestön terveystarpeista ja arvioida olemassa olevan terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta sekä suunnata rajallisia voimavaroja oikeisiin kohteisiin. Väestön oman toiminnan merkitys on ratkaiseva esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien, syöpätautien ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyssä. Yhteisödiagnoosin tuottama tieto voidaan kohdentaa riskiryhmille, ja samalla voidaan tukea omaehtoista terveydenhoitoa. Erityisesti väestövastuudessa perusterveydenhuollossa väestön tuntemuksen merkitys korostuu. Kattava yhteisödiagnosi kertoo, missä määrin väestö on tyytyväinen nykyisiin palveluihinsa. Tutkimus ja kehittämistyössä yhteisödiagnostiikka on ennen kaikkea laadunvarmistuksen apuväline, jolla voidaan seurata terveydenhuollon kustannuksia, tuottavuutta, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Terveydenhuollon tulosten arviointi edellyttää väestön terveydentilan seuranta.

Tärkeintä olisi löytää ne mittarit, joilla voidaan tehdä kattava yhteisöanalyysi ja sen jälkeen tehdä perusteltu yhteisödiagnosi, jonka avulla voidaan laatia kunnan hyvinvointiohjelma siten, että se saadaan sisällytettyä kunnan talousohjelmaan.

Tässä tutkimuksessa pääpaino asetettiin käytännön sovellutuksen

laadintaan, jolloin merkittäviksi asioiksi nousi tietojen helppo saata-  
vuus, tulkittavuus ja edullisuus.  
Tutkimuksessa tarkastelun kohtee-  
na oli erikoissairaanhoidon ja pe-  
rusterveyspalvelujen palvelujen  
käyttö kolmessa väestöltään erisuu-  
ruisessa kunnassa Sauvossa, Paimi-  
ossa ja Turussa.

Tietokantoina tutkimuksessa  
käytettiin Hilmoa, Aittaa ja Sotkaa.  
Hilmo on valtakunnallinen hoitoil-  
moitusrekisteri. Sen tietosisältönä  
ovat sosiaali- ja terveydenhuollon  
laitoshoidon, asumispalvelut ja sään-  
nöllinen kotihoito, päiväkirurgia  
sekä avohoito vuodesta 2003 läh-  
tien. Kerättäviä tietoja ovat mm.  
asiakkaan tunnistetiedot, ikä, suku-  
puoli, kotikunta, hoitoon liittyvä  
hoitoaika, diagnoosi- ja toimenpi-  
detiedot sekä tiedot hoitoon lähet-  
tävästä tahosta sekä jatkohoitopai-  
kasta. Aitta-suoritettietokanta on  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiir-  
in ja Turun terveystoimen oma  
tietokanta, josta saadaan tiedot kai-  
kista Turun kaupunginsairaalassa ja  
sairaanhoitopiirin alueilla hoide-  
tuista potilaista vuodesta 1999 läh-  
tien kustannustietoineen. Sotka-ti-  
lastotietokanta on keräystietokanta  
ja se sisältää tilastotietoja jokaisesta  
Suomen kunnasta ja erityisesti tie-  
toja kuntien sosiaali- ja terveystoi-  
mesta. Tilastoissa käsitellään mm.  
seuraavia aihealueita: yleisiä tausta-  
tietoja kunnasta, kunnallistaloutta,  
väestötietoja, perheitä ja asumista,  
sairastavuutta ja kuolleisuutta, so-  
siaali- ja terveystoimen taloutta ja  
työvoimaa sekä sosiaali- ja terveys-  
toimen laitosten ja avopalvelujen ja  
niitä tukevien hoitomuotojen asiak-  
kaita ja käytettyjä palveluita.

Tutkimuksessa toisena menetel-  
mällisenä lähtökohtana käytettiin  
deskriptiivistä tulevaisuudentutki-

musta, jonka avulla menneisyyden  
kehityslinjoja tutkimalla tehdään  
yleensä kvantitatiivisiin menetel-  
miin perustuvia ennusteita tulevai-  
suudesta. Terveydenhuollon tutki-  
muksissa ja terveydenhuollon suunnit-  
telussa eri laitoksissa on hyvin  
vähän kiinnitetty huomiota aikasar-  
ja-analyysiin perustuvaan terveys-  
palvelujen käytön ennustami-  
seen. Taloustieteissä ja rahamarkki-  
noilla menetelmien sovelluksia on  
käytetty runsaasti. Hoidon käyttö  
ja sairastavuus muuttuvat Suomessa  
hitaasti. Se on ominaisuus, joka li-  
sää luotettavuutta aikasarjamene-  
telmien käytössä.

Luonnoksessa uudeksi kansan-  
terveyslaiksi todetaan lain peruste-  
luosassa, että terveyden edistäminen  
ei yleensä vaadi merkittäviä voima-  
varoja. Usein riittää, että kunnassa  
päätöksiä tehdään ja käytäntöjä  
muutetaan niin, että ne tukevat ter-  
veyttä. Ottamalla terveys huomioon  
rakenteisiin kohdistuvia päätöksiä  
tehtäessä saavutetaan pitkäaikaisia  
terveysvaikutuksia. Voidaan arvioi-  
da, että nykytiedon mukaisin ter-  
veyden edistämisen keinoin ja ter-  
veyden edistämiseen sijoittamalla  
voitaisiin väestön sairastavuutta vä-  
hentää lyhyellä aikavälillä jopa 20  
–40 prosenttia.

Kunnissa pohditaan jatkuvasti,  
miten tarjota kuntalaisille terveys-  
palvelut niukkenevin voimavaroin.  
Suurimmassa osassa Suomen kuntia  
ja kaupunkeja noin puolet tervey-  
denhuoltoon tarkoitetuista varoista  
menee kalliiseen erikoissairaanhoi-  
toon. Kunta tilaa ja järjestää terveys-  
palvelut väestölleen, joten tilaa-  
jien ja järjestäjien osaamista olisi  
kehitettävä vastaamaan väestön  
palvelujen tarpeeseen ja hillitsemään  
terveyspalvelujen kustannuksia.  
Toiminnan suunnittelu pohjau-

tuu perinteisesti takautuvien talous-  
lukujen seurantaan. Toisaalta ter-  
veydenhuollon tulevaisuudensuun-  
nitelmat ovat perustuneet olemassa  
oleviin palvelurakenteisiin ja rahoit-  
usjärjestelmiin, jotka ovat ohjan-  
neet palvelujen tarjontaa. Poliittiset  
päättökentekijät saattavat ohjata  
toimintaa niukoin tiedoin. Päätök-  
senteon asiasisältöön ei ole paneu-  
duttu, tai päätöksenteon pohjana  
olevat asiantuntijoiden tekemät terveys-  
palveluiden tarvearviot eivät  
ole riittävän hyvin valmisteltuja.  
Perinteisessä kuntien terveyden-  
huollon suunnitteluprosessissa ei  
kuntalaisten tai kaupunkilaisten  
elinolosuhteita ja muita terveyden-  
tilaan ja hyvinvointiin liittyviä teki-  
jöitä ole huomioitu kokonaisvaltai-  
sesti, vaan virkamiehet työskentele-  
vät omissa hallintokunnissaan il-  
man laajempaa yhteistyötä. Kunnis-  
ta puuttuu tietoa ja resursseja tehdä  
kokonaisvaltaisia kuntalaisten terveys-  
palvelujen tarpeisiin pohjautuvia  
terveydenhuollon kokonais-  
suunnitelmia.

Tutkimuksessa käytettyjen tie-  
tokantojen hyödyntäminen edellyt-  
tää, että kunnat panostaisivat rek-  
rytoinnissaan asiantunteviin tervey-  
denhuollon suunnittelijoihin tai  
vähintään, että terveydenhuollon  
toiminnoista vastaavilla olisi ajan-  
mukaiset tiedot rekisterien käytön  
mahdollisuuksista. Valtakunnalli-  
sella tasolla ja tutkimuksessa rekis-  
terejä käytetään runsaasti, mutta  
paikallistasolla käyttö ja tiedon ke-  
räminen on satunnaista.

**PÄIVI OVASKAINEN**

*FT, tutkija*

*Turun yliopisto*

*Lääketieteellinen tiedekunta*