

Valtion
taloudellinen
tutkimuskeskus

Julkaisut 49

Terveyskeskusten tehokkuutta ja
tuottavuutta selittävät tekijät

Juho Aaltonen

Maija-Liisa Järviö

Kalevi Luoma

Julkaisut 49 helmikuu 2009

VATT JULKAISUT

49

Terveyskeskusten tehokkuutta ja
tuottavuutta selittävät tekijät

Toimittaneet

Juho Aaltonen
Maija-Liisa Järviö
Kalevi Luoma

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
Government Institute for Economic Research
Helsinki 2009

ISBN 978-951-561-833-7 (nid.)
ISBN 978-951-561-834-4 (PDF)

ISSN 0788-4990 (nid.)
ISSN 1795-3332 (PDF)

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
Government Institute for Economic Research
Arkadiankatu 7, 00100 Helsinki, Finland

Oy Nord Print Ab
Helsinki 2009

Kansi: Niilas Nordenswan
Taitto: Sari Virtanen

ESIPUHE

Terveyskeskusten väliset tehokkuuserot palveluiden tuottamisessa selittävät merkittävästi kuntien välisiä perusterveydenhuollon kustannuseroja. Terveyskeskusten tuottavuus on avainasemassa myös pyrittäessä takamaan palvelujen saatavuus työvoiman tarjonnan supistuessa ja palvelujen kysynnän kasvaessa. Kustannusten kasvun kannalta olisi tärkeää löytää keinoja, joilla perusterveydenhuollon aleneva tuottavuuskehitys saataisiin katkaistua.

Aiemmat perusterveydenhuollon tuottavuustutkimukset ovat paljastaneet terveyskeskusten toiminnassa merkittäviä tehokkuuseroja ja alenevan tuottavuuskehityksen. Tulokset ovat herättäneet paljon keskustelua palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta sekä käytettyjen mittarien soveltuvuudesta. On esitetty, että terveyskeskusten toiminnassa tapahtuneiden muutosten vuoksi tilasto- ja rekisteriaineistoihin perustuvat laskelmat eivät anna oikeata kuvaa terveyskeskusten palvelutuotannon tehokkuudesta ja tuottavuuden kehityksestä.

Tässä VATT:n ja Kuluttajatutkimuskeskuksen yhteisessä, osaksi STM:n rahoittamassa tutkimushankkeessa pyritään aiempaa perusteellisemmin selvittämään tehokkuuserojen ja mitatun tuottavuuden alenemiseen johtaneita syitä ja taustatekijöitä. Tutkimushankkeen päätavoitteena oli selvittää sitä, mistä terveyskeskusten väliset tehokkuuserot johtuvat. Ensinnäkin haluttiin tietoa siitä, johtuvatko aiemmissa tutkimuksissa havaitut erot potilasaineuksen heterogeenisyydestä tai palvelujen laadusta ja saatavuudesta. Toiseksi haluttiin selvittää, missä määrin terveyskeskusten palvelutuotannon organisoinnissa ja toimintaprosesseissa olevat erot vaikuttavat palvelutuotannon tehokkuuteen. Tutkimushankkeessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää laadittaessa kunta- ja palvelurakennemuutosten mukaisia toimeenpanosuunnitelmia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeista ja palveluverkon kehittämisestä.

Haluamme kiittää kaikkia kirjoittajia ja muita tutkimushankkeeseen osallistuneita. Miika Linnalle erityiskiitokset avusta, jonka ansiosta

tutkimushankkeen tilastoanalyseissä voitiin arvioida terveyskeskusten vuodeosastojen potilasrakenteen kustannus- ja tehokkuusvaikutuksia. Lämmin kiitos myös Lääkäriliitolle, erityisesti Jukka Vänskälle ja Juho Ruskoaholle, mahdollisuudesta käyttää Lääkärikyseilyaineistoja hyväksi tässä tutkimushankkeessa. Kati Myllymäeltä ja Eero Vaissilta saimme asiantuntevaa apua terveyskeskusten johtaville lääkäreille suunnatun kyselyn suunnittelemisessa. Haluamme kiittää myös Sari Virtasta, joka on vastannut julkaisun taitosta.

Helsingissä 17.2.2009

Seija Ilmakunnas

Eila Kilpiö

Rolf Myhrman

Kirjoittajat

*Juho Aaltonen, tutkija, VTM
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus*

*Maija-Liisa Järviö, erikoistutkija, YM
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus*

*Hannu Kytö, tutkimuspäällikkö, FT
Kuluttajatutkimuskeskus*

*Kalevi Luoma, tutkimuspäällikkö, VTM
Valtion taloudellinen tutkimuskeskus*

*Helena Tuorila, erikoistutkija, YTT
Kuluttajatutkimuskeskus*

*Jenni Väliniemi, tutkija, FM
Kuluttajatutkimuskeskus*

Sisällys

1	KESKEISET TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	1
	<i>Kalevi Luoma – Juho Aaltonen – Maija-Liisa Järviö</i>	
1.1	Johdanto	1
1.2	Taustaa	2
1.3	Tutkimuksen tavoitteet	4
1.4	Kustannusfunktioon perustuva analyysi terveyskeskusten tehokkuuseroista	5
1.5	Perusterveydenhuoltopalvelujen laatu ja saavutettavuus	9
1.6	Terveyskeskusten johtaville lääkäreille suunnattu kysely	11
2	TERVEYSKESKUSTEN TUOTTAVUUS- JA TEHOKKUUSEROJA SELITTÄVÄT TEKIJÄT	15
	<i>Juho Aaltonen</i>	
2.1	Johdanto	15
2.2	Aineisto	16
2.3	Terveyskeskusten tehokkuuserot vuonna 2006	22
2.4	Menoeroja selittävät tekijät ja terveyskeskusten tuottavuuskehitys	23
2.5	Tehokkuuseroja selittävät tekijät: tuotantorakenteet	27
2.6	Vuodeosastohoidon potilasrakenne	36
2.7	Terveyskeskusten tehokkuuserot: väestön sairastavuus ja hoidon vaativuus	39
2.8	Tehokkuuseroja selittävät tekijät: organisatoriset tekijät	43
2.9	Yhteenveto	50
3	POTILAIEN KOKEMA LAATU JA MITATTU TEHOTTOMUUS	55
	<i>Hannu Kytö – Helena Tuorila – Jenni Väliniemi</i>	
3.1	Johdanto	55
3.1.1	Teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet	56
3.1.2	Laatukriteerit ja -mittarit	62

3.2	Tutkimusaineistot ja -menetelmät	65
3.2.1	Tutkimusaineistot	65
3.2.2	Tutkimusmenetelmät	69
3.3	Tuloksia	71
3.3.1	Terveyskeskuspalvelujen käyttö kuvaa alueen asukasrakennetta	71
3.3.2	Terveyskeskuspalveluissa suuria laatueroja	74
3.3.3	Laatuarvioiden vaihtelun taustatekijöitä	84
3.3.4	Terveyskeskusten saavutettavuus	91
3.3.5	Terveyskeskusten tehokkuus ja palvelujen laatu	97
3.4	Yhteenveto ja johtopäätöksiä	102
4	KYSELYTUTKIMUS OTOSTERVEYSKESKUKSILLE: VASTAUSTEN YHTEYS MITATTUUN TEHOTTOMUUTEEN	109
	<i>Juho Aaltonen – Maija-Liisa Järviö</i>	
4.1	Lääkärinvastaanottokäynnit	110
4.2	Henkilökunta; toiminnan organisointi ja yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa	114
4.3	Hallinto	128
4.4	Johtopäätöksiä	130

LUKU 1

KESKEISET TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kalevi Luoma
kalevi.luoma@vatt.fi

Juho Aaltonen
juho.aaltonen@vatt.fi

Maija-Liisa Järviö
maija-liisa.jarvio@vatt.fi

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

1.1 Johdanto

Terveydenhuollon tuottavuuden kehitys on avainasemassa sekä terveyspalveluiden saatavuuden turvaamisen että kustannuskasvun hillinnän kannalta. Ellei tulevien vuosien tuottavuuskehitys ole olennaisesti parempaa kuin mitä se niin Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpitolukujen kuin viimeaikaisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottavuustutkimusten mukaan on ollut (ks. Aaltonen ja Kangasharju 2008), kasvavat terveydenhuollon kustannukset merkittävästi ja terveyspalvelujen saatavuuden turvaaminen tulee olemaan vaikeaa.

Kustannuskehityksen kannalta keskeistä on, voidaanko terveyspalveluiden kysynnän ja käytön kasvua sekä terveyspalvelujen yksikkökustannusten nousua hillitä. Tehtyjä tuottavuustutkimuksia on arvoiteltu siitä, että ne jättävät palvelujen laadun paranemisen huomioon ottamatta. Vaikkakin laatuun on syytä kiinnittää huomiota ja siihen panostaa, palvelujen laadun paraneminen ei juurikaan auta kustannuskasvun hillitsemisessä, ellei laadun paraneminen ole sellaista, että se johtaa palveluiden käytön rakenteen muuttumiseen niin, että kalliita palveluita korvataan halvemmilla.

Toisin kuin monilla muilla sektoreilla tekninen kehitys terveydenhuollossa näyttää ainakin historian valossa olevan sellaista, että palvelujen laatu ja vaikuttavuus kyllä paranevat, mutta samalla kustannukset kohoavat nopeasti. Kestävän terveydenhuollon kustannuskehityksen kannalta olisi tärkeää, että jatkossa teknologista kehitystä voitaisiin käyttää myös terveydenhuollon prosessien kehittämiseen niin, että palvelujen käytöstä aiheutuviissa resurssien kulutuksessa ja kustannuksissa voitaisiin säästää.

Terveydenhuollon viime vuosien kehityksessä on useita sellaisia piirteitä, jotka korostavat tuottavuuden nostamisen tärkeyttä pyrittäessä turvaamaan kansalaisten tarvitsemien terveystalouden saatavuus kohtuullisin kustannuksin. Tällä vuosikymmenellä terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet varsin nopeasti. Sen myötä sekä kuntien että valtion menot terveydenhuoltoon ovat lohkaisseet yhä suuremman osan budjeteista. Terveystaloudet ovat työvoimaintensiivistä toimintaa. Palvelujen määrän lisääminen johtaa näin lähes väistämättä terveydenhuollon työvoimamäärän kasvuun, mikä supistuvan työvoiman tarjonnan oloissa ei pitkällä tähtäimellä ole kestävä kehitystä. Kustannuspaineita lisää vielä se, että terveydenhuollon hinnat kohoavat selvästi kansantalouden hintojen nousua nopeammin.

1.2 Taustaa

Viime vuosina terveystalouden tarjoaman perusterveydenhuollon menot ovat kasvaneet nopeasti. Vuodesta 2001 vuoteen 2006 keskivertoterveydenhuollon kiinteähintaiset menot kasvoivat noin 10 prosenttia (Aaltonen 2008a) samanaikaisesti kun useimpien keskeisten palvelusuoritteiden määrä ei muuttunut juuri lainkaan. Tilastoitujen palvelusuoritteiden määrien ja terveystalouden käyttökustannusten perusteella laskettujen tuottavuusmittarien mukaan tuottavuuden aleneminen on ollut pääsyy perusterveydenhuollon menojen kasvuun. Tutkimusten mukaan terveystalouden välillä on huomattavia eroja palvelutuotannon kustannustehokkuudessa ja näiden perusteella on arvioitu, että perusterveydenhuollon palvelutuotantoa voitaisiin merkittävästi tehostaa, jos tehottomimmat terveystaloudet ottaisivat oppia tehokkaiden terveystalouden toimintatavoista.

VATT:ssa terveyskeskusten tuottavuutta ja tehokkuutta on tutkittu jo 1990-luvun alusta lähtien useilla erilaisilla menetelmillä. Tutkimuksen kohteena ovat olleet terveyskeskusten tuotannollinen tehokkuus ja sen muutokset. Tilastoaineisto on eri tutkimuksissa ollut hyvin samankaltainen. Tuotoksia on mitattu palvelusuoritteiden määrillä, panoksia kustannuksilla ja henkilötyövuosilla. Menetelmät ovat vaihdelleet. Ensimmäisissä tutkimuksissa yksikkökustannuksilla painotettu palvelusuoritteiden summa jaettiin palveluiden kiinteähintaisilla käyttökustannuksilla (Häkkinen ja Luoma 1989, Luoma ja Järviö 1992). Myöhemmin terveyskeskusten tehokkuutta arvioitiin DEA-menetelmällä, jossa eri tuotoksia ei tarvitse painottaa hinnoilla tai yksikkökustannuksilla vaan menetelmä hakee kullekin yksikölle optimaaliset painot (Luoma ym. 1996, Rätty ym. 2002, Rätty ym. 2005, Aaltonen ym. 2005).

Viimeaikaisissa tutkimuksissa perusterveydenhuollon tuottavuuden ja tehokkuuden arvioimiseen on käytetty stokastista rintama-analyysia, jossa terveyskeskusten kustannuksia selitetään eri palvelutuotosten määrillä, panoshinnoilla ja olosuhdetekijöillä (Aaltonen 2006, 2008a, 2008b). Se osa kustannuksista, jota näillä muuttujilla ei voida selittää, jaetaan satunnaisvaihteluun ja tehottomuuteen.

Aikaisemmissa VATT:n perusterveydenhuollon tuottavuustutkimuksissa tarkastelunäkökulman voi sanoa olleen tuottajakeskeinen. Tuotosmittarit ovat perustuneet tuotettujen palvelusuoritteiden määriin. Tuotettujen palvelujen allokatiivinen tehokkuus on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. Toisin sanoen palvelujen käytön terveys- ja hyvinvointivaikutukset ja palvelujen käyttäjien tyytyväisyys saamiinsa palveluihin on jätetty huomioon ottamatta. Periaatteessa kuitenkin tämän kaltaiset vaikutukset pitäisi ottaa huomioon arvioitaessa terveydenhuollon tuottavuuskehitystä tai palveluja tuottavien yksikköjen välisiä tehokkuuseroja (ks. Kangasharju 2008). Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena onkin selvittää, voidaanko saatuja tutkimustuloksia heikentyneestä perusterveydenhuollon tuottavuudesta ja terveyskeskusten välisistä merkittävistä tehokkuuseroista selittää ainakin osaksi juuri tällaisilla palvelujen laatutekijöillä. Toisaalta tässä julkaisussa paneudutaan myös muihin tekijöihin, jotka saattavat olla

terveyskeskusten tehokkuuserojen taustalla, kuten esimerkiksi terveyskeskusten tuotanto- ja organisaatorakenteissa sekä potilasrakenteessa oleviin eroihin.

1.3 Tutkimuksen tavoitteet

Tässä julkaisussa raportoitavan tutkimushankkeen tavoitteena oli pureutua syihin, jotka selittäisivät aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia terveyskeskusten tuottavuuden alenemisesta ja merkittävistä tehokkuuseroista. Tutkimuksessa pyrittiin aikaisempaa perusteellisemmin selvittämään, mikä vaikutus työvoiman käyttöön ja saantiin liittyvillä tekijöillä on terveyskeskusten toiminnan tehokkuuteen. Kiinnostuksen kohteena olivat myös terveyskeskusten palvelutuotannon organisointiratkaisujen vaikutukset toiminnan tehokkuuteen ja taloudellisuuteen. Keskeisenä tutkimusteemana oli arvioida, onko aiemmissa tutkimuksissa käytetyissä mittareissa ja aineistoissa ollut sellaisia puutteita, jotka ainakin osittain selittäisivät arvioita terveyskeskusten välisistä suurista tehokkuuseroista ja merkittävästä tuottavuuden alenemisesta. Monissa kirjoituksissa on suunnattu kritiikkiä tehtyihin tuottavuustutkimuksiin ja epäilty tulosten luotettavuutta. Käytettyjen mittarien on katsottu jättävän huomioon ottamattomia hoitokäytäntöjen ja potilasrakenteen muutoksia. Esiin on nostettu mm. seuraavia puutteita käytetyissä tuotosmittareissa:

- käyntejä on korvattu puhelinkonsultaatioilla ja sähköposteilla
- vuodeosastopotilaiden vaatavuus kasvanut
- vastaanotolla käyneiden potilaiden moniongelmaisuus
- erikoissairaanhoidosta on siirretty vaativia seuranta- yms. tehtäviä perusterveydenhuoltoon
- lääkärien hallinnollinen työ on lisääntynyt.

Perusterveydenhuollon tuottavuuden mittaamiseen käytettävissä oleva rekisteri- ja tilastoaineisto on huomattavasti puutteellisempaa kuin erikoissairaanhoidossa. Tässä tutkimuksessa on lähdetty liikkeelle laskemalla tehokkuus- ja tuottavuuskehitysarviot palveluiden suorittemäärien ja niiden tuottamiseen käytettyjen resurssien perusteella.

Toisessa vaiheessa on tarkasteltu, voidaanko tekemämme kyselyn tai muista lähteistä saatujen tietojen perusteella selvitettyillä laatuominaisuuksilla selittää terveyskeskusten välisiä tehokkuuseroja tai terveyskeskusten alenevaa tuottavuuskehitystä.

Tämä julkaisu koostuu kolmesta erillisestä artikkelista. Ensimmäisessä artikkelissa Juho Aaltonen tarkastelee, miten hoidon vaativuus ja terveyskeskusten tuotantorakenteet sekä organisatoriset tekijät selittävät terveyskeskusten meno- ja kustannuseroja. Toisessa artikkelissa Kytö ym. selvittää viiteen terveyskohdistuneen potilas- ja asiakaskyselyyn saatujen vastausten perusteella, miten ja mistä syistä terveyskeskusten asiakkaiden kokema palvelujen laatu vaihtelee sekä eroavatko tuottavuudeltaan erilaisten terveyskeskusten palvelut laadultaan toisistaan. Kolmannessa artikkelissa Aaltonen, Järviö ja Luoma tarkastelevat terveyskeskusten johtaville lääkäreille kohdistuneen kyselyyn saatujen vastausten perusteella, mitä muita tekijöitä terveyskeskusten kustannustehokkuuden taustalla voisi olla.

1.4 Kustannusfunktioon perustuva analyysi terveyskeskusten tehokkuuseroista

Tehottomuusluvut laskettiin stokastisen rintama-analyysin (SFA-menetelmä) avulla suhteuttamalla palveluiden määrä terveyskeskuksen kustannuksiin. Samanaikaisesti kontrolloitiin myös esimerkiksi terveyskeskuksen palkkataso ja olosuhdetekijöitä. SFA-menetelmässä tehokkuusestimaatti on jäännöstermi, joka ei ole selitettävissä tuotosmäärillä, panoshinnoilla ja olosuhdetekijöillä. Keskimääräinen tehottomuus on viime vuosien aikana ollut noin seitsemän prosenttia. Vuodesta 2001 vuoteen 2007 terveyskeskusten tuottavuuden laskun arvioiksi saatiin noin 11 prosenttia, kun hoidon vaativuuden muutosta ei otettu huomioon. Tuottavuuslaskelmat eivät kuitenkaan juuri muuttuneet, vaikka akuutin vuodeosastohoidon DRG-painotus ja psykiatrisen pitkäaikaishoidon osuus otettiin huomioon, sillä vuodeosastohoidon DRG-painotus ja psykiatrisen pitkäaikaishoidon osuus selittivät vain pienen osan kustannusten kasvusta. Myös terveyses-

kusten välisistä kustannuseroista vuodeosastojen potilasrakenne selitti vain pienen osan.

Kustannusfunktion estimoinnissa on mukana monia olosuhdetekijöitä, joita aiemmissa DEA-menetelmään perustuvissa tutkimuksissa ei tehokkuuslukujen laskemisessa otettu huomioon. Osaksi tämän vuoksi saadut arviot terveyskeskusten välisistä tehokkuuseroista ovat verrattain pienet verrattuna moniin aikaisempiin VATT:ssa tehtyihin tutkimuksiin. Osasyynä on myös ilmeisesti se, että kustannusfunktion estimoinneissa käytettyjen erilaisten palvelusuoritteiden määrä on varsin suuri. Periaatteessa kustannusfunktiosta voidaan laskea kunkin palvelusuoritteen rajakustannukset, toisin sanoen se, kuinka paljon kustannuksia yhden palvelusuoritteen lisäys aiheuttaa terveyskeskuksen menoihin. Vastoin odotuksia jotkut palvelusuoritteet (neuvolakäynnit, kotisairaanhoidokäynnit ja opiskelijaterveydenhuollon käynnit) saavat kustannusfunktiosta negatiivisen kertoimen, joka kirjaimellisesti tulkittuna merkitsisi, että näiden suoritteiden lisääminen vähentää menoja. Tulokset ilmeisesti kuitenkin johtuvat siitä, että nämä palvelusuoritemuuttujat ovat yhteydessä terveyskeskuksen palvelu- ja väestörakenteeseen.

Eri muuttujien vaikutusten arviointia vaikeuttaa se, että useat muuttujat ovat keskenään korreloituneita. Jotkut muuttujat saattavat kuvata mallista puuttuvien muuttujien vaikutuksia. Pitkät etäisyydet ja alhainen asukastiheys näyttäisivät selittävän verrattain voimakkaasti terveyskeskusten kustannuksia. Alhaisen väestötiheyden kunnissa valtionosuudet ovat keskimääräistä korkeammat. On hyvin mahdollista, että osa asukastiheysmuuttujan tilastollisesta selitysvuorokauden tason vaikutuksia kustannuksiin.

Terveyskeskusten väestöpohjan ja kustannusten välillä on tulosten mukaan selvä tilastollinen yhteys. Asukasta kohden lasketut kustannukset ovat alimmillaan terveyskeskuksissa, joiden väestöpohja on 20 000–40 000 asukasta. Väestöpohjaltaan pienimmissä ja suurimmissa terveyskeskuksissa kustannukset ovat selvästi korkeammat.

Viime vuosina laboratorio- ja röntgentutkimusten määrät ovat kasvaneet selvästi, mikä on osaksi aiheutunut uusista käypä hoito -suosi-

tuksista. Laboratoriotutkimusten analysointia on mahdollisuus keskittää huomattavasti nykyisestä, koska uudet analysaattorit pystyvät automaattikkansa turvin tutkimaan nykyistä moninkertaisen määrän näytteitä ilman mainittavia lisäkustannuksia. Aikaisemmissa terveyskeskusten tuottavuus- ja tehokkuustutkimuksissa ei laboratorio- ja röntgentutkimuksia ole otettu erillisinä tuotosmuuttujina mukaan, vaan ne on mielletty välisuoritteiksi potilaiden hoidossa. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat johtopäätöstä, että laboratoriotutkimusten keskittämisellä voidaan hyödyntää suurtuotannon etuja ja saavuttaa taloudellista säästöä, sillä terveyskeskusten itse tuottamien laboratoriopalveluiden osuuden lisääntyessä terveyskeskusten kustannukset kasvoivat.

Lääkärivaje lisäsi hieman terveyskeskusten kustannuksia. Tehokkuusestimaatteihin näillä tekijöillä ei kuitenkaan ollut kovin suurta vaikutusta. Hallinto- ja siivoushenkilöstön osuus terveyskeskuksen henkilökunnasta oli yhteydessä tehottomuuden kanssa. Tehottomuus ei korreloinut hoidon kattavuuden (terveyskeskuksen väestöpohjasta) eikä myöskään potilaiden tekemien käyntimäärien kanssa. Sen sijaan hoidon kattavuus korreloi positiivisesti potilaiden tekemien käyntimäärien kanssa.

Artikkelissa selitettiin terveyskeskusten tehokkuuseroja myös hoidon saatavuutta kuvaavilla tekijöillä, terveyskeskusten organisatorisilla tekijöillä sekä väestön sairastavuudella. Yhteydensaantiongelmat terveyskeskukseen olivat yhteydessä tehottomuuteen. Muilla terveyskeskusten hoidon saatavuutta tai organisaatorakenteita kuvaavilla tekijöillä ei ollut yhteyttä tehokkuuden kanssa. Terveyskeskusten väestön sairastavuudessa olevat erot selittävät hyvin terveyskeskusten välisiä asukaskohtaisia menoeroja, mutta terveyskeskusten tehokkuuserojen ja väestön sairastavuuden välillä ei kuitenkaan havaittu yhteyttä. SFA-analyseissä suorite- ja olosuhdemuuttujat ottavat siis hyvin huomioon terveyskeskusten väestön sairastavuudessa ja terveydentilassa olevat erot.

Tässä hankkeessa on pyritty ottamaan huomioon vuodeosastopotilaiden vaatavuus laskemalla DRG-painotetut hoitajaksot 56 terveyskes-

kukselle. DRG-painot kuvaavat tietyn diagnoosin omaavien potilaiden hoidon keskimääräistä suhteellista voimavaratarvetta. Otoksen terveyskeskusten hoitajaksojen ja DRG-painotettujen hoitajaksojen kehitys poikkesi toisistaan tarkasteluajanjaksolla vain vähän. Tutkimusperiodin lopulla vuodesta 2004 vuoteen 2006 DRG-painotettujen hoitajaksojen määrä kasvoi kuitenkin jonkin verran painottamattomia hoitajaksoja nopeammin, mikä viittaisi siihen, että terveyskeskusten lyhytaikaisessa vuodeosastohoidossa potilasrakenne on muuttunut vaativammaksi.

Suuri osa terveyskeskusten vuodeosastojen potilaista on pitkäaikaishoidettavia. Näiden potilaiden hoidon vaativuuden kuvaamiseen DRG-painot soveltuvat huonosti. Tutkimuksessa tyydyttiinkin sen vuoksi kuvaamaan näiden potilaiden hoidon vaativuutta jakamalla pitkäaikaishoitopäivät psykiatrisiin ja somaattisiin hoitopäiviin. Jako tehtiin, koska psykiatristen pitkäaikaispotilaiden hoitokustannukset ovat hyvin korkeat. Vuodesta 2001 vuoteen 2006 psykiatristen hoitopäivien osuus kaikista hoitopäivistä on laskenut 29 prosentista 26 prosenttiin 56 otokseen kuuluneessa terveyskeskuksessa, joten psykiatristen hoitopäivien osuuden muutoksella ei siis voida selittää terveyskeskusten tuottavuuden alenemistä. Myöskään tilastotiedot tai Stakesin tutkimukset pitkäaikaishoidosta eivät tue näkemystä, että terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaispotilaiden hoito olisi muuttunut aikaisempaa enemmän resurssija vaativaksi (ks. esim. Heikkinen ja Hautakangas 2008).

Vaikka tutkimukset ja tilastot terveyskeskusten pitkäaikaispotilaista eivät osoita, että potilasrakenne olisi 2000-luvulla muuttunut vaativammaksi, näyttää siltä, että vuodeosastoilla työskentelevät hoitajat kokevat työnsä entistä raskaammaksi. Monessa terveyskeskuksessa vuodeosastojen hoitohenkilöstöllä on hyvin runsaasti sairauspoissaolopäiviä. Suorittamassamme kyselyssä saatiin tiedot 22 terveyskeskukselta. Terveyskeskusten vuodeosastohoidon henkilöstöllä sairauspoissaolopäivien mediaani oli 19, mikä oli lähes kaksi kertaa niin paljon kuin vastaanottoiminnan henkilöstöllä. Terveyskeskusten vaihteluväli oli todella suuri: 5–66,4 päivää.

1.5 Perusterveydenhuoltopalvelujen laatu ja saavutettavuus

Laatu nostetaan lähes aina esiin, kun esitetään laskelmia, jotka osoittavat terveydenhuollon tuottavuuden laskeneen. Laadun muutosten arvioiminen ja mittaaminen on vaativaa, sillä laadulla on monta ulottuvuutta ja eri ihmiset arvottavat näitä ulottuvuuksia eri tavoin. Terveydenhuollossa voidaan puhua ns. kliinisestä ja subjektiivisesta laadusta. Kliinisen laadun tärkein komponentti on terveystalouden käytön vaikutukset palvelujen käyttäjien terveydentilaan, ts. vaikuttavuus. Sen sijaan potilaiden kokemukset terveystaloudesta ilmentävät subjektiivisia laatukokemuksia. Esimerkiksi palvelujen saavutettavuus on tärkeä osa potilaan kokemaa subjektiivista laatua: kuinka kauan potilas joutuu jonottamaan, kuinka kauas matkustamaan voidakseen käyttää palveluja.

Ainakaan potilaiden kokemukset eivät tue oletusta, että palveluiden laatu olisi viimeisten vuosien aikana parantunut. Julkisten palveluiden laatubarometrin mukaan asiakkaiden perusterveydenhuollossa antamat arvot eivät merkittävästi muuttuneet vuosina 2003–2007 (Taloustutkimus 2007). Tampereen yliopiston tekemät kyselytutkimusten tuloksista sen sijaan selviää, että asiakkaiden antamat arvot ovat 1990-luvun lopusta vuoteen 2007 hieman laskeneet (Raivio ym. 2008). Myös Stakesin ja STM:n hoitotakuukyselyn mukaan eräät perusterveydenhuollon laadun osa-alueet näyttävät heikentyneen. Esimerkiksi yhteydenotto-ongelmat ovat hieman lisääntyneet vuosien 2005 ja 2008 välillä. Myös hoitoon pääsy (ei-kiireellinen) on hidastunut vuosina 2005–2008. Saatavilla olevista laatuindikaattoreista voidaankin päätellä, että palvelutuotannon tuottavuuden lasku ei välttämättä selity palvelun laadun paranemisella.

Toisaalta palveluiden laatuero saattaa korreloida poikkileikkausvuotena terveyskeskusten tehokkuuserojen kanssa. Kuluttajatutkimuskeskuksen tekemässä osuudessa tarkasteltiin nimenomaan terveyskeskusten palveluja käyttäneiden kokemuksia palvelujen laadusta ja palvelujen maantieteellistä saavutettavuutta. Pitkälle me-

neviä johtopäätöksiä kyselytutkimuksen tuloksista ei voida tehdä, koska kyselyn kohdistettiin vain viiteen terveyskeskukseen. Tulokset kuitenkin osoittavat, että potilaiden kokemalla laadulla ja terveyskeskusten palvelutuotannon tuotannollisella tehokkuuden välinen yhteys on kaikkea muuta kuin yksinkertainen. Löytyy terveyskeskuksia, joissa sekä palvelutuotannon tehokkuus mitattuna palvelusuoritteiden määrillä ja kustannuksilla että asiakkaiden kokema laatu ovat hyviä. Pääjohtopäätös on, että laatueroilla tai laadun muutoksilla näyttää olevan varsin vähän selitysvoimaa tehokkuuserojen tai tuottavuuskehityksen selittämisessä.

Terveyskeskukset erosivat etenkin yhteyden ja vastaanottoajan saamisen sekä odotusaikojen suhteen huomattavasti toisistaan. Tehokkaimmissa terveyskeskuksissa noin puolet asiakkaista sai ajan vastaanotolle saman päivän aikana, kun tehottomimmissa sama määrä oli saanut ajan yli viikon päähän. Näin suuret erot heijastunevat myös muihin palvelujen saatavuutta kuvaaviin laatumittareihin. Aaltosen (2008) mukaan tehokkaissa terveyskeskuksissa potilaiden yhteyden- saanti onnistuu keskimäärin paremmin kuin tehottomissa terveyskeskuksissa.

Myös terveyspalvelujen saavutettavuus ja yhteyden saaminen puhelimitse vaikuttavat muita mittareita voimakkaammin esimerkiksi terveyskeskuspalveluista annettuun yleisarvosanaan. Pinta-alaltaan suurissa kunnissa terveyskeskusten saavutettavuus vaihteli paljon samalla kun myös tyytyväisyys terveyskeskuksen sijaintiin korreloi voimakkaasti saavutettavuuden kanssa. Etenkin pinta-alaltaan suurissa kunnissa, joissa on vain yksi terveyskeskus, pitkät asiointimatkat lisäsivät myös muuttoalttiutta.

Terveyskeskusten palvelujen käyttäjien taustaa kuvaavat muuttajat eivät selittäneet heidän antamiaan palveluarvosanoja, joten laatuarvo- oiden vaihtelu johtunee asiakkaiden kokemista todellisista laatueroista. Tätä tukevat myös terveyskeskusten yleisarvosanaa selittävien regressiomallien tulokset. Odotusajat, henkilökunnan ammattitaito ja terveyskeskuksen sijaintia kuvaavat muuttajat selittivät parhaiten useimpien terveyskeskusten yleisarvosanan vaihtelua.

Tehokkuus, laatu ja saavutettavuus näyttäisivät riippuvan toisistaan niin, että tehokkaimpien terveyskeskusten laatua voidaan ainakin osittain selittää niiden palvelujen hyvällä saavutettavuudella. Laadusta annettua yleisarvosanaa kuvasivat lisäksi henkilökunnan ammattitaito, vastaanottoajan saaminen ja odotusajat. Asiakkaat kokivat terveyskeskusten väliset erot palvelujen laadussa melko suuriksi. Myös yksittäisissä laatuindikaattoreissa oli suuria terveyskeskus- ja kuntakohtaisia eroja. Toisaalta samaan kuntayhtymään kuuluvat terveyskeskukset erosivat palvelujen laadultaan melko vähän toisistaan.

Terveyskeskuspalvelujen tehokkuuden, laadun ja saatavuuden välisten yhteyksien tunteminen korostuu lähivuosina etenkin kunta- ja palvelurakennemuutoksesta johtuen. Jotta terveyskeskuspalvelujen tehokkuuden ja laadun välisiä yhteyksiä voitaisiin arvioida, täytyy ensin olla tietoa siitä, heijastuuko palveluihin käytettyjen resurssien vaihtelu palvelujen laadun vaihteluun. Tällaisen tiedon saaminen onnistuu ainoastaan monipuolisella ja perusteellisella tutkimuksella.

1.6 Terveyskeskusten johtaville lääkäreille suunnattu kysely

Terveyskeskuskysely lähetettiin 105 terveyskeskukselle ja vastaus saatiin 49 terveyskeskukselta, joten vastausprosentti jäi vaatimattomaksi. Kyselyyn valittiin terveyskeskuksia, jotka olivat saaneet joko korkean tai alhaisen tehottomuusluvun aiemmin tehdyissä terveyskeskusten kustannus- ja tehokkuuseroja käsittelevissä tutkimuksissa (Aaltonen 2008b). Kyselyllä haluttiin saada sellaista tietoa terveyskeskusten toiminnasta, joita ei ole tilastoitu, mutta jota usein käytetään selitettäessä tai arvioitaessa terveyskeskusten tehokkuuseroja.

Henkilöstön vaihtuvuuden ja tehottomuuden välillä havaittiin selkeä yhteys. Työvoiman kohdentaminen ruuhkatilanteiden mukaan ja potilaiden kiireellisyyssryhmittely voivat parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta, mutta tulosten mukaan näillä tekijöillä saattaa olla

myös positiivisia tuottavuusvaikutuksia. Myös tietojärjestelmien yhteensovittaminen voisi jatkossa tuoda suuria tuottavuushyötyjä. Potilastietoja ei tarvitsisi kirjata useisiin eri tietojärjestelmiin vaan tiedot välittyisivät järjestelmästä toiseen. Potilaiden hoitoprosessit nopeutuisivat ja voimavaroja voitaisiin siirtää muihin toimintoihin. Tulosten mukaan potilastietojen saamisessa erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin näyttäisi olevan turhaa viivettä. Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välisen potilastietojen nopeampi kulku organisaatioiden välillä voisikin jatkossa vaikuttaa positiivisesti tuottavuuskehitykseen.

Tällä hetkellä varsinkin vuodeosastoilla työskentelevillä on huomattavasti enemmän sairauspoissaoloja kuin vastaanotossa työskentelevillä. Myös ammattiryhmien välillä erot ovat suuret. Työolojen kehittäminen voisi osaltaan vähentää sairauspoissaoloja ja vaikuttaa positiivisesti tuottavuuteen. Lääkäreiden vastaanottokäyntejä korvattiin puhelinkonsultaatioiden ja sähköpostin välityksellä mediaaniterveyskeskuksessa arviolta kymmenen prosenttia vuosina 2002–2007. Nämä tekijät eivät kuitenkaan selittäneet eroja otoksen terveyskeskusten tuottavuuskehityksessä. Terveyskeskusten välillä on eroja siinä, kuka terveyskeskuksessa käyttää taloudellista päätäntävaltaa. Yksi syy terveyskeskusten meno- ja tehokkuuseroihin saattaakin olla johtamiskulttuurissa ja tavoissa. Tehokkuuserot eivät kuitenkaan selittyneet sillä, kenelle taloudellinen päätäntävalta oli keskitetty.

Terveyskeskusten tarjoamasta avohoidosta säännöllisesti kerättävät tilasto- ja rekisteritiedot antavat vain niukalti mahdollisuuksia arvioida, onko potilasrakenne muuttunut entistä vaativammaksi tai onko terveyskeskusten välillä tässä suhteessa merkittäviä eroja. Joissakin puheenvuoroissa on esitetty, että potilasrakenteen tai hoitokäytäntöjen erot terveyskeskusten (ks. esim. Elonheimo 2007) välillä olisivat tärkeä syy terveyskeskusten välillä havaittuihin tehokkuuseroihin. Väitettä, että potilasaines olisi muuttunut vaikeammaksi viime vuosina, selvitettiin kysymyksellä: kuinka avohoidon potilaiden vaativuus on kasvanut viimeisen viiden vuoden aikana? Terveyskeskusten vastausten mediaani oli, että vastaanotolla käyneet potilaat olivat vuoden 2002 jälkeen tulleet keskimäärin 10 prosenttia vaikeammik-

si. Väestön sosiaalisten ongelmien lisääntyminen on vaikuttanut avohoidon vaativuuden kasvuun jonkin verran.

Lähteet

- Aaltonen, J. (2008a): Terveyskeskusten meno- ja tehokkuuserot: Hoidon vaativuuden ja tuotantorakenteiden vaikutukset. VATT-keskustelualoitteita 452. Helsinki.
- Aaltonen, J. (2008b): Terveyskeskusten tehokkuuseroja selittävät tekijät. VATT-keskustelualoitteita 441. Helsinki.
- Aaltonen, J. (2006): Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveystieteiden kustannustehottomuus. VATT-keskustelualoitteita 403. Helsinki.
- Aaltonen, J. – Kangasharju, A. (2008): Kuntien palvelutuotannon tuottavuus ja väestön ikääntyminen. Teoksessa Ilmakunnas, S. (toim): Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Helsinki.
- Aaltonen, J. – Rätty, T. – Järviö, M.-L. – Luoma, K. (2005): Perusterveydenhuollon kustannukset ja tuotetut palvelut – Tuottavuuden kehitys 1997–2003. VATT-keskustelualoitteita 372. Helsinki.
- Elonheimo, O. (2007): Terveystieteiden huollon tehokkuutta kyetään kyllä mittaamaan. Helsingin Sanomat 15.10.2007.
- Heikkinen, J. – Hautakangas, S. (2008): Tuottavuuskehitys julkisten palvelujen tuotannossa. *Talous & Yhteiskunta* 1/2008.
- Häkkinen, H. – Luoma, K. (1989): Terveyskeskusten tuottavuus vuosina 1975–1986. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston selvityksiä 2:1989.
- Kangasharju, A. (2008): Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Teoksessa Ilmakunnas, S. (toim): Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. VATT-julkaisuja 48. Helsinki.
- Luoma, K. – Järviö, M.-L. (1992): Health centre productivity in Finland. Productivity change from 1980 to 1990 and productivity differences in 1990. VATT-keskustelualoitteita 42. Helsinki.

- Luoma, K. – Järviö, M.-L. – Suoniemi, I. – Hjerpe, R. (1996): Financial incentives and productive efficiency in Finnish health centres. *Health Economics* 5 (5): 435–445.
- Raivio, R. – Holmberg-Marttila, D. – Jääskeläinen, J. – Mattila, K. (2008): Trends of patient satisfaction in Finnish primary health care. Manuscript.
- Räty, T. – Luoma, K. – Aaltonen, J. – Järviö, M.-L. (2005): Productivity and its drivers in Finnish primary care 1988–2003. VATT-tutkimuksia 118. Helsinki.
- Räty, T. – Luoma, K. – Koskinen, V. – Järviö, M.-L. (2002): Terveyskeskusten tuottavuus vuosina 1997 ja 1998 sekä tuottavuuseroja selittävät tekijät. VATT-tutkimuksia 88. Helsinki.
- Stakes ja STM: Kyselyt terveyskeskuksille yleisterveydenhuollon hoitotakuun toteutumisesta vuosina 2005–2008.
- Taloustutkimus Oy (2007): Julkisten palveluiden laatubarometri. Valtiovarainministeriö 2007.

LUKU 2

TERVEYSKESKUSTEN TUOTTAVUUS- JA TEHOKKUUSEROJA SELITTÄVÄT TEKIJÄT

Juho Aaltonen
juho.aaltonen@vatt.fi

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

2.1 Johdanto

Hyvinvointipalveluiden tuottavuuden kohoaminen pienentäisi työvoimavaltaisten hyvinvointipalvelujen rahoituspainetta ja työvoimatarvetta. Jo pienilläkin tehostamistoimenpiteillä saadaan julkisissa palveluissa merkittäviä säästöjä. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa yhden prosenttiyksikön tehostaminen tarkoittaisi jo 30 miljoonan euron säästöjä. Yksi keino tehostaa terveyskeskusten toimintaa olisi se, että tehottomat yksiköt omaksuisivat tehokkaiden yksiköiden toimintatapoja.

Eräiden tutkimusten mukaan merkittävä osa terveyskeskusten tuottavuuden muutoksista ja tehokkuuseroista johtuu muusta kuin palvelun laadusta tai potilasrakenteesta. Esimerkiksi terveyskeskusten johtamistavat ja organisaatorakenteet vaikuttavat tuottavuuteen. Alhon (2004), Lillrankin ym. (2004) ja Peltokorven ym. (2004) tutkimuksissa löydettiin mahdollisuuksia parantaa tuottavuutta työ- ja potilaanohjauksella. Keskeinen tekijä näyttäisi olevan löytää palvelua eniten tarvitsevat ja ohjata heidät tehokkaasti hoitoon. Mattilan ym. (2008) tutkimuksesta selvisi, että päivystysklinikan potilaiden saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointi nopeuttaa hoitoon pääsyä ruuhkatileanteissa. Lisäksi työvoiman kohdentaminen palveluiden kysynnän

kuormituksen mukaan ja kuvantamistutkimusten tehostaminen helpottavat ruuhkatilanteiden hallintaa. Toimenpiteillä saadaan hoidon kokonaismäärää lisättyä merkittävästi.

Seuraavaksi tarkastellaan, mitkä mahdolliset tekijät selittävät terveyskeskusten meno- ja tehokkuuseroja sekä tuottavuuden muutosta. Tulokset on pääosin kerätty julkaisuista: Aaltonen (2006, 2008a, 2008b).

2.2 Aineisto

Tutkimuksen kohteena olivat terveyskeskukset, jotka tarjosivat sekä avo- että vuodeosastohoitoa vuosina 2001–2007. Terveyskeskuksia oli kaikkiaan eri vuosina 247 ja aineistosta poistettiin ne terveyskeskukset, joiden tiedoissa oli puutteita tai selkeitä virheitä. Aineisto on kattava, sillä analyysissä mukana olevien terveyskeskusten väestöpohja kattoi noin 95 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. Aineiston muodostamisessa pyrittiin yhdenmukaisiin muuttujamääritelmiin ja kontrolloimaan mahdollisia satunnaisvaiheluja ja tilastovirheitä, jotka vaikuttavat saatuihin arvioihin terveyskeskusten välisistä tehokkuuseroista.

Avohoitokäyntien suoritettietoina käytettiin yhdeksää eri käyntityyppiä: äitiys- ja lastenneuvolakäynnit sekä perhesuunnitteluneuvolakäynnit, opiskelija- ja kouluterveydenhuoltokäynnit, työterveydenhuollon käynnit, kotisairaanhoidokäynnit, mielenterveydenhuollon käynnit, fysioterapiahoidon käynnit, hammashuollon käynnit, muut lääkärin vastaanotolla käynnit sekä muut muun henkilökunnan luona käynnit. Kaikkiin muihin paitsi kahteen viimeiseen käyntiryhmään kuului sekä lääkärin että muun hoitohenkilökunnan luona käyntejä.

Terveyskeskusten antamaa pitkäaikaishoitoa mitattiin yli 29 vuorokautta kestäneiden hoitajaksojen hoitopäivillä. Terveyskeskusten vuodeosastojen antaman akuuttihoiton tuotosmittana käytettiin korkeintaan 29 päivää kestäneiden hoitajaksojen lukumäärää pois lukien kuolemaan päätyneet hoitajaksot.

Tutkimuksessa pyrittiin myös kontrolloimaan terveyskeskusten välisiä eroja potilaiden ikärakenteessa. Hoitopäivien ja hoitajaksojen osalta käytettiin yli 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien osuutta hoitopäivistä ja hoitajaksoista ja avohoitokäynneissä 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien osuutta kaikista lääkärikkäynneistä. Edellä mainittuja muuttujia käytettiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehottomuuslukujen estimointiin (perusmalli).

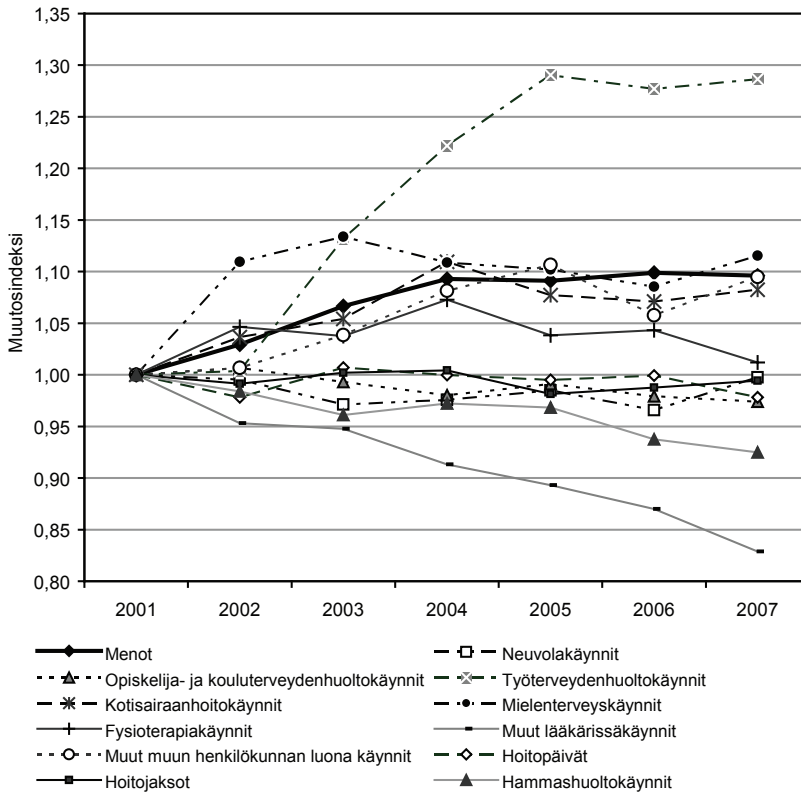
Perusterveydenhuollon asukaskohtaiset menot nousivat keskimäärin kymmenen prosenttia vuosina 2001–2007. Samanaikaisesti asukaskohtaiset hoitopäivät, hoitajakset, neuvolakäynnit ja opiskelija- ja kouluterveydenhuollon käynnit pysyivät lähes muuttumattomina. Käyntimäärät on suhteutettu väkilukuun, sillä tarkkoja potilastietoja ei ole saatavilla. Suhteellisesti eniten asukaskohtaisista avohoitokäynneistä vähenivät muut lääkärikkäynnit, noin 17 prosenttia. Lääkärikkäyntien määrän väheneminen saattaa johtua monestakin syystä, esimerkiksi puhelinkonsultaatioiden lisääntymisestä (Kokko 2005).

Käyntien väheneminen saattaa myös johtua siitä, että yksityiset palvelut ovat korvanneet julkisia palveluita. Lääkärien vastaanottokäynntejä on myös voitu korvata muun henkilökunnan luo tehdyillä käynneillä. Kuvioista 2.1 nähdäänkin, että muut muun henkilökunnan luo tehdyt käynnit lisääntyivät vajaat kuusi prosenttia.

Eniten lisääntyivät kuitenkin työterveydenhuoltokäynnit, keskimäärin 28 prosenttia. Niiden kokonaismäärä ei kuitenkaan kasvanut näin paljon, sillä työterveydenhuoltokäyntien kasvu oli suhteellisesti suurempi pienissä terveyskeskuksissa. Myös asukaskohtaiset fysioterapia-, kotisairaanhoido- sekä mielenterveyskäyntien määrät kohosivat tarkasteluperiodilla. Mielenterveyshuollon käyntien kasvun selittää osin se, että esimerkiksi Espoo, Anjalankoski, Oulu ja Tampere alkoivat tilastoida mielenterveyshuollon käynntejä vasta vuosina 2003–2004. Myös Helsingin, Turun ja Forssan seudun terveyskeskukset ovat tilastoineet mielenterveyspalveluita erikoissairaanhoidon käynneiksi. Niinä vuosina, jolloin terveyskeskus alkoi tilastoida mielenterveyshuollon käynntejä, tehottomuus ei useinkaan muuttunut

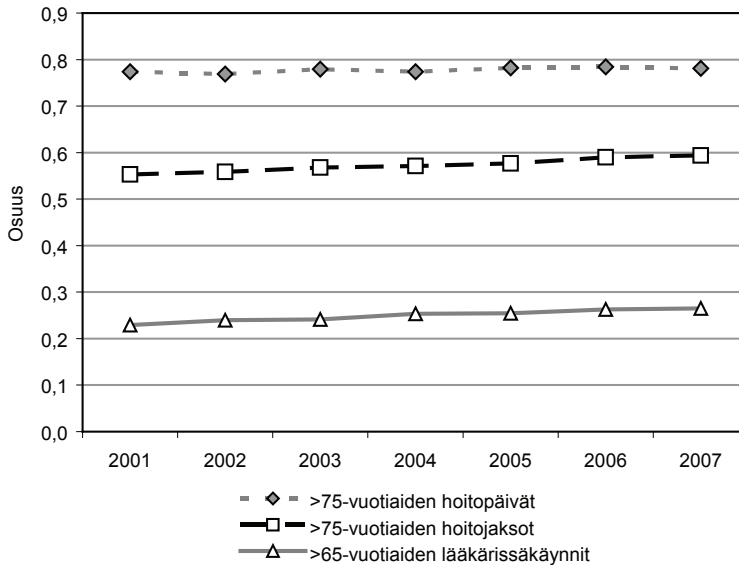
edelliseen vuoteen verrattuna ja useassa tapauksessa tehottomuus jopa kasvoi (Aaltonen 2006). Puutteelliset tiedot yhden avohoito-muuttujan osalta eivät siis muuta merkittävästi tuloksia.

Kuvio 2.1 Menojen ja suoritteiden kehitys terveyskeskuksissa asukasta kohden 2001–2007 (keskimäärin aineiston terveyskeskuksissa)



Potilasrakenne vanheni hieman, sillä yli 65-vuotiaiden lääkarissäkäyntien osuus kohosi keskimäärin vajaa neljä prosenttiyksikköä (kuvio 2.2). Vuodeosastohoidossa yli 75-vuotiaiden osuus hoitopäivistä kohosi vajaan prosentin ja hoitojaksoista yli 75-vuotiaiden osuus lisääntyi lähes neljä prosenttiyksikköä vuosina 2001–2007.

Kuvio 2.2 Vanhusten saaman hoidon osuus 2001–2007



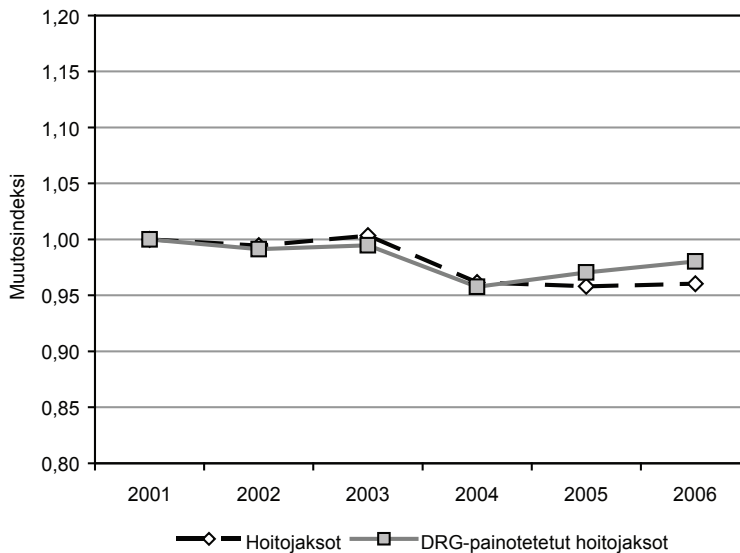
Julkisuudessa on usein esitetty, että terveyskeskusten potilaiden hoidon vaativuus on merkittävästi lisääntynyt viime vuosina. Vaativuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoidon voimavarojen käytön tarvetta, eli sitä kuinka paljon potilaiden hoitamiseen keskimäärin kuluu resursseja, kun otetaan huomioon terveyskeskuksen potilasraken-teen vaativuus. 56 terveyskeskuksen¹ akuuttihoiton vaativuuden huomioon ottaminen ei kuitenkaan merkittävästi muuttanut hoitojaksojen kehitystä, sillä hoitojaksojen ja hoitojaksojen vaativuutta mit- taavien DRG-korjattujen hoitojaksojen määrien muutoksen erotus oli vain vajaat kaksi prosenttiyksikköä.

Myöskään pitkäaikaishoidon tilastot eivät tue oletusta hoidon vaati- vuuden kohoamisesta, sillä vuonna 2007 vuodeosaston pitkäaikais- potilaiden keskimääräinen kustannuspaino oli lähes sama kuin vuon- na 2000 (RAI-tietokanta, 05/2008). Tilastokeskuksen laskelmien mukaan vuodeosastolla hoidettavien potilaiden hoidon vaativuuden huomioon ottaminen ei muuttanut terveydenhuollon tuottavuuskehi- tystä merkittävästi (Heikkinen ja Hautakangas 2008). Näyttää siltä,

¹ Terveyskeskusten väestöpohja 1,8 miljoonaa.

että hoidon vaativuus on kasvanut lähinnä vanhainkodeissa, joskaan ei yhtä voimakkaasti kuin 2000-luvun alkupuoliskolla.

Kuvio 2.3 *Otoksen terveyskeskusten hoitajaksojen ja DRG-korjattujen hoitajaksojen kehitys, indeksi(2001=1)*

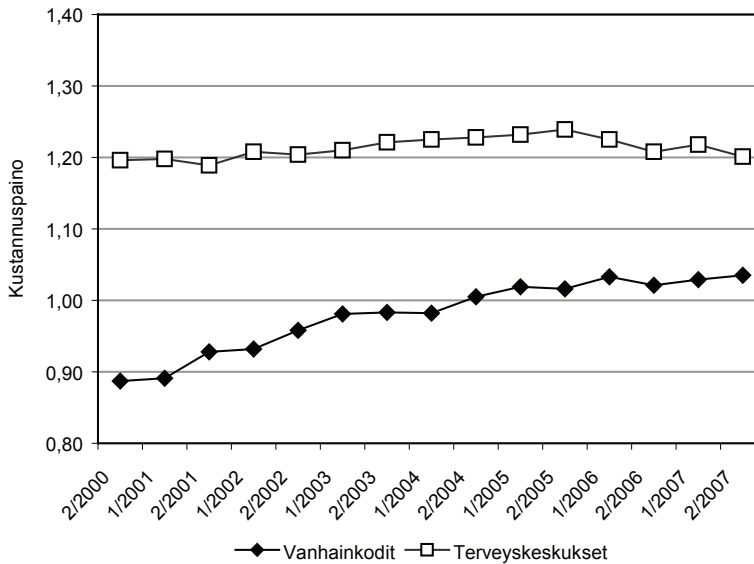


Pitkäaikaishoidon vaativuuden vaikutusta kustannuksiin ja tehokkuuseroihin testattiin jakamalla hoitopäivät psykiatriin ja somaattisiin hoitopäiviin². Jako tehtiin, koska psykiatrisen pitkäaikaishoidon hoitokustannukset ovat hyvin korkeat. Esimerkiksi vuonna 2006 erikoissairaanhoidossa psykiatrisen pitkäaikaishoidon hoitajakson keskimääräinen kustannus oli 87 708 euroa (Hujanen ym. 2008). Lisäksi psykiatristen sairauksien osuus (38 %) oli suurin vuonna 2004 erikoissairaanhoidon erityisen kalliiden hoitojen kustannuksista (yli 80 000 euroa/potilas). Yksittäisistä sairauksista suurimmat kustannukset aiheutti skitsofrenia (Snellman ja Pekurinen 2005). Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden yksikkökustannusten määrittelyä vaikeuttaa kuitenkin tarjottavien palvelui-

2 Somaattisen pitkäaikaishoidon hoitopäiviä ei pystytty luotettavasti jaottelemaan.

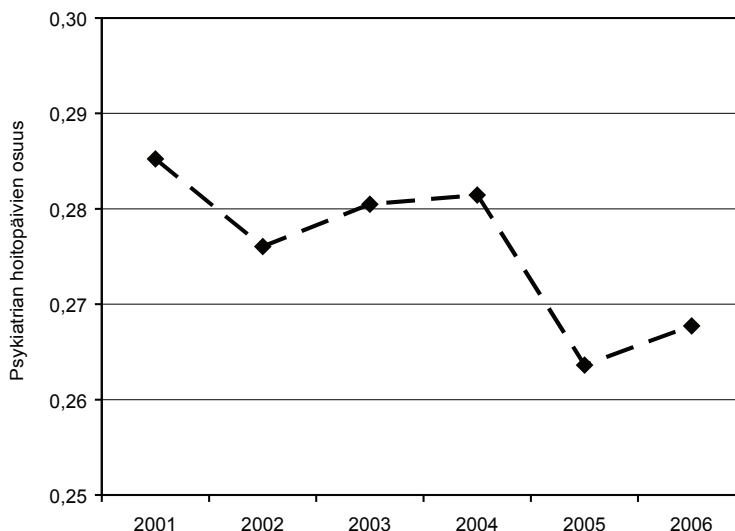
den monimuotoisuuden lisäksi se, että palveluiden kustannuksista on saatavilla niin vähän tutkimustietoa (Hujanen ym. 2008).

Kuvio 2.4 Pitkäaikaispotilaiden hoidon vaativuuden kehitys terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa 2000–2007



Kuviosta 2.5 nähdään, että psykiatristen hoitopäivien osuus on tarkasteluperiodilla laskenut 29 prosentista 26 prosenttiin. Psykiatrisen hoidon osuuden muutos ei siis selitä terveyskeskusten menojen kasvua.

Kuvio 2.5 *Otoksen terveyskeskusten psykiatrian hoitopäivien osuus kaikista pitkäaikaipotilaiden hoitopäivistä 2001–2006*

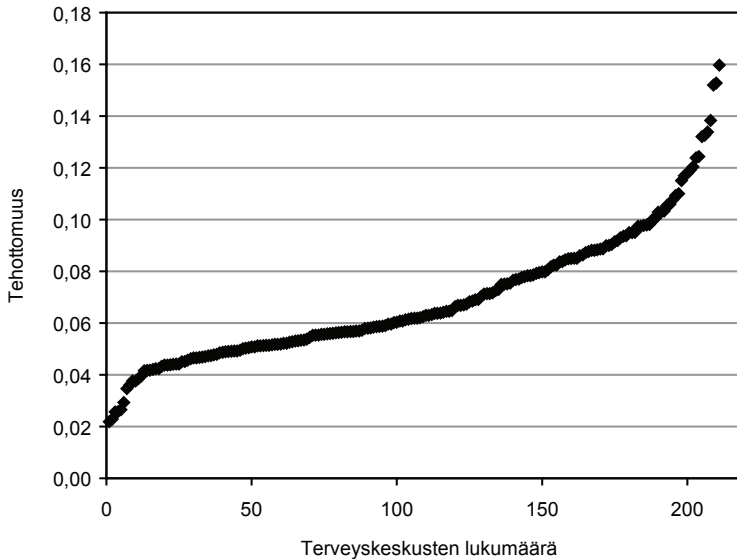


2.3 Terveyskeskusten tehokkuuserot vuonna 2006

Terveyskeskusten tehokkuuserojen laskemisessa käytetty stokastinen rintama-analyysimalli on kuvattu Aaltosen tutkimuksissa (2008a, 2008b).

Terveyskeskusten keskimääräinen tehottomuus oli noin seitsemän prosenttia eli kohtuullisen alhainen vuonna 2006. Kääntäen seitsemän prosentin tehottomuus tarkoittaa, että keskimäärin terveyskeskukset toimivat 93 prosentin tehokkuudella verrattuna maksimaaliseen tuottavuuden tasoon (100 prosenttia maksimi). Suurimmalla osalla terveyskeskuksia ns. tehostamispotentiaali oli alle 10 prosenttia. Jos terveyskeskukset pystyisivät tehostamaan toimintaansa esimerkiksi kaksi prosenttia, se merkitsisi jo 60 miljoonan euron säästöä. Pieniläkin tehostamistoimenpiteillä saataisiin siis merkittäviä säästöjä.

Kuvio 2.6 Tehottomuuslukujen jakauma vuonna 2006



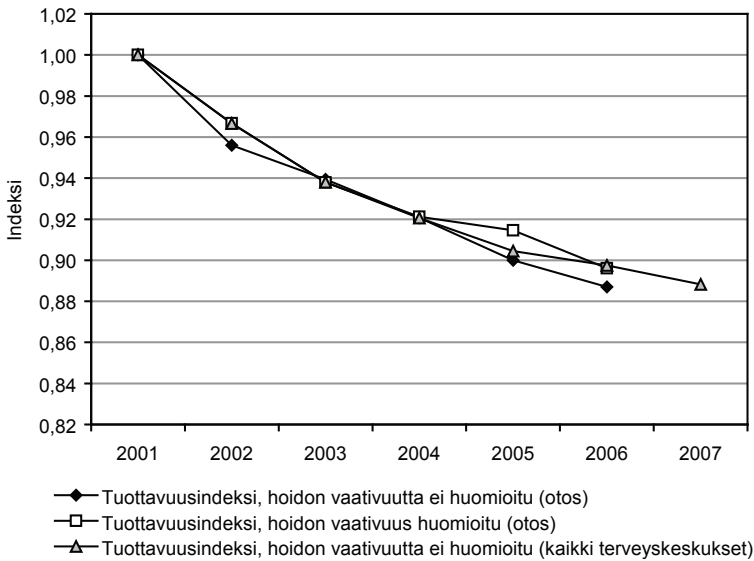
2.4 Menoeroja selittävät tekijät ja terveyskeskusten tuottavuuskehitys

Tehokkuuserot estimoitiin kustannusfunktiosta, jossa terveyskeskusten menoeroja selitettiin palvelusuoritteiden määrällä, terveyskeskuksen henkilöstön ansiotasolla ja olosuhdetekijöillä. Seuraavaksi käydään läpi muuttujia, joilla perusmallin muuttujien lisäksi voisi olla vaikutusta terveyskeskusten menoeroihin. Perusmallin tulokset esitetään kappaleen lopussa.

Vuodesta 2001 vuoteen 2007 terveyskeskusten tuottavuuden laskun arvioiksi saadaan noin 11 prosenttia, kun hoidon vaativuuden muutosta ei oteta huomioon. Hoitojaksojen vaativuuden ja psykiatrisen pitkäaikaishoidon huomioon ottaminen ei kuitenkaan muuta merkittävästi tuloksia. Mallissa, jossa akuutin vuodeosastohoidon vaativuus sekä psykiatrisen hoidon osuus kontrolloitiin, palvelut kallis-
tuivat 10,5 prosenttia vuosina 2001–2006 ja otoksen perusmallissa,

jossa hoidon vaativuutta ei otettu huomioon 11,3 prosenttia. Otoksen terveyskeskuksissa vuodeosastohoidon vaativuuden huomioon ottamisen jälkeen palvelut kallistuivat siis voimakkaasti. Voi kuitenkin olla, että työpanoksen lisääntyminen terveyskeskuksissa on johtanut palvelun laadun paranemiseen, mikä ei näy käytetyissä tuotostittareissa. Kuitenkaan esimerkiksi potilaiden kokemukset eivät tue tätä oletusta, sillä julkisten palveluiden laatubarometrin mukaan asiakkaiden perusterveydenhuollolle antamat arvosanat eivät merkittävästi muuttuneet vuosina 2003–2006 (Taloustutkimus 2006). Hoitokäytännöt ovat kuitenkin todennäköisesti viime vuosien aikana hieman muuttuneet. Resurssien kasvu saattaaakin osittain selittyä esimerkiksi sillä, että potilaiden vuodeosastohoito on muuttunut intensiivisemmäksi.

Kuvio 2.7 Terveyskeskusten tuottavuusindeksi 2001–2007



Aikaisemmissa tutkimuksissa laboratorio- ja röntgenpalveluiden vaikutusta terveyskeskusten kustannuseroihin ei ole otettu huomioon. Voi siis olla, että niissä terveyskeskuksissa, joissa vaativan potilasrakenteen tai perusteellisten hoitokäytäntöjen vuoksi tehdään esi-

merkiksi paljon laboratoriokokeita, myös menot ovat korkeammat. Lisäksi menoihin voi myös vaikuttaa se, tuotetaanko palvelut itse vai ostetaanko ne ulkopuoliselta tuottajalta. Myös erot eri sairauksien esiintyvyydessä saattavat aiheuttaa toisille terveyskeskuksille suu-remmat laboratorio- ja röntgenpalveluiden kustannukset.

Regressiomallissa vuosilta 2005–2006 on perusmallin muuttujien lisäksi neljä muuta muuttujaa: laboratoriokäyntien määrä potilasta kohden, omien laboratoriopalveluiden osuus kaikista laboratoriopalveluista, röntgenpalveluiden määrä potilasta kohden sekä omien röntgenpalveluiden osuus kaikista röntgenpalveluista. Terveyskeskusten itse tuottamien ja ostettujen laboratorio- ja röntgenpalveluiden määrä suhteutettiin terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolla käyneiden potilaiden määrään. Myös kliinisten kemialaboratoriopalveluiden osuuden ja menojen yhteyttä testattiin, mutta muuttujilla ei ollut yhteyttä, joten kliinisten kemialaboratoriopalveluiden osuutta kuvaava muuttuja jätettiin analyysin ulkopuolelle.

Kun mallin muut tekijät kontrolloitiin, laboratorio- ja röntgenpalveluiden lisääntyessä myös kustannukset kasvoivat. Tulos ei ole yllätys, sillä potilaiden huolellinen tutkiminen vie luonnollisesti resursseja ja tämä saattaa näkyä nykyisissä laskelmissa tehottomuutena. Koska muuttujien saamat kertoimet eivät ole kovin suuria, kustannuksia lisäävä vaikutus ei ole suuri. Suomessa hyvin pienissäkin terveyskeskuksissa laboratorio- ja röntgenpalvelut tuotetaan pääosin itse. Eräs keino saada säästöjä voisikin olla muodostaa nykyistä suurempia laboratorio- ja röntgenpalveluja tuottavia yksiköitä.

Iäkkäiden, 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien, saaman pitkäaikaishoidon osuus ei vaikuttanut terveyskeskusten menoihin. Suurin osa pitkäaikaispotilaista on 75-vuotiaita tai sitä vanhempia, joten kyseinen muuttuja ei välttämättä mittaa riittävän hyvin terveyskeskusten potilasrakenteessa olevia eroja. Esimerkiksi Häkkisen (2005) tutkimustuloksista voidaan päätellä, että vasta kuolemaa edeltävinä kuutena vuonna 85–89-vuotiaiden pitkäaikaishoidon kustannukset nousevat ja ovat noin 200–500 euroa korkeammat kuin vastaavien viittä vuotta nuorempien pitkäaikaispotilaiden.

Akuuttihoidossa 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien saamien hoitojaksojen osuudella oli tulosten mukaan pienehkö negatiivinen vaikutus menoihin. Tulos siis indikoi, että vanhusten saama akuuttihoito olisi hieman keskimääräistä halvempaa.

Väestöpohjan ja asukaskohtaisten menojen yhteys oli epälineaarinen. Kun tuotettujen palveluiden määrä ja niiden suhteelliset osuudet, vanhusten saaman hoidon osuus, työntekijöiden palkkataso sekä alueen asukastiheys vakioidaan, saadaan laskettua terveyskeskusten väestöpohjan vaikutus. Tulosten mukaan kustannuksia minimoiva väestöpohja on noin 25 000 asukasta. Tässä mallissa ei kuitenkaan otettu huomioon terveyskeskuksen toimipaikan (terveysasema tai vuodeosasto) keskimääräistä väestömäärää. Vuoden 2006 aineistolla testattaessa toimipaikan väestöpohjan koolla ei kuitenkaan ollut vaikutusta kustannuksiin.

Asukastiheydellä näytti olevan kustannuksia alentava vaikutus. Tämä on odotettu tulos, sillä alueilla, joissa asukastiheys on alhainen, etäisyydet ovat pitkät ja palveluiden järjestäminen ja organisointi vaikeaa. Lisäksi syrjäiset seudut joutuvat usein maksamaan esimerkiksi lääkäreille suurempaa palkkaa (Ruskoaho 2008). Palkkatasolla ja menoilla olikin positiivinen yhteys. Erikoislääketieteen vuodeosastopalveluiden ja menojen välillä oli negatiivinen yhteys. Mahdollisesti terveyskeskuksissa, joissa on erikoislääketieteellistä vuodeosastohoitoa, hoitojaksoja on suhteessa enemmän kuin muissa terveyskeskuksissa. Myös skaalatekijät voivat selittää tulosta, sillä erikoislääkärijohtoiset terveyskeskukset ovat lähes kaikki keskimääräistä suurempia yksiköitä, joissa myös vuodeosastot voivat olla keskimääräistä suurempia.

Avohoitokäynneistä neuvola-, opiskelija- ja kotisairaanhoitokäyntien ja menojen välillä ei ollut tilastollista yhteyttä. Tulos ei ole yllätys, sillä esimerkiksi neuvolakäyntien määrä ja menot korreloivat negatiivisesti. Neuvolakäyntien suuri osuus terveyskeskuksen avohoitokäynneistä saattaakin kuvata niukasti resursseja vaativaa asiakaskuntaa.

Esimerkiksi kymmenen prosentin lisäys asukaskohtaisissa fysioterapiakäynneissä lisää kustannuksia noin 1,2 prosenttia. Myös muiden lääkärikäyntien ja muiden kuin lääkärin luo tehtyjen muiden käyntien määrällä ja menoilla oli positiivinen yhteys. Samoin mielenterveys- huollon, työterveyshuollon sekä hammashuollon käyntien määrien lisääntyessä menot kasvavat.

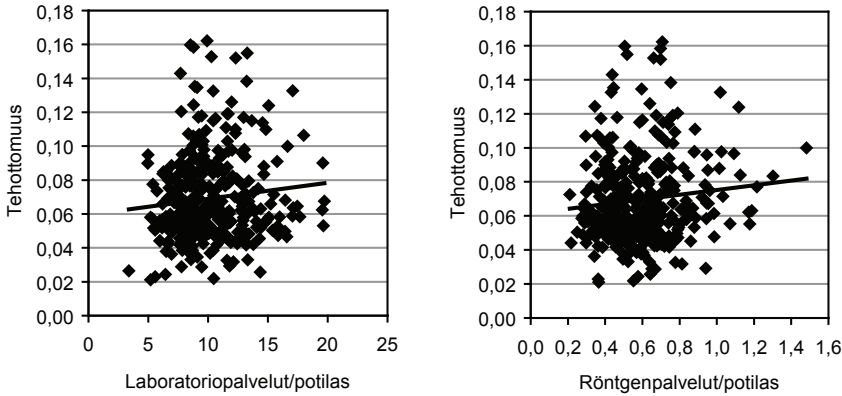
Vuodeosastohoidon määrällä ja menoilla oli selkeä positiivinen yhteys eli mitä enemmän terveyskeskukset tuottavat vuodeosastohoitoa, sitä suuremmat ovat asukaskohtaiset menot. Tulos on hyvin looginen, sillä vuodeosastohoito vie paljon resursseja. Esimerkiksi yhden hoitopäivän on arvioitu vuonna 2001 maksaneen keskimäärin noin 115 euroa (Hujanen 2003).

2.5 Tehokkuuseroja selittävät tekijät: tuotantorakenteet

Edellä kuvattiin, miten eri muuttujat olivat yhteydessä kustannuksiin. Seuraavaksi selvitetään, miten terveyskeskusten tuotannon rakennetta kuvaavat tekijät ovat yhteydessä terveyskeskusten tehokkuuseroihin. Aluksi tarkastellaan jokaisen muuttujan osalta, miten se korreloi tehottomuuden kanssa ja toisessa vaiheessa testataan, miten muuttujien huomioon ottaminen vaikuttaa tehottomuusestimaatteihin. Ainoastaan henkilöstörakennetta kuvaavien muuttujien katsottiin vaikuttavan tehottomuustermiin. Muiden muuttujien osalta oletettiin, että ne vaikuttavat suoraan estimoituun teknologiaan, eli tehottomuusluvuista poistettiin kyseisten muuttujien vaikutus.

Aikaisemmin ilmeni, että laboratorio- ja röntgenpalveluiden lisääntyessä myös terveyskeskuksen menot kasvavat. Potilaiden tutkiminen voidaan nähdä myös laatutekijänä, eli mitä enemmän potilaita tutkitaan ja potilaihin panostetaan, sitä korkeammat menot. Kuviossa 2.8 nähdään perusmallin tehottomuuslukujen ja laboratorio- ja röntgenpalveluiden määrän yhteys. Molempien palveluiden määrän ja tehottomuuden korrelaatio oli 0,11 vuosina 2005–2006.

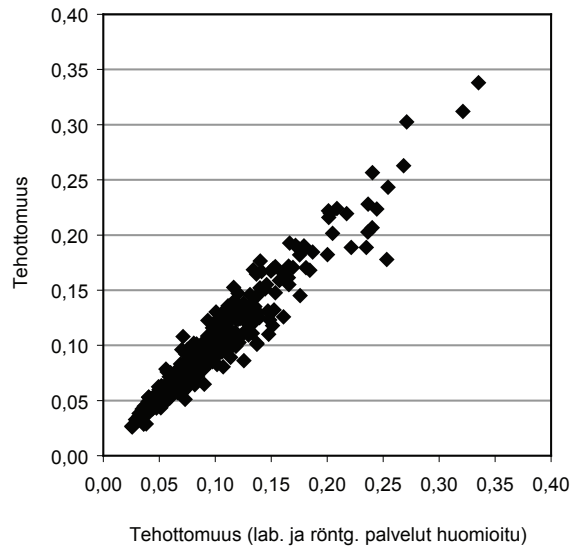
Kuvio 2.8 Laboratorio- ja röntgenpalveluiden ja tehottomuuden yhteys 2005–2006



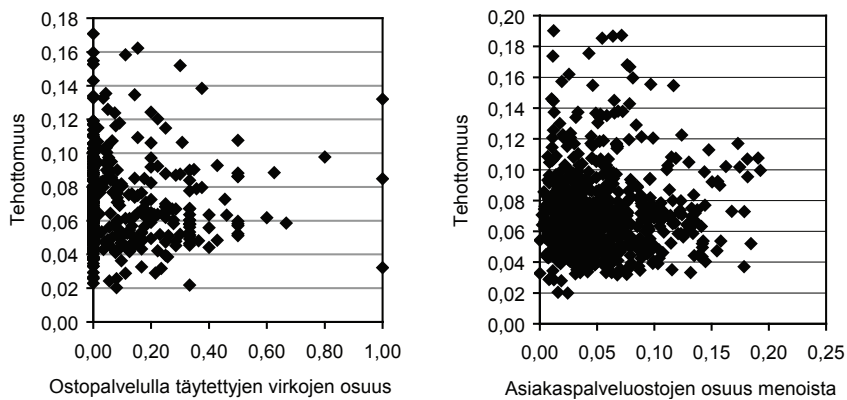
Jos SFA-mallissa otetaan huomioon laboratorio- ja röntgenpalveluiden määrä, terveyskeskusten tehottomuusluvut eivät muutu paljon. Mallien välinen järjestyskorrelaatio oli korkea, 0,96. Kuviosta 2.9 kuitenkin nähdään, että yksiköiden välinen järjestys muuttuu hieman varsinkin tehokkuudeltaan keskitasoisten joukossa.

Varsinkin syrjäisten ja pienten terveyskeskusten on ollut viime vuosina vaikea täyttää avoinna olevia lääkärin virkojaan. Kunnat joutuvatkin yhä enemmän turvautumaan ostopalveluihin. Kuviosta 2.10 nähdään, ettei asiakaspalveluostojen osuudella eikä ostopalveluilla täytettyjen lääkärivirkojen osuudella ollut yhteyttä tehokkuuteen. Myöskään kustannuksiin asiakaspalveluostojen tai ostopalveluilla täytettyjen virkojen osuudella ei ollut vaikutusta. Tehottomuusestimaatteihin näillä muuttujilla ei ollut juurikaan vaikutusta.

Kuvio 2.9 Laboratorio- ja röntgenpalveluiden vaikutus tehostomuuksista



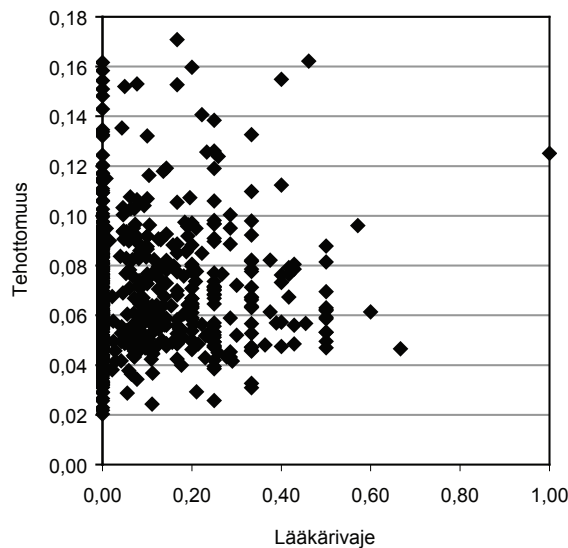
Kuvio 2.10 Asiakaspalveluostojen osuus käyttökustannuksista (2003–2005) sekä ostopalveluilla täytettyjen lääkärivirkojen osuus kaikista lääkäri-viroista (2005–2006) ja tehostomuus



Kunnat ja kuntayhtymät eivät ole pystyneet täysin täyttämään lääkärivajetta ostopalveluilla ja lääkärivaje onkin ollut pienoisisässä kasvussa (Parmanne ja Vänskä 2006). Vuonna 2006 terveyskeskusten keskimääräinen lääkärivaje oli noin kymmenen prosenttia, mutta alueelliset erot olivat erittäin suuria. Henkilöstön rekrytointiongelmat asettavat kunnat hyvin eriarvoiseen asemaan jatkossakin, sillä rekrytointiongelmat saattavat aiheuttaa palveluiden laadun heikkenemistä ja jopa palveluiden karsimista.

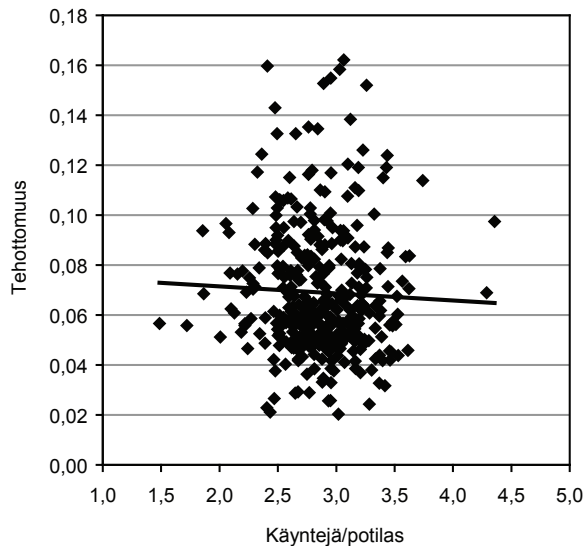
Terveyskeskuksen lääkärivaje ja tehottomuus korreloivat positiivisesti. Muuttujien välinen korrelaatio ei kuitenkaan ollut kovin suuri (0,07), kuten kuvioista 2.11 havaitaan. Tämän vuoksi, vaikka lääkärivaje kontrolloidaan SFA-mallissa, terveyskeskusten tehokkuuslukujen järjestys ei merkittävästi muutu. Perusmallin tehottomuuslukujen ja mallin, jossa lääkärivaje otettiin huomioon, järjestyskorrelaatio oli 0,99. Kun otetaan huomioon tuotettujen palveluiden määrä, potilaiden ikärakenne, terveyskeskuksen palkkataso sekä olosuhdetekijöitä, lääkärivajeen kymmenen prosentin kasvu lisäsi perusterveydenhuollon kustannuksia noin 0,8 prosenttia.

Kuvio 2.11 Terveyskeskuksen lääkärivaje ja tehottomuus vuosina 2004–2006



Perusterveydenhuollon tuottavuutta mitattaessa on muistettava, että käyntimäärien sijaan tulisi suoritteina tai tuotoksena käyttää hoitoepisodeja. Tällaisia hoitoepisoditietoja ei kuitenkaan ole kattavasti saatavilla. Tästä puutteesta VATT:n terveystutkimuksia onkin usein kritisoitu. Esimerkiksi Outi Elonheimo toteaa: Mitä lyhyemmät käynnit ja vähemmän potilaan asiaan paneutumista, sitä enemmän käyntejä syntyy ja sitä tuottavammalta terveyskeskus näyttää (Helsingin Sanomat 15.10.2007). Elonheimo siis olettaa, että terveyskeskukset, joissa on paljon käyntejä, ovat myös keskimäärin tehokkaampia. Tämä ei kuitenkaan pidä paikkansa, sillä tehokkuus ei korreloinut käyntimäärien eikä myöskään sairastavuuden kanssa. Sen sijaan käyntimäärien ja väestön sairastavuuden välillä oli luonnollisesti positiivinen korrelaatio.

Kuvio 2.12 Lääkärikäyntejä potilasta kohden ja tehottomuus vuosina 2005–2006

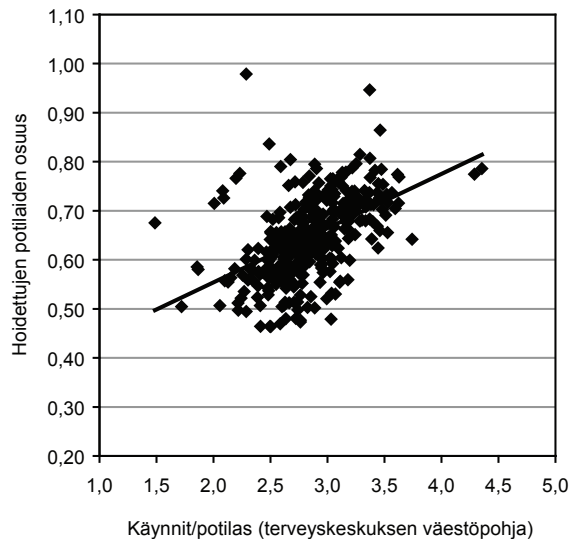


Ilkka Vohlonen sen sijaan esittää, että kaupungeissa, joissa eri palveluista muodostettu tuottavuuden tunnusluku nousi korkeaksi, myös asiakkaiden keskimääräiset käyntimäärät kasvoivat korkeiksi. Näyttää siltä, että pelkkiin hoitotapahtumin mitattava tuottavuuden tarkas-

telu ohjaa hoitamaan pientä potilasjoukkoa useammilla käynneillä tai muilla hoitokontakteilla (Kuntalehti 6.9.2006).

Kun testattiin, miten potilaiden lääkärille tekemät käyntimäärät ja tehottomuus ovat yhteydessä, niin havaittiin, että tehottomuuden ja käyntimäärien välinen korrelaatio oli $-0,058$. Potilasta kohden tehdyt käyntimäärät eivät siis selittäneet terveyskeskusten tehokkuuseroja. Myöskään käyntimäärillä ja menoilla ei ollut tilastollista yhteyttä, kun mallin muut tekijät otettiin huomioon.

Kuvio 2.13 Hoidon kattavuus terveyskeskuksen väestöpohjasta ja potilaiden tekemien käyntien määrä terveyskeskuksessa 2005–2006

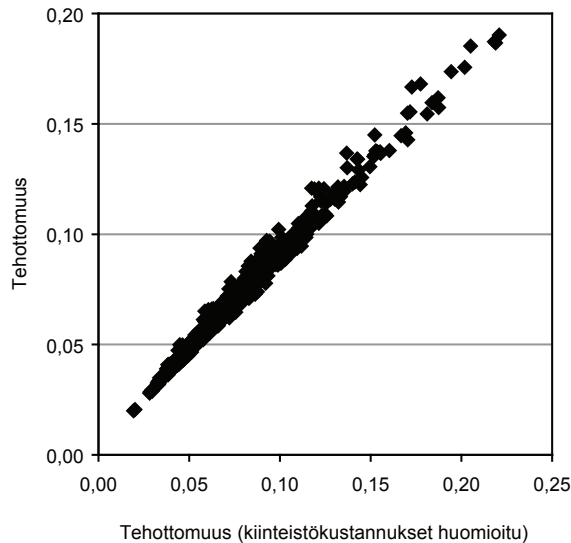


Ilkka Vohlosen havainto ei liity suoraan tähän tutkimukseen, mutta tästä huolimatta on mielenkiintoista testata, miten hoidon kattavuus ja potilasta kohden tehdyt käynnit ovat yhteydessä keskenään. Kuvio 2.13 nähdään, että hoidettujen potilaiden väestöosuus korreloi yllättävän positiivisesti käynnit/potilas kanssa (korrelaatio 0,50). Eli mitä korkeampi oli hoidettujen potilaiden osuus terveyskeskuksen väestöstä, sitä enemmän oli myös potilasta kohden tehtyjä käyntejä.

Siis terveyskeskuksissa, joissa hoidettiin suhteellisen pientä potilasjoukkoa, myös potilaskohtaiset käyntimäärät olivat alhaiset.

Yleisesti ottaen suuremmissa kaupungeissa hoidon kattavuus on keskimääräistä alhaisempi. Tämä johtuu osittain siitä, että suuremmissa kaupungeissa potilailla on mahdollisuus valita terveydenhuollon palveluita yksityiseltä sektorilta ja myös työterveyshuolto on järjestetty muualla kuin terveyskeskuksissa. Potilaskäyntien määrien erot johtuvat sen sijaan potilaiden hoidon vaativuuden ja terveyskeskusten hoitokäytäntöjen välisistä eroista.

Kuvio 2.14 Kiinteistökustannusten vaikutus estimointituloksiin 2003–2005



Kaikilla terveyskeskuksilla henkilöstömenot muodostavat suurimman menoerän bruttokustannuksista. Kuntien menorakenne saattaa muilta osin olla hyvinkin erilainen. Esimerkiksi kiinteistökustannuksissa (sisäiset + ulkoiset vuokrat + poistot) on suuria eroja terveyskeskusten välillä. Keskimäärin kiinteistökustannusten osuus bruttokustannuksista oli 4,6 prosenttia vuonna 2005. Sen sijaan esi-

merkiksi Kauniaisissa kiinteistökustannusten osuus oli 13 prosenttia. Seuraavaksi testataan, miten kiinteistökustannusten poistaminen bruttomenoista muuttaa estimoituja tehottomuuslukuja ja yksiköiden järjestystä. Kiinteistökustannusten poisjätö ei muuta kovin merkittävästi tuloksia, sillä kahden mallin tehottomuuslukujen välinen järjestyskorrelaatio oli 0,971. Perusmallissa olevat suoritemuuttajat ja olosuhdetekijät korreloivat kiinteistökustannuksiin, mikä selittää sen, että tulokset eivät merkittävästi muutu.

Terveyskeskusten henkilöstörakenne on pysynyt lähes muuttumattomana viime vuosien aikana. Hoitajat ovat ylivoimaisesti suurin henkilöstöryhmä, hoitajien osuus terveyskeskusten henkilöstöstä on keskimäärin yli 60 prosenttia. Sen sijaan lääkäreitä on vain noin 10 prosenttia. Terveyskeskusten välillä henkilöstörakenteessa on kuitenkin suuriakin eroja.

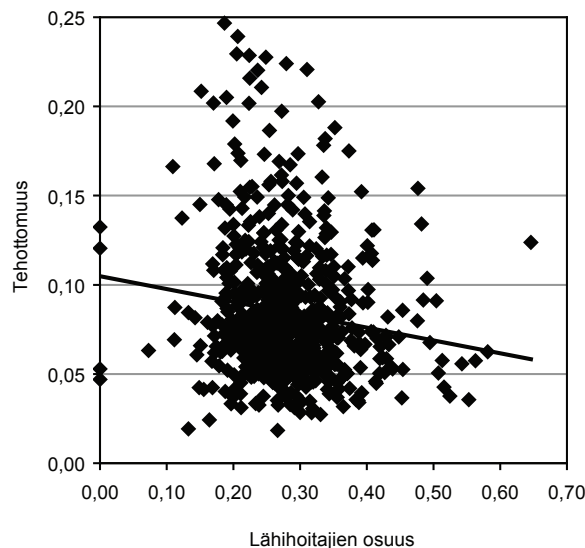
Taulukko 2.1 Henkilöstöryhmien suhteelliset osuudet kokonaishenkilöstöstä vuosina 2003–2005

Vuosi	Lääkärit	Sairaanhoitajat ja kättilöt	Perus- ja lähihoitajat	Psykologit ja terapeutit	Hallinto ja siivous
2003	0,10	0,35	0,28	0,06	0,21
2004	0,10	0,35	0,28	0,06	0,20
2005	0,10	0,34	0,28	0,06	0,20

SFA-mallissa työntekijöiden palkkatasoa kontrolloitiin palkkaindeksin avulla. Henkilöstörakenteen vaikutusta ei kuitenkaan otettu huomioon, sillä palkkaindeksi laskettiin niin, että terveyskeskuksen tietyn ammattiryhmän täysipäiväisten työntekijöiden keskipalkkaa verrattiin koko maan vastaavan ammattiryhmän keskipalkkaan ja jokainen ammattiryhmä sai aina indeksiluvussa painoarvon, joka kuvasi kyseisen ammattiryhmän osuutta kokonaispalkkamenoista. Seuraavaksi tarkastellaan, onko henkilöstörakenteella vaikutusta terveyskeskusten tehokkuuseroihin. Perus- ja lähihoitajien osuus ja tehottomuus korreloivat negatiivisesti (korrelaatio -0,14). Vaikka yhteys ei ole kovin vahva, niin voidaan kuitenkin sanoa, että terveyskes-

kukset, jossa on suhteellisesti paljon lähihoitajia, ovat keskimääräistä hieman tehokkaampia. Tulos johtuu todennäköisesti siitä, että lähihoitajien palkka on keskimäärin alhaisempi kuin sairaanhoitajien.

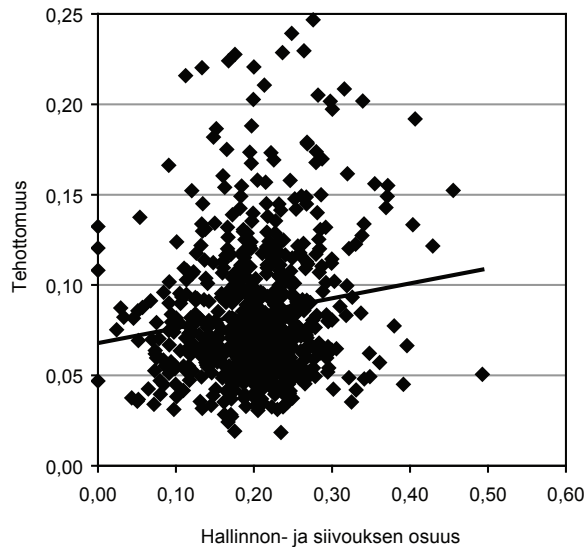
Kuvio 2.15 Lähihoitajien osuus henkilökunnasta ja tehottomuus vuosina 2003–2005



Hallinnossa ja siivouksessa työskentelevien osuus korreloi positiivisesti tehottomuuteen (0,14), eli mitä korkeampi oli hallinnossa ja siivouksessa työskentelevien osuus sitä tehottomampi terveyskeskus keskimäärin oli. Tulos ei ole yllätys, sillä hallinnon ja siivouksen työ ei näy suoritemuuttujissa, ainoastaan kustannuksissa. Toimiva ja hyvin mitoitettu hallinto voi kuitenkin olla merkittävä tekijä tehokkaan toiminnan järjestämiseksi esimerkiksi siirtäen lääkärin aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. Muiden henkilöstöryhmien ja tehottomuuden välinen korrelaatio oli alhaisempi: lääkäreiden osuuden (-0,07), sairaanhoitajien ja kättilöiden osuuden (0,05) sekä psykologien ja terapeuttien osuuden (-0,01).

Henkilöstörakennetta kuvaavien muuttujien ja tehottomuuden yhteyttä testattiin erillisellä SFA-mallilla, joka erosi edellisistä malleista siten, että henkilöstörakennetta kuvaavien muuttujien oletettiin vaikuttavan teknologian sijasta tehottomuustermiin. Tuloksista selvisi, että hallinnossa ja siivouksessa työskentelevien osuus oli yhteydessä tehottomuuteen viiden prosentin riskitasolla. Muilla henkilöstörakennetta kuvaavilla muuttujilla ja tehottomuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Kuvio 2.16 Hallinnon- ja siivoushenkilöstön osuus henkilökunnasta ja tehottomuus vuosina 2003–2005



2.6 Vuodeosastohoidon potilasrakenne

Edellä mainituissa tehottomuusluvuissa vuodeosastohoidon vaatavuutta ei ollut otettu huomioon. Hoitajaksojen ja DRG-painotettujen hoitajaksojen välinen korrelaatio on kuitenkin hyvin korkea, 0,99. On siis oletettavaa, että akuuttihoitoon vaatavuuden huomioon ottaminen ei muuta merkittävästi kustannuseroja selittävän mallin tuloksia.

Psykiatrisen hoidon osuus pitkäaikaishoidosta ja menot korreloivat positiivisesti (korrelaatiokerroin 0,120), joten psykiatrisen hoidon osuuden huomioon ottaminen saattaa hieman muuttaa tuloksia.

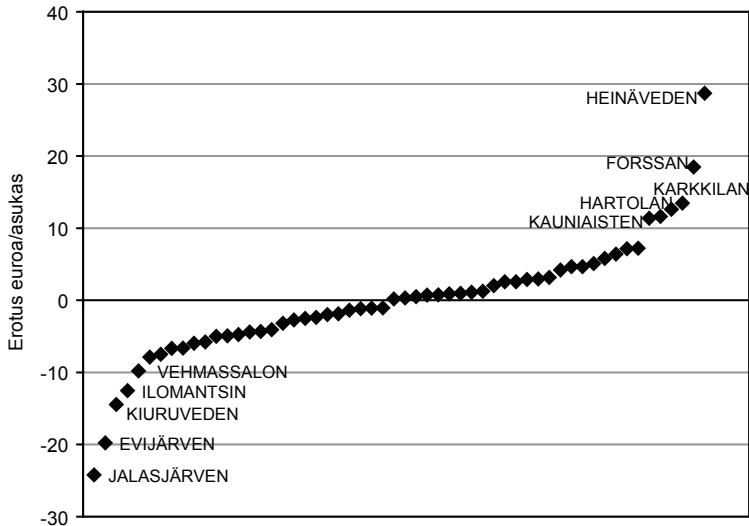
Regressiomallin avulla testattiin, miten akuuttihoidon vaativuuden ja psykiatrisen hoidon osuuden pitkäaikaishoidosta huomioon ottaminen olisi muuttanut terveystalouden menoja vuosina 2001–2006. Mallin antamien menojen välinen korrelaatio oli 0,995. Tulosten mukaan siis hoitojaksojen vaativuuden ja psykiatrisen hoidon osuuden huomioon ottaminen ei kovin suuresti vaikuttanut mallin ennustamiin asukaskohtaihin menoihin.

Kuviosta 2.17 nähdään, miten hoidon vaativuuden huomioon ottaminen muuttaa estimointituloksia, eli kuinka monta euroa korkeammat tai matalammat ennustetut asukaskohtaiset menot terveystaloudessa olivat perusmalliin verrattuna, kun akuuttihoidon vaativuus ja psykiatrisen hoidon osuus otettiin malliin. Jos erotus on positiivinen, vuodeosastohoidon vaativuus on tullut perusmallissa aliarvioituksi.

Suurimmalla osalla terveystalouksista akuuttihoidon vaativuuden ja psykiatrisen hoidon osuuden huomioon ottaminen ei vaikuttanut tehokkuuslukuihin kovin paljon. Vain viidellä otoksen terveystalouksista (Heinävesi, Forssa, Karkkila, Hartola, Kauniainen) hoidon vaativuus lisäsi asukaskohtaisia kustannuksia yli 10 euroa. Näistä terveystalouksista ainoastaan Kauniaisten terveystalouden tehokkuus oli selvästi keskimääräistä alhaisempi. Sen sijaan Forssan seudun terveystalous oli koko tarkasteluperiodin tehokkaimpien terveystalouksien joukossa. Forssan osalta vuodeosastohoidon tiedot eivät olleet tarkasteluperiodin alkupuoliskolla täysin luotettavia, joten kyseisen yksikön tulokseen tulee suhtautua varauksella.

Vastaavasti vain neljällä terveystalouksella hoidon vaativuuden huomioon ottaminen laski ennustettuja kustannuksia yli 10 euroa (Jalasjärvi, Evijärvi, Kiuruvesi, Ilomantsi). Näissä terveystalouksissa vuodeosastohoidon vaativuus oli siis keskimääräistä alhaisempaa.

Kuvio 2.17 DRG-painotettujen hoitajaksojen ja psykiatrisen pitkäaikaishoidon vaikutus ennustettuihin menoihin (keskiarvo euroa/asukas 2001–2006)

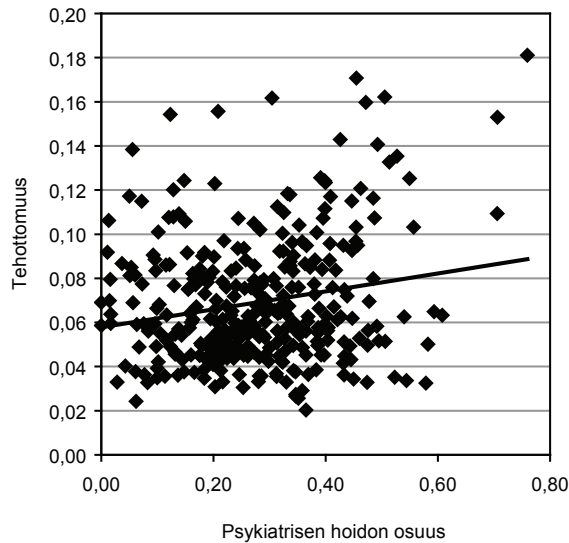


Kun mallin muut tekijät kontrolloitiin, psykiatrisen hoidon osuudella ja menoilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Jos mallin muut tekijät poistettiin, edellä mainituilla muuttujilla oli positiivinen yhteys viiden prosentin riskitasolla. DRG-painotettujen hoitajaksojen kerroin oli lähes sama kuin hoitajaksojen kerroin samalla aineistolla estimoituna.

Psykiatrisen pitkäaikaishoidon osuus yli 29 vuorokautta kestäneistä hoitopäivistä korreloi tehottomuuteen positiivisesti (korrelaatio 0,19). Tosin korkeahko korrelaatio selittyy osin sillä, että Inarin terveyskeskuksessa psykiatrisen hoidon osuus ja tehottomuus olivat keskimääräistä korkeampia: psykiatrisen hoidon osuus oli 50–76 prosenttia ja tehottomuus 10,3–18,1 prosenttia vuosina 2001–2006. Jos Inarin terveyskeskuksen jätti tarkastelun ulkopuolelle, tehottomuuden ja psykiatrisen hoidon osuuden välinen korrelaatio aleni (korrelaatio 0,09). Joka tapauksessa psykiatrisen hoidon osuuden huomioon ottaminen

muuttaa tehokkuuslukujen järjestystä, mutta vaikutus ei ole kovin suuri.

Kuvio 2.18 Psykiatrisen pitkäaikaishoidon osuus ja tehottomuus 2001–2006



2.7 Terveyskeskusten tehokkuuserot: väestön sairastavuus ja hoidon vaativuus

Seuraavaksi tarkastellaan terveyskeskusten tehokkuuserojen yhteyttä terveyskeskusalueen väestön sairastavuuteen ja terveydentilaan. Analyysissä käytetään yhdistetyn paneelimallin kustannustehottomuuslukuja. Niin sanotun todellisten kiinteiden vaikutusten mallin tehottomuuslukuja ei tarkasteluissa käytetty, sillä kyseisen menetelmällä lasketut luvut kuvaavat kuinka paljon menot, mallin muut tekijät kontrolloituna, ovat tarkasteluperiodilla muuttuneet suhteessa suoritteisiin. Kyseiset luvut eivät siis kuvaa hyvin tarkasteluajankohdan tilannetta.

Ensiksi testataan, selittävätkö terveyskeskusten väestön sairastavuudessa olevat erot perusterveydenhuollon asukaskohtaisia menoeroja. Perusterveydenhuollon potilaista ei ole saatavilla potilaskohtaisia tietoja, joita voitaisiin käyttää hoidon vaikuttavuuden mittaamisessa. Tämän vuoksi potilaiden terveydentilaa kuvaamaan käytetään kuntatason aineistoja. Näissä malleissa ei ole otettu huomioon muita olosuhdetekijöitä eikä suoritemuuttujia, sillä tarkoituksena on tarkastella vain väestön sairastavuuden ja perusterveydenhuollon menojen yhteyttä.

Sairastavuutta kuvaavina muuttujina käytetään diabeteksen, verenpainetaudin sekä sepelvaltimotaudin esiintyvyyttä, kuolleisuutta, työkyvyttömyyseläkeläisten osuutta työikäisistä sekä erityiskorvattavien lääkekorvausten saaneiden osuutta väestöstä. Terveyskeskusten väestöpohjan sairastavuus on laskettu diagnosoiduista tapauksista, eli mitä korkeampi sairastavuus, sitä enemmän on diagnooseja väestöpohjaan suhteutettuna.

Analyyseissä käytetään ikä- ja sukupuolivakioimattomia tietoja ja siten luvut kuvaavat myös alueiden ikä- ja sukupuolirakenteessa olevia eroja. Kaikki selittävät muuttujat sisällytettiin ensimmäiseen malliin. Selittävät muuttujat korreloivat kuitenkin hyvin voimakkaasti keskenään, joten muissa malleissa testattiin vielä erikseen jokaisen muuttujan osalta, miten väestön sairastavuus oli yhteydessä perusterveydenhuollon menojen kanssa. Muuttujat on skaalattu niin, että valtakunnallinen keskiarvo on 100 kaikilla selittävillä muuttujilla vuonna 2001.

Tulosten mukaan väestön sairastavuuden lisääntyessä perusterveydenhuollon menot kasvavat. Mallissa 1 kuitenkin verenpainetaudilla ja menoilla on negatiivinen yhteys, kun kaikki muut terveydentilaa kuvaavat muuttujat on vakioitu. Tilastolliset mallit selittävät 41–58 prosenttia terveyskeskusten välisistä menoeroista. Eniten menoeroja selitti erityislääkekorvausta saaneen väestön osuus ja vähiten kuolleisuus.

Seuraavaksi testataan selittääkö väestön sairastavuus myös terveyskeskusten tehokkuuseroja. Väestön terveydentilaan vaikuttavat monet tekijät terveydenhuoltopalvelujen lisäksi, kuten esimerkiksi kulutustottumukset, yleinen koulutustaso ja geneettinen perimä. Näiden erottaminen ei nykyisillä kuntatason aineistoilla onnistu, vaan tähän tarvittaisiin tarkkoja potilasaineistoja. On kuitenkin mielenkiintoista katsoa, onko esimerkiksi tehokkuudeltaan ääripäässä olevien terveyskeskusten väestön terveydentilassa eroja.

Erot väestön terveydentilassa tai sairastavuudessa voidaan terveyskeskustasolla ajatella heijastavan eroja potilasrakenteessa. Korkeammat yksikkökustannukset voivat siis johtua vaativammasta potilasrakenteesta, joita tehokkuusanalysissä ei ole pystytty kontrolloimaan. Malleissa käytettiin kuitenkin 11 eri suoritemuuttujaa, joiden määrät ja suhteelliset osuudet jo sinällään heijastelevat väestöpohjassa olevia eroja. Tämän lisäksi potilaiden ikärakenne oli huomioitu kolmella muuttujalla.

Väestön sairastavuus selitti huonosti terveyskeskusten välisiä tehokkuuseroja. Kaikkien selitysmallien selitysasteet olivat lähellä nollaa. Selittävästä muuttujista ainoastaan diabeteksen esiintyvyydellä ja tehottomuudella oli negatiivinen yhteys. Mallissa 3 verenpainetaudin esiintyvyydellä ja tehottomuudella oli positiivinen yhteys kymmenen prosentin riskitasolla. Muiden selittävien muuttujien ja tehottomuuden osalta yhteyttä ei ollut havaittavissa.

Koska terveyskeskusten tehokkuuseroja ei pystytty selittämään väestön terveydentilassa olevilla eroilla, voidaan sanoa, että tehokkuusanalyyseissä käytetyt tuotos- ja kontrollimuuttujat ottavat kohtuullisen hyvin huomioon alueiden väestörakenteelliset erot. Voidaankin päätellä, että terveyskeskusten tehokas toiminta ei automaattisesti tarkoita huonompaa palvelutasoa tai että tehottomien terveyskeskusten väestö olisi merkittävästi sairaampaa kuin tehokkaiden terveyskeskusten väestö.

Ei ole myöskään selvää, että terveyskeskusten tehokkuusluvut ja terveyskeskusten välinen tehokkuusjärjestys väistämättä merkittävästi

muuttuisivat, vaikka analyyseissä käytettäisiin tarkempia potilasrekistereitä ja esimerkiksi tautikohtaisia luokituksia. Toki tarkemmat potilasrekisterit olisivat merkittävä parannus mitattaessa terveyskeskusten tuottavuutta ja tehokkuuseroja. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa muiden kuin yliopistosairaaloiden tuottavuuskehitys oli myönteisempi aikaisempiin laskelmiin verrattuna, kun avohoidon potilasryhmittely otettiin huomioon (Vitikainen ja Linna 2008).

Lopuksi testataan, miten SFA-mallien estimointitulokset ja terveyskeskusten tehokkuuserot ja yksiköiden järjestys muuttuvat, jos terveydentilaa kuvaavat muuttujat lisätään kustannusfunktioon. Suurimmalla osalla suoritemuuttujista ja menoilla on positiivinen yhteys. Myös palkkatasolla ja 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien henkilöiden lääkärikäyntien osuudella oli positiivinen yhteys menoihin. Sen sijaan asukastiheydellä oli kustannuksia alentava vaikutus. Pitkäkestoisesta vuodeosastohoidon osalta 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien hoitopäivien osuudella oli joissakin malleissa pieni negatiivinen vaikutus menoihin.

Väestöpohjan ja asukaskohtaisten menojen yhteys oli sen sijaan epälineaarinen, mikä tarkoittaa, että pienimmissä ja suurimmissa terveyskeskuksissa yksikkökustannukset ovat suurimmat, kun palveluiden määrä ja olosuhdetekijät on kontrolloitu. Erikoislääketieteellisten vuodeosastopalveluiden ja menojen välillä oli negatiivinen yhteys. Tulos saattaa selittyä esimerkiksi skaalatekijöillä tai sillä, että terveyskeskuksissa, joissa annetaan erikoislääketieteellistä vuodeosastohoitoa, hoitajaksoja on suhteessa enemmän kuin muissa yksiköissä.

Mallissa 2 väestön terveydentilaa kuvaavista muuttujista verenpaine-taudin esiintyvyydellä ja menoilla oli positiivinen yhteys, kun terveyskeskusten palvelumäärät, potilaiden ikärakenne ja olosuhdetekijät on otettu huomioon. Lisäksi diabeteksen yleistyessä menot aleniivat. Tulos saattaa selittyä selittävien muuttujien voimakkaalla korrelaatiolla. Tämän vuoksi kaikille väestön terveydentilaa kuvaaville muuttujille tehtiin oma tilastollinen mallinsa. Mallissa 3 diabeteksen yleisyydellä ja menoilla ei havaittu olevan yhteyttä. Sen sijaan mal-

leissa 4–8 verenpainetaudin yleisyydellä, työkyvyttömyyseläkeläisten osuudella, erityislääkekorvausta saaneiden osuudella ja kuolleisuudella oli positiivinen vaikutus menoihin.

Keskimääräinen tehottomuus oli mallista riippuen 8,3–9,0 prosenttia, eli tulokset muuttuivat hyvin vähän alkuperäiseen malliin verrattuna (malli 1), vaikka väestön sairastavuutta kuvaavat muuttujat otettaisiin huomioon.

2.8 Tehokkuuseroja selittävät tekijät: organisatoriset tekijät

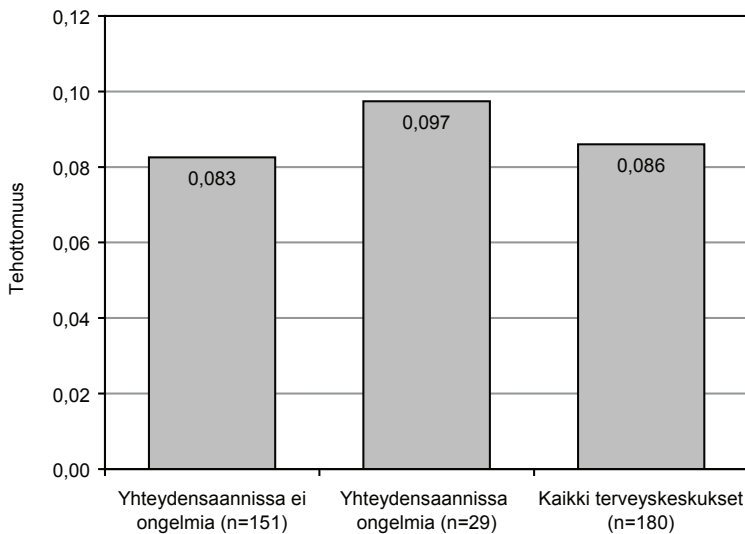
Seuraavaksi tarkastellaan laatutekijöiden, hoidon saatavuutta kuvaavien tekijöiden ja hoidon organisointiin liittyvien tekijöiden yhteyttä terveyskeskusten tehottomuuslukuihin.

Suomen laki edellyttää välitöntä yhteydensaantia terveyskeskukseen virka-aikana. Tutkimusaineiston vain 29 terveyskeskuksessa oli ajoittain tai jatkuvia ongelmia yhteydensaannissa. Terveyskeskuksissa, joissa yhteydensaannissa oli ongelmia, keskimääräinen tehottomuus oli 9,7 prosenttia kun taas terveyskeskuksissa, joissa yhteydensaannissa ei ollut ongelmia, keskimääräinen tehottomuus oli 8,3 prosenttia. Tehokkaissa terveyskeskuksissa potilaiden yhteydensaanti onnistui keskimäärin tehottomia paremmin. Tulos on mielenkiintoinen, sillä yleisesti on ajateltu, että tehokas toiminta laskee terveyskeskusten palvelutasoa.

Puhelinpalvelu virka-aikana oli järjestetty yleensä terveyskeskuk-
sen omana toimintana. Kyselyaineiston terveyskeskuksissa ainoastaan seitsemässä terveyskeskuksessa virka-ajan puhelinpalvelu oli ulkoistettu (call-center toiminta) ja kolmessa terveyskeskuksessa puhelinpalvelu oli järjestetty keskitettynä kunnallisena toimintana. Terveyskeskuksista, joissa oli käytössä kunnallisesti keskitetty puhelinpäivystys, yhdessä tapauksessa kolmesta yhteydensaannissa oli ongelmia. Terveyskeskuksissa, joissa puhelinpalvelu oli ulkoistettu,

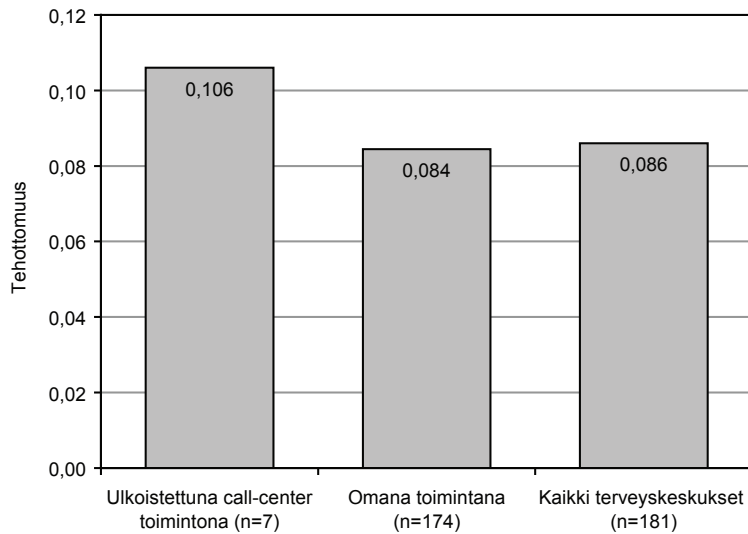
yhteydensaantiongelmia oli kahdessa terveyskeskuksessa. Terveyskeskukset, joissa puhelinpäivystys virka-aikana oli järjestetty omana toimintana, yhteydensaannissa oli ongelmia 15 prosentilla terveyskeskuksia.

Kuvio 2.19 Terveyskeskusten tehottomuus: välitön yhteydensaanti virka-aikana terveyskeskukseen



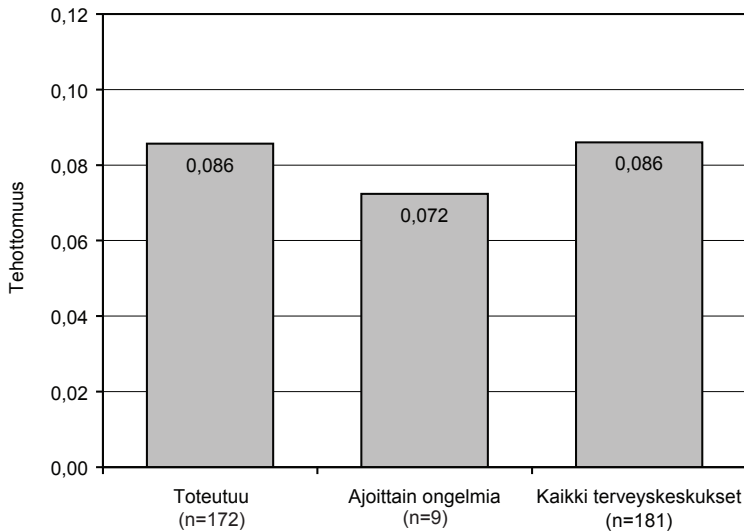
Kuviosta 2.20 nähdään, että terveyskeskuksissa, joissa virka-ajan puhelinpäivystys on ulkoistettu, keskimääräinen tehottomuus oli 10,6 prosenttia. Kun puhelinpalvelu oli järjestetty omana toimintana, keskimääräinen tehottomuus oli vain 8,4 prosenttia. Virka-ajan ulkopuolella tehtävää puhelinpalvelua on sekä keskitetty sekä ulkoistettu huomattavasti enemmän kuin virka-ajalla tehtävää puhelinpäivystystä. Virka-ajan ulkopuolella puhelinpalvelun eri tavoin järjestäneiden terveyskeskusten tehottomuudessa ei ollut havaittavissa suuria eroja.

Kuvio 2.20 Terveyskeskusten tehottomuus: puhelinpäivystys virka-aikana järjestetty



Hoidon tarpeen arviointi tulisi tapahtua lain mukaan kolmen arkipäivän kuluessa, poikkeustapauksina ruuhkaaiput ja flunssakaudet tai loma-ajat. Ainoastaan yhdeksässä kyselytutkimuksen terveyskeskuksessä hoidon arvioinnissa oli ajoittain ongelmia. Terveyskeskuksissa, joissa hoidon tarpeen arvioinnissa oli ongelmia, keskimääräinen tehottomuus oli alhaisempi kuin muissa terveyskeskuksissa (kuvio 2.21). Voi siis olla, että tehokkaimmissa terveyskeskuksissa hoidon arviointi on hieman keskimääräistä hitaampaa, mutta perusteellisempaa.

Kuvio 2.21 *Terveyskeskusten tehottomuus: hoidon tarpeen arviointi 3 arkipäivän kuluessa*

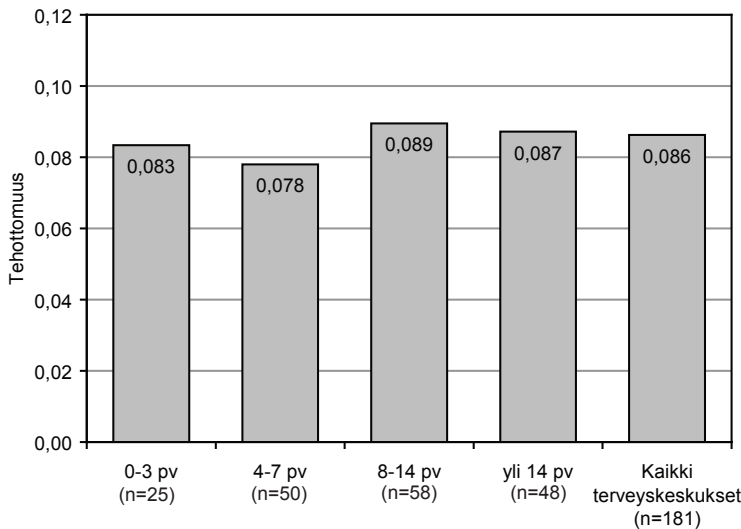


Hoitoon pääsyn nopeutta voidaan pitää hoidon ja toiminnan laatu-
mittarina, sillä pitkistyessään sairaus aiheuttaa potilaille sekä fyysisen toimintakyvyn alenemista että taloudellisia menetyksiä. Kuviossa 2.22 terveyskeskukset on lajiteltu lääkärin vastaanotolle pääsyn nopeuden mukaan. Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja hoitoon pääsyssä. Esimerkiksi vain 25 terveyskeskuksessa hoitoon pääsi kolmessa päivässä ja 48 terveyskeskuksessa hoitoon pääsy kesti yli 14 päivää. Alhaisin tehottomuus oli terveyskeskuksissa, joissa hoitoon pääsy kesti 4–7 päivää ja vastaavasti korkein tehottomuus niissä terveyskeskuksissa, joissa hoitoon pääsi 8–14 päivässä. Tehottomuus-erot olivat kuitenkin vähäisiä.

Terveyskeskusten toiminnassa oli eroja sen suhteen, mitä tehtäviä on sisällytetty sairaan- tai terveydenhoitajille samoin kuin myös päivystystoiminnan organisoinnissa ja työskentelytavoissa. Vain kymmenessä terveyskeskuksessa vastaanotto oli järjestetty yhteistyössä lääkärin ja hoitajan kanssa eikä näiden terveyskeskusten keskimääräinen tehottomuus eronnut valtakunnallisesta keskiarvosta. Terveys-

keskusten, joissa toimi erikoisvastaanotto (diabeteksen tai verenpainetaudin RR-hoitaja) tehottomuus oli hieman keskimääräistä alhaisempi ja tällaisia terveyskeskuksia aineistossa oli 13 kappaletta.

Kuvio 2.22 Terveyskeskusten tehottomuus: lääkärin vastaanotolle pääsyn nopeus (ei kiireellinen hoito)

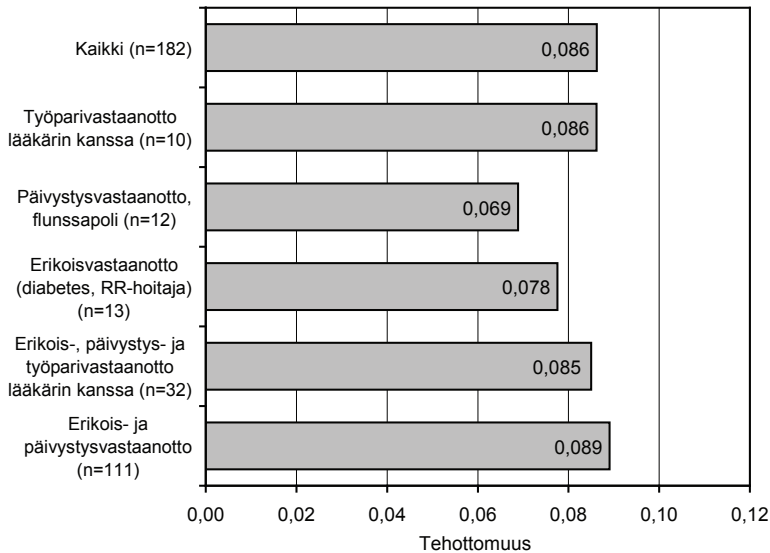


Suurimmassa osassa terveyskeskuksia toimi erikois- ja päivystysvastaanotto. Sen sijaan tutkimusaineistoon kuului 32 terveyskeskusta, joissa toimi erikois-, päivystys- sekä työparivastaanotto lääkärin kanssa.

Terveyskeskusten, joissa vastaanotto toiminta rajoittui flunssapoliin, keskimääräinen tehottomuus oli keskimääräistä alhaisempi, 6,9 prosenttia, kun taas terveyskeskukset, joissa toimi erikois- ja päivystysvastaanotto, keskimääräinen tehottomuus oli 8,9 prosenttia. Kahdessa terveyskeskuksessa toimi erikois- ja työparivastaanotto ja myös niiden tehottomuus (5,6 % ja 6,0 %) oli keskimääräistä alhaisempi. Vain kahdessa terveyskeskuksessa toimi ns. flunssapoli sekä työparivastaanotto ja niiden tehottomuus (1,8 % ja 3,7 %) oli huomattavasti

keskimääräistä alhaisempaa. Näyttäisi, että laaja vastaanotto toiminta, jota voidaan pitää myös hoidon ja toiminnan laadun mittarina, aiheuttaa menojen ja yksikköhintojen kasvua. Pienen otoskoon vuoksi tuloksia ei kuitenkaan voida yleistää.

Kuvio 2.23 Terveyskeskusten tehottomuus: Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotto (ei ehkäisevä työ)



Tutkimusaineiston terveyskeskuksista 152 oli kuntien ja 62 kuntayhtymien ylläpitämiä. Vuosina 2001–2004 kuntien ja kuntayhtymien väliset tehokkuuserot olivat hyvin pieniä (Aaltonen 2006). Myöskään vuonna 2005 kuntien ja kuntayhtymien välillä ei ollut havaittavissa eroja, sillä kuntien terveyskeskusten keskimääräinen tehottomuus oli 9,4 prosenttia ja kuntayhtymien 9,5 prosenttia. Luoma ym. (2007) tutkivat, miten kuntayhtymien purkautuminen vaikutti terveyskeskusten menoihin, palvelumääriin ja tuottavuuteen. Kuntayhtymän purkautuminen lisäsi terveyskeskusten menoja keskimäärin kahdeksan prosenttia. Pääosa kuntayhtymäyhteistyön lopettaneiden terveyskeskusten menojen kasvusta selittyi kuitenkin palvelutuotannon määrän lisääntymisellä. Välittömästi terveyskeskuskuntayhtymien

hajoamisen jälkeen tuottavuuskehitys oli parempi kuntayhtymästä irtautuneilla terveyskeskuksilla kuin kuntayhtymänä jatkaneilla terveyskeskuksilla, mutta myöhemmin tuottavuus laski niissä selvästi.

Taulukko 2.2 Kuntien ja kuntayhtymien tehottomuus vuonna 2005

	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi
Kunnat	0,087	0,041	152
Kuntayhtymät	0,084	0,047	64
Kaikki	0,086	0,043	216

Väestövastuujärjestelmän vaikutuksista terveyskeskusten toimintaan on osittain ristiriitaista tietoa. Marjukka Mäkelän johtaman työryhmän tutkimuksen mukaan terveyskeskusten lääkäriissäkäyntien kokonaismäärä ja vuodeosaston käyttö lisääntyi, mutta sen sijaan alueen erikoissairaanhoidotmenot vähenivät väestövastuun myötä (Mäkelä ym. 1993). Seppo Aron johtaman tutkimusryhmän selvityksen tulokset eivät kuitenkaan tue Mäkelän tuloksia (Aro ja Liukko 1993). Molempien tutkimusten mukaan potilasjonot terveyskeskuksiin kuitenkin lyhenivät väestövastuujärjestelmään siirryttäessä.

Taulukko 2.3 Väestövastuujärjestelmä ja tehottomuus vuonna 2005

Väestövastuulääkäri	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi
Ei	0,09	0,05	125
Kyllä	0,08	0,04	92
Kaikki	0,09	0,04	216

Myös Oulun lääninhallituksen vuonna 2002 tekemästä terveyskeskuskyselystä selviää, että väestövastuulääkärijärjestelmään kuuluvien terveyskeskusten jonotusajat olivat lyhyemmät kuin muissa terveys-

keskuksissa. Väestövastuujärjestelmän vaikutusten tutkiminen vaatii kuitenkin riittävän pitkän aikajänteen, sillä toiminnan uudelleenorganisointi ja toimivien toimintaprosessien sisäänajo saattaa viedä pitkänkin ajan. Väestövastuujärjestelmään siirtyminen näyttäisi kuitenkin hieman lisäävän terveyskeskusten menoja, sillä väestövastuulääkäreillä oli vuonna 2003 keskimäärin 2,6 prosenttia korkeammat kokonaisansiot kuin muilla terveyskeskuslääkäreillä (Vänskä ja Juutinen 2005).

Vuosien 2001–2005 aikana väestövastuujärjestelmään siirtyneitä terveyskeskuksia oli vain muutama. Tämän vuoksi tässä ei tutkita väestövastuun siirtymisen vaikutuksia, vaan tarkastellaan väestövastuuterveyskeskusten ja muiden terveyskeskusten välisiä tehokkuuseroja vuonna 2005. Väestövastuuterveyskeskuksia oli 92 ja muita terveyskeskuksia 125. Väestövastuuterveyskeskusten keskimääräinen tehottomuus oli 8,4 prosenttia ja muiden terveyskeskusten 8,8 prosenttia. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

2.9 Yhteenveto

Tämän artikkelin tarkoitus oli selvittää, miten hoidon vaatavuus ja terveyskeskusten tuotantorakenteet sekä organisatoriset tekijät selittävät terveyskeskusten meno- ja tehokkuuseroja. Tehottomuusluvut laskettiin SFA-menetelmällä suhteuttamalla palveluiden määrä terveyskeskuksen kustannuksiin. Samanaikaisesti kontrolloitiin myös esimerkiksi terveyskeskuksen palkkataso ja olosuhdetekijöitä. Keskimääräinen tehottomuus vuonna 2006 oli 7 prosenttia. Vuodesta 2001 vuoteen 2007 terveyskeskusten tuottavuuden laskun arvioiksi saatiin noin 11 prosenttia, kun hoidon vaatavuuden muutosta ei otettu huomioon. Tuottavuuslaskelmat eivät kuitenkaan juuri muuttuneet, vaikka akuutin vuodeosastohoidon DRG-painotus ja psykiatrisen pitkäaikaishoidon osuus otettiin huomioon, sillä vuodeosastohoidon DRG-painotus ja psykiatrisen pitkäaikaishoidon osuus selitti vain pienen osan kustannusten kasvusta. Myös terveyskeskusten välisistä kustannuseroista vuodeosastojen potilasrakenne selitti vain pienen osan. Väestön sairastavuus selitti hyvin terveyskeskusten asukaskoh-

taisia menoeroja, mutta ei tehokkuuseroja, joten SFA-malli huomioi kohtuullisen hyvin terveyskeskusten väestön sairastavuudessa olevat erot.

Terveyskeskusten itse tuottamien laboratoriopalveluiden osuuden lisääntyessä terveyskeskusten kustannukset kasvoivat. Myös lääke- ja hoivajatekijät lisäsi hieman terveyskeskusten kustannuksia. Tehokkuusestimaatteihin näillä tekijöillä ei kuitenkaan ollut kovin suurta vaikutusta. Hallinto- ja siivoushenkilöstön osuus terveyskeskuksen henkilökunnasta oli yhteydessä tehottomuuden kanssa. Tehottomuus ei korreloinut hoidon kattavuuden (terveyskeskuksen väestöpohjasta) eikä myöskään potilaiden tekemien käyntimäärien kanssa, sen sijaan hoidon kattavuus korreloi positiivisesti potilaiden tekemien käyntimäärien kanssa.

Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa selitettiin terveyskeskusten tehokkuuseroja hoidon saatavuutta kuvaavilla tekijöillä, terveyskeskusten organisatorisilla tekijöillä. Yhteydensaantiongelmien terveyskeskukseen olivat yhteydessä tehottomuuden kanssa. Muilla terveyskeskusten hoidon saatavuutta tai organisaatiorakenteita kuvaavilla tekijöillä ei ollut yhteyttä tehokkuuden kanssa.

Lähteet

- Aaltonen, J. (2008a): Terveyskeskusten meno- ja tehokkuuserot: Hoidon saatavuuden ja tuotantorakenteiden vaikutukset. VATT-keskustelualoitteita 452. Helsinki.
- Aaltonen, J. (2008b): Terveyskeskusten tehokkuuseroja selittävät tekijät. VATT-keskustelualoitteita 441. Helsinki.
- Aaltonen, J. (2006): Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveyskeskusten kustannustehottomuus. VATT-keskustelualoitteita 403. Helsinki.
- Alho, A. (2004): Kysynnän hallinta suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Teknillinen Korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto. Diplomityö. Espoo.

- Aro, S. – Liukko, M. (toim.) (1993): VPK väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilut 1989-1992: Mikä muuttui? Stakes Raportteja 105.
- Elonheimo, O. (2007): Helsingin sanomat 15.10.2007.
- Heikkinen, J. – Hautakangas, S. (2008): Tuottavuus kehitys julkisten palveluiden tuotannossa. *Talous & Yhteiskunta* 1/2008.
- Hujanen, T. (2003): Terveystuotannon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. Stakes. Aiheita 1. Helsinki 2003.
- Hujanen, T. – Kapiainen, S. – Tuominen U. – Pekurinen, M. (2008): Terveystuotannon yksikkökustannukset vuonna 2006. Stakesin työpapereita 3/2008.
- Häkkinen, U. (2005): Erikoissairaanhoidon keskittyminen viimeisiin elinkuukausiin. *Chess Online* 2/2005 sivut 6–7. STAKES.
- Kokko, S. (2005): Mistä terveydenhuollon tuottavuuskeskustelussa keskustellaan. Esitelmä seminaarissa Tulos ja Ulos – Hyvinvointi, terveydenhuolto ja tuottavuus. Stakes, 1.6.2005, Helsinki.
- Kuntalehti (2006): <http://www.kuntalehti.fi/default.asp?sc=3936&sa=79066>.
- Lillrank, P. – Kujala, J. – Parvinen, P. (2004): Keskenkärsivä potilas – Terveystuotannon tuotannonohjaus. Talentum, Helsinki.
- Luoma K. – Moisio A. – Aaltonen J. (2007): Secessions of municipal health centre federations: expenditure and productivity effects. VATT-keskustelualoitteita 425. Helsinki.
- Mattila, J. – Granfelt, T. – Harjola, V.P. – Holmlund, L. – Koskinen, A. – Mustonen, E. – Paloheimo, M. – Pohjola-Sintonen, S. (2008): Päivystysprosessin tarkastelu tuo apua päivystyspoliklinikan ruuhkiin. *Suomen Lääkärilehti* 6/2008.
- Mäkelä, M. – Åström, M. – Bergström, M. – Sainio, S. (1993): Alueellinen väestövastuu terveyskeskuksissa: toiminta ja kustannukset. Stakes. Raportteja 107.
- Parmanne, P. – Vänskä, J. (2006): Lääkärivaje ja ostopalvelut kasvoivat edelleen. Terveystuotantotutkimus. *Suomen lääkäri-lehti*. Erikoispainos Suomen Lääkäri-lehdessä 49–50/15.12.2006 s. 5199–5203.
- Peltokorpi, A. – Kujala, J. – Lillrank, P. (2004): Keskenkärsivän potilaan kustannukset. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut 45. Helsinki.
- Ruskoaho, J. (2008): Terveystuotantolääkäreiden palkkaeroja vuosina 1998–2004 selittävät tekijät Suomessa. VATT-keskustelualoitteita 457. Helsinki.

Snellman, E. – Pekurinen, M. (2005): Erityisen kalliit ja vaativat hoidot. Erityisen kalliin hoidon, vaativan erityistasonkeskitettävän hoidon ja TEO:n kriminaalipotilaiksi määrittämien hoidon kustannukset vuonna 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

STAKES (2008): RAI-tietokanta, 05/2008.

Taloustutkimus Oy (2006): Julkisten palveluiden laatubarometri. Valtiovarainministeriö 2006.

Vitikainen, K. – Linna, M. (2008): Vaikuttaako avohoidon potilasryhmittely sairaaloiden tuottavuusvertailuihin? Teoksessa: Terveystaloustiede 2008. Stakes työpapereita 4/2008. Toimittanut Jan Klavus.

Vänskä, J. – Juutinen, M. (2005): Mies- ja naislääkärien palkkaerot kuntasektorilla. Suomen lääkirlehti 16/2005.

LUKU 3

POTILAIKEN KOKEMA LAATU JA MITATTU TEHOTTOMUUS

Hannu Kytö

hannu.kyto@kuluttajatutkimuskeskus.fi

Helena Tuorila

helena.tuorila@kuluttajatutkimuskeskus.fi

Jenni Väliniemi

jenni.valiniemi@kuluttajatutkimuskeskus.fi

Kuluttajatutkimuskeskus

3.1 Johdanto

VATT:n terveyskeskusten tehokkuus- ja tuottavuustutkimukset ovat perustuneet pääasiassa terveyskeskusten toiminnasta ja taloudesta kerättyyn tilasto- ja rekisteritietoon. Näin kerättyssä aineistoissa on puutteita, joiden johdosta saatuihin tuloksiin liittyy paljon epävarmuutta. Tässä tutkimushankkeessa pyritäänkin selvittämään terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta uudesta ymmärtävämmästä näkökulmasta. Tämä tapahtuu käytännössä yhdistämällä terveyskeskusten toimintaa ja taloutta kuvaava tieto palvelujen käyttäjien ja tuottajien näkemyksiin palvelun laadusta ja saavutettavuudesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.

Tässä tutkimusosiossa selvitetään, miten ja mistä syistä terveyskeskuspalvelujen laatu vaihtelee sekä eroavatko tuottavuudeltaan erilaisten terveyskeskusten palvelut laadullisesti toisistaan erityisesti terveyskeskusten asiakkaiden näkökulmasta. Laatuun liittyvää saavutettavuutta tutkitaan muita laatumittareita yksityiskohtaisemmin.

Jos palveluihin käytetyt taloudelliset resurssit heijastuvat palvelujen laatuun, voidaan olettaa, että yhteys on osoitettavissa vertailemalla terveyskeskusten tuottavuutta ja palvelujen käyttäjien laatuarvioita tehokkuudeltaan erilaisissa terveyskeskuksissa.

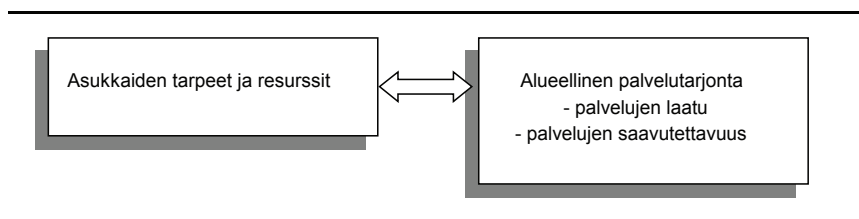
3.1.1 Teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet

Tutkimus on käytännönläheinen ja sen painopiste on empiirisessä osassa, jossa tutkimusote on analyttinen, joskin taustalla on useita teoreettisia lähtökohtia. Yhteenvedo-osan tulosten tulkinnassa pyritään myös ymmärtävään tulkintaan siinä määrin kuin käytettävissä olevat aineistot antavat siihen mahdollisuuden.

Teoreettiset lähtökohdat on johdettu kahdesta teoriaryhmästä. Palvelujen käyttäjien toiminnan tarkastelussa nojaututaan yleisiin sosiolittieteen tarveteorioihin. Toiminnan ja palvelujen kehittämismahdollisuuksien tarkastelussa on pohjana Giddensin (1984) kehittänyt yhteiskunnan rakenteistumisteoria.

Giddens yhdisti dualismin käsitteen rakenteiden ja toimijoiden käsitteisiin. Rakenteiden dualistisuus ilmenee siten, että rakenteet säätelevät toimintaa, mutta toisaalta toiminta vaikuttaa rakenteisiin ja voi muuttaa niitä. Realistista filosofiaa maantieteeseen soveltanut Andrew Sayer näki rakenteistumisteoriaan liitetyn dualismin ratkaisuna rakenteen ja toimijan yhteensovittamisen ongelmiin (Sayer 1983, 109). Alue- ja yhdyskuntarakenteet säätelevät omalta osaltaan asukkaiden arkielämää ja toimintamahdollisuuksia. Toisaalta ihmiset voivat vaikuttaa omaan ympäristöönsä tai hakeutua tarpeitansa paremmin vastaavaan asuinympäristöön.

Kuvio 3.1 Tutkimuksen viitekehys



Tarpeista lähtevässä ajattelussa yksilön hyvinvointi määritellään tilaksi, jossa hänen keskeiset perustarpeensa voivat tulla tyydytetyksi¹. Näiden perustarpeiden määrittelyssä ei tultane koskaan pääsemään yksimielisyyteen. Kiistaa aiheuttaa myös se pitäisikö hyvinvoinnin arviointi perustua objektiivisiin vai subjektiivisiin mittareihin.

Allardt lähtee objektiivisen hyvinvoinnin määrittelyssään tarpeiden pohjalta. Hyvinvointi yhdistetään usein palvelujen saatavuuteen. Kysymyksessä on tällöin ns. subjektiivinen hyvinvointi eli yksilön kokema tarpeiden tyydytyksen aste. Sen vastakohta on ns. objektiivinen hyvinvointi eli tarpeiden tosiasiallinen tyydytyksen aste (Allardt 1976, 32).

Allardt mukaan ihmisten toivomukset tai preferenssit ovat klassiselle liberalismille tai utilitarismille ominaisten käsitysten mukaan hyvinvoinnin perusta. Hyvinvointi on tila, jossa ihmisten toivomukset ja preferenssit on otettu huomioon. Pelkät utilitaristiset periaatteet eivät kuitenkaan riitä, koska ihmiset eivät aina osaa tuoda julki toivomuksiaan. Ihmisten toivomukset ovat lisäksi vahvasti ympäristöstä riippuvaisia ja ympäristö puolestaan on ainakin osittain vallitsevan järjestelmän tai harjoitetun politiikan tuote (Allardt 1976, 19–20).

Em. teoreettiset lähestymistavat toimivat tutkimuksen rakenteellisena viitekehyksenä. Tutkimusaineiston tarkoituksena ei kuitenkaan ole testata jotain yksittäistä teoriaa saatikka rakentaa uusia teoreettisia lähestymistapoja.

Palvelujen laatu

Laatua on määritelty monin eri tavoin ja eri näkökulmista. Toiset tutkijat määrittelevät laadun sen mukaan, miten hyvin se täyttää ai-

¹ von Wright puolustaa tarpeen käsitteen tieteellisyyttä seuraavasti: ”Se, että joku voi huonosti, on objektiivisesti totta tai epätotta, olkoonkin että usein voi olla vaikeaa ratkaista, miten asianlaita on. Käsite on epämääräinen – ja tähän meidän on pakko mukautua. Johtaa todellisuuden virheelliseen kuvaukseen, jos tieteessä sovelletaan eksaktimpeja (täsmällisempiä) käsitteitä kuin mitä aihe sallii. Tällaisesta vääristymästä jo Arsitoteles on varoittanut (Nikomakhoksen etiikka, I kirja, luku 3)”.

otun tarkoituksen tai käyttäjien odotukset, toiset yhdistävät laadun virheettömyyteen, jota voidaan mitata. Asiakkaan kokemus palvelun laatu perustuu moneen komponenttiin. Laatu ymmärretään tällöin asiakkaiden subjektiivisena näkemyksenä; laatua on se miksi asiakas kokee riippumatta siitä, mitä se objektiivisesti mitaten olisi. Palvelun laatumalleissa oletetaan, että asiakas muodostaa käsityksensä vertailemalla saamaansa palvelusuoritusta johonkin, ja yleensä puhutaan odotuksista, määrittelemättä kuitenkaan tarkemmin mitä näillä tarkoitetaan.

Grönroosin (1998) käsite palvelujen ”koettu kokonaislaatu” perustuu odotusten ja kokemusten vertailuun aikaan ja paikkaan sidotusti. Asiakkaan odottamaan laatuun vaikuttavat tarpeet, saatu informaatio, markkinoinnin luomat mielikuvat, muiden arvioinnit jne. Asiakkaan kokemus laatu koostuu teknisestä laadusta (lopputuloslottuvuus) ja toiminnallisesta laadusta (prosessiulottuvuus). Tekninen laatu tarkoittaa toimitetun tuotteen laatua ts. vastaa kysymykseen ”Mitä asiakas saa?” Prosessilaatu on toiminnallista laatua ja vastaa kysymykseen ”Miten asiakas saa palvelun?”

Kokonaislaatua määräävät odotetun ja koetun välinen kuilu (Grönroos 1998). Asiakkaan puolelta voidaan erottaa kaksi elementtiä lisää: asiakastekninen laatu ja asiakastoiminnallinen laatu. Edellinen vaihtelee asiakkaan palvelutapahtumassa tarjoamasta tiedosta ts. osaako asiakas määritellä tarpeensa ja pystyykö hän arvioimaan palvelun laatua. Vastaavasti jälkimmäinen kuvaa sitä, miten asiakas itse palvelutapahtumassa toimii ts. osaako hän toimia tuottajan edellyttämällä tai odottamalla tavalla.

Julkisten palvelujen kehittämisessä korostettu asiakaskeskeinen laadunäkemyks tarkoittaa sitä, että laatu on asiakkaan odotusten ja tarpeiden tyydyttämistä, tuotteen tai palvelun sopivuutta asiakkaan käyttöön. Laadulla tarkoitetaan siis yleisesti palvelun kaikkia niitä piirteitä ja ominaisuuksia, joilla palvelu täyttää asetetut tai oletettavissa olevat tarpeet (Suomen Kuntaliitto ja valtiovaraministeriö 1998a). Laatu käsittää sekä ”sisäisiä” subjektiivisesti koettuja tekijöitä (esim.

luotettavuus, turvallisuus, ystävällisyys) että ”ulkoisia” tekijöitä (esim. saavutettavuus, tilat, toimivuus, imago).

Asiakaskeskeisyyteen on kiinnitetty huomiota erityisesti terveydenhuollossa (esim. Hiidenhovi 2001). Asiakaskeskeisissä yksiköissä työn organisoinnin tavoite on palvella asiakasta, laatua arvioidaan asiakkaan silmin, asiakkaan arvoja ja näkemyksiä pidetään tärkeinä. Asiakaskeskeisyydessä on pyrkimyksenä nähdä asiakas yksilöllisenä ja oman elämäntilanteensa asiantuntijana (esim. Tuorila 2006). Hyvän vuorovaikutustilanteen edellytyksenä pidetään asiakkaan kunnioittamista, joka merkitsee vastavuoroista ja luottamuksellista yhteistyökumppanuutta.

Julkisen hallinnon 1990-luvun kustannusongelmat johtivat kunnallishallinnon uudistuksiin ja julkisten palvelujen uudelleen organisointiin, jossa korostetaan palvelujen markkinalähtöisyyttä ja kuntalaisten valinnanvapautta. Julkisiin palveluihin oikeutetun kansalaisen rooli vaihtui palvelujen kuluttajan rooliin. Aukkaista tuli asiakkaita. Kyse on palvelujen ja henkilöstön kehittämisestä ’kovempiin’ rakenteiden ja järjestelmien kehittämiseen. (mm. Salmela 1996, Sutela 2000)

Huuskosen ym. (1997) mukaan asiakaslähtöisessä laatumäärittelyssä laatu on sitä, mitä asiakkaat kokevat tai haluavat sen olevan. Palvelun tuottaja ei voi yksin päättää laadusta, vaan sen on perustuttava myös asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin. Laatu ei ole tällöin objektiivisesti mitattavissa, vaan sen arviointi perustuu pitkälti asiakkaiden jokseenkin subjektiivisiin kokemuksiin tai mielipiteisiin. Palvelu tuotetaan ja kulutetaan ainakin osittain samanaikaisesti ja siksi myös tuotantoprosessi on palvelun tuotosta ja vaikuttaa laatuun. Asiakas itse osallistuu palvelun tuottamiseen ja vaikuttaa tuotantoprosessiin. Asiakkaat ovatkin huomattava epävarmuustekijä, koska heillä on omat tarpeensa ja erilaiset taidot toimia palveluprosessissa. Tuotoksen laadun tärkeä mittari on asiakkaan subjektiivinen kokemus, joka heijastuu palvelun kysyntään ja vaikuttaa suoraan tuottavuuteen.

Tässä tutkimuksessa asiakasnäkökulma toteutuu niin, että tutkimusaineistojen hankinta perustuu terveystieteiden asiakkaiden subjek-

tiivisiin laatu näkemyksiin, jotka pohjautuvat todellisiin palvelukokemuksiin.

Terveyskeskuspalvelujen laatu tutkimuksista

Perusterveydenhuollon asiakastyytyväisyyttä on tutkittu melko paljon viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana (mm. Kinnunen ym. 1988, Kivinen ym. 1988, Kekki 1994, Onnela 1998, Naukkarinen 1999, Kekki 2001, Hiidenhovi 2001).

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen strategian 2006–2008 mukaan palvelujen laatua ja toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain tehtävin laatumittauksin (Helsingin terveyskeskus 2007). Väestön mielikuvia terveyskeskuksen palveluista selvitetään neljän vuoden välein tehtävällä väestökyselyllä. Terveysasemilla toteutetussa asiakastyytyväisyyskyselyssä on käytetty Stakesin kyselylomaketta ”Terveysasemien hoidon laatu: Potilaan näkökulma”. Suurten kaupunkien vertailussa Helsingissä terveysasemien laatu koettiin selkeästi paremmaksi kuin muissa suurissa kaupungeissa. Terveyskeskuksissa tehtyjen asiakastyytyväisyyskyselyjen vastausprosentti on vaihdellut 50 prosentin molemmin puolin (Soikkeli 2002).

On myös olemassa useita alakohtaisia mittareita, joita on kehitetty eniten terveydenhoidon alalla (mm. Hyvä-Hoito -mittari, Ihmisläheinen Hoito -mittari, HQPV, Quality of Hospital care Patients viewpoint). Potilastyytyväisyyttä on mitattu PSI-mittarilla (Patient Satisfaction Instrument), jonka sisältöalueina ovat teknisammattillinen, kasvatuksellinen ja luottamuksellinen suhteen alue. Patient Visit Questionnaire -mittarissa (VRG) toimintaa tarkastellaan viisiportaisella asteikolla. Lomakkeessa on yhdeksän kysymystä: potilaskäynti kokonaisuutena, tekniset taidot, persoonalliset tavat, odotusaika tapaamiseen, sopiva aika, pääsy puhelimitse, odotusajan pituus, vietetty aika ja selvitykset tutkimuksista. Yleisesti käytetty SERQUAL on 7-portainen Likert-tyyppinen mittari, joka mittaa odotukset asiakkaan käsityksenä erinomaisesta palvelusta ja kokemukset pitkäaikai-

sina kokemuksina. Mittaria käytetään kaksi kertaa, ensin mittaamaan odotuksia ja sen jälkeen kokemuksia. (Hiidenhovi 2001)

Asiakaspalautetta käsittelevässä julkaisussaan Nurmi ja Virtanen (1999) toteavat, että asiakkaiden käsitysten ja kokemusten käyttäminen julkisten palvelujen arvioinnin välineenä on joskus ongelmallista, mutta siitä huolimatta se on tärkeää ja arvokasta palvelujen laadun kehittämisyrittämissä. Asiakaspalautteen kautta voidaankin ajatella saatavan esiin vain subjektiivisia palvelukokemuksia, odotuksia ja toiveita. Laadun objektiiviseen mittaamiseen ja arviointiin on olemassa muita välineitä.

Terveyskeskuspalvelujen laadun ja toiminnan tehokkuuden välisiä yhteyksiä on tutkittu melko vähän. Näitä yhteyksiä sivuavia tutkimuksia on käsitelty tarkemmin kappaleessa 3.3.5 Terveyskeskusten tehokkuus ja palvelujen laatu.

Suomessa valtiovarainministeriö seuraa julkisten palvelujen laatua Tilastokeskuksen ja Kuluttajatutkimuskeskuksen kehittämällä ”Julkisten palvelujen laatubarometrillä” (esim. Julkisten palvelujen laatubarometri 2007). Mittaristossa ovat mukana kunnallinen päiväkotii, peruskoulu, kirjasto, terveyskeskus (päivystys- ja ajanvarausvastaanotto), poliisi, verotoimisto ja päätiet. Tässä tutkimuksessa on sovellettu ko. mittaristoa terveyskeskusten päivystys- ja ajanvarausvastaanottojen koettun laadun mittaukseen.

Terveyskeskusten asiakkaiden laatuarvioiden ja terveyskeskusten tehokkuuden välisiä yhteyksiä ei ole juurikaan tutkittu. Tehokkuutta on verrattu jonkin verran erilaisiin toiminnan lopputuloksiin ja tuotoksia kuvaaviin mittareihin, jotka eivät kuitenkaan edusta asiakkaiden laatuäkemyksiä. Deily ja McKay (2006) vertailivat erilaisten sairaaloiden potilaiden kuolleisuuden ja sairaaloiden kustannustehottomuuden välisiä yhteyksiä. Floridalaisten sairaaloiden tehottomuuden havaittiin korreloivan positiivisesti sairaaloiden kuolleisuuslukujen kanssa. Clementin ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin sairaaloiden teknisen tehottomuuden korreloivan niin ikään positiivisesti huonon hoitotulosten kanssa.

Uitus-Mäntylä (2003) pyrki pro gradussaan selvittämään, miten kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden taloudellinen resurssointi vaikuttaa kuntalaisten palvelujen laatuarviointeihin. Tutkimuksen kohteena olivat sosiaalipalveluista lasten päivähoido sekä vanhustenhuolto ja terveyspalveluista terveyskeskuksen lääkäripalvelut sekä vuodeosasto-ohito. Aineistona oli Efektia Oy:n keräämä kaupunkipalvelututkimuksen aineisto vuodelta 2002. Tutkimuksessa päädyttiin siihen, että taloudellisten voimavarojen suuntaaminen tarvittaviin palveluihin ei näytä selvästi vaikuttavan siihen, miten kuntalaiset kotikuntansa sosiaali- ja terveyspalvelut arvioivat. Ainoastaan joidenkin yksittäisten kuntien kohdalla saattoi olla yhteys taloudellisen resurssoinnin riittävyyden ja arvioiden välillä.

3.1.2 Laatuksriterit ja -mittarit

Kriteeri on tavoitetaso, periaate tai normi, jonka perusteella tietoja, taitoja, suorituksia jne. arvioidaan. Indikaattoreilla operationalisoidaan arvioitavan kohteen laatu. Indikaattori ilmaisee tai kuvaa kohteen ominaisuutta, tilaa tai siinä tapahtuvaa muutosta.

Asiakkaan kannalta palvelujen laatutekijöihin liittyy sekä subjektiivisia että objektiivisia tekijöitä. Odotukset ovat aina jossain määrin subjektiivisia silloinkin, kun ne kohdistuvat mitattavissa oleviin, kvantitatiivisiin tekijöihin. Ottaen huomioon palvelun sisältöön eli tekniseen laatuun (’mitä’) ja palveluprosessiin liittyvät tekijät (’miten’) voidaan laadukkaaksi koetun palvelun palvelukriteerit ryhmitellä Grönroosin (1998) esittämää luokittelua soveltaen seuraavasti:

1. *Teknisen laadun kriteerinä* on ennen muuta ammattitaito, joka vaikuttaa oleellisesti palvelun lopputulokseen. Palvelun luonteesta riippuen tekninen laatu voidaan vakioda (standardoida) kokonaan tai osaksi. Asiantuntijapalveluissa ammattitaito ja/tai pätevyys on ratkaiseva. Tekniseen laatuun voidaan lukea myös materiaaliset tekijät, kuten palvelussa käytetyt materiaalit ja työvälineet. Tekninen laatu ei välttämättä tule esille heti, vaan voi ilmetä vasta myöhemmin esim. lääkkeen parantavana vaikutuksena. Teknisen laadun arviointikriteerit ovat kiinteästi alakohtaisia. Jos kulutta-

ja ei ole itse alan asiantuntija, laadun arviointi perustuu tuottajan uskottavuuteen tai luottamukseen tai kokemukseen tuottajan pätevyydestä (esim. Tuorila 2000). Mitä asiantuntevampi asiakas on, sitä enemmän hän muodostaa laatukäsityksensä teknisen laadun perusteella. Mitä vaikeampi asiakkaan on analysoida teknistä laatua, sitä enemmän hän pyrkii muodostamaan laatukäsityksensä toiminnallisen (miten) laadun eli asiakaspalvelun pohjalta. (Sipilä 1992, 215). Koska palvelualan ammattitaitoon yleensä liitetään myös palvelutaito, teknistä ja prosessilaatua voi olla vaikea erottaa toisistaan.

2. *Palveluprosessiin* voidaan liittää useita erilaisia laatukriteereitä, jotka painottuvat palvelun luonteen, palvelutyypin (rutiini- vai erikoispalvelu) ja asiakkaan tarpeiden (yleis- vai erityispalvelu) sekä preferenssien mukaan. Seuraavassa on lueteltu palveluprosessiin liittyviä kriteereitä, joihin sisältyy myös teknistä laatua ts. rajanveto ei ole yksiselitteistä:
 - a. Palvelun tuottajan asenne ja käyttäytyminen. Käytännössä se on mm. huomion kiinnittämistä asiakkaaseen, reagointialttiutta, kohteliaisuutta, huomaavaisuutta, ystävällisyyttä, toimimista oikein ja täsmällisesti, johdonmukaisuutta, sopimusten noudattamista, puhetapaa, jota asiakkaat ymmärtävät ja pyrkimystä ottaa huomioon asiakkaan toiveet. Tähän kuuluu myös asiakkaan erityisvaatimusten selvittäminen ja yksilöllinen kohtelu sekä vakioasiakkaan tunteminen.
 - b. Lähestyttävyyys ja joustavuus. Niitä kuvaavia kriteereitä ovat mm. sijainti, aukioloajat, operatiivisten järjestelmien suunnittelu ja toimivuus siten, että palvelu on helppo saada, ja että tuottaja on valmis sopeutumaan asiakkaan vaatimukseen ja toiveisiin joustavasti: ei pitkiä odotusaikoja, asianmukaiset työvälineet ja palveluympäristö, hyvä tuotteiden ja informaation esillepano, henkilöstön ulkoinen olemus.
 - c. Luotettavuus ja uskottavuus (eettisyys ja moraalit) ovat subjektiivisia. Turvallisuus voi olla sekä subjektiivisesti koettua, fyysistä

että taloudellista turvallisuutta. Mitä tahansa tapahtuukin asiakas voi luottaa palvelun tarjoajan lupauksiin ja asiakkaan etujen mukaiseen toimintaan sekä annettuun informaatioon.

- d. Normalisointi ja kuluttajansuoja edellyttävät, että jos jokin menee pieleen, palvelun tarjoaja ryhtyy toimenpiteisiin pitääkseen tilanteen hallinnassa. Kuluttajan tulee voida vakuuttua, että ongelma hoidetaan ja että tuottajalla on aito pyrkimys ymmärtää asiakkaan tarpeita sekä korvata syntynyt vahinko tai menetys ts. kuluttajan-suojakäytännöt hoidetaan asiallisesti.
3. Lopuksi *yleiskriteeriksi* voidaan katsoa yrityksen tai organisaation maine. Imagoon vaikuttavat yleinen informaatio, nimi, fyysiset tilat ja ulkoiset puitteet, henkilökunta ja jopa muut palvelutiloissa olevat asiakkaat. Maine voi perustua kokemukseen tai pelkkään mielikuvaan.

Tässä tutkimuksessa käytetään Kuluttajatutkimuskeskuksen ja Tilastokeskuksen valtiovarainministeriölle vuonna 2002 kehittämän julkisten palvelujen laatubarometrin terveyskeskusten ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoa koskevia laatukriteereitä ja -indikaattoreita. Edellä lueteltujen laatukriteerien joukosta valittiin terveydenhuollon asiantuntijoiden avustuksella viisi kriteeriä, joita mitataan usealla laatumittarilla:

- Palvelun saatavuus/saavutettavuus: esim. etäisyys, yhteyden saaminen, aukiolo- ja odotusaika
- Aineelliset tekijät: esim. toimitilat, työvälineet, materiaalit
- Ammattitaitoa kuvaavat ominaisuudet: esim. asiantuntemus, kyky ja halu palvella asiakasta
- Vuorovaikutustilanne: esim. ystävällisyys, kohteliaisuus, asiakkaan yksilöllinen kohtelu
- Muut palvelun luonteeseen oleellisesti liittyvät tekijät: esim. tietosuoja, valitusten käsittely.

Terveyskeskuspalvelujen laadun mittarina käytetään em. laatumittarien keskiarvoa, jota kuvataan kouluarvosanoilla 4–10. Terveys-

keskusten asiakkailta tiedusteltiin myös yleisarvosanaa heidän käyttämästään terveyskeskuksesta. Tutkimuksessa ja tiedonkeruussa käytetty kysely on suunniteltu niin, että tuloksia voidaan vertailla VM:n julkisten palvelujen laatubarometrissä esitettyihin koko maan terveyskeskusten laatu-tietoihin.

3.2 Tutkimusaineistot ja -menetelmät

3.2.1 Tutkimusaineistot

Terveyskeskuspalvelujen laatua ja saavutettavuutta käsittelevässä osiossa käytettiin useita tutkimusaineistoja. Aineistoja kuvataan seuraavassa erikseen niiden keräämistävän mukaan.

Ensimmäinen aineisto kerättiin Kuluttajatutkimuskeskuksen kuluttajanelistien ryhmäkeskusteluilla, joita järjestettiin kolme kappaletta ja joihin osallistui yhteensä 25 panelistia. Ryhmäkeskustelut tehtiin Helsingissä maaliskuussa 2008 kolmena peräkkäisenä päivänä. Keskustelijat oli jaettu ryhmiin siten, että yhdessä ryhmässä oli kanta-kaupungin alueella asuvia henkilöitä, toisessa Itä-Helsingissä asuvia ja kolmannessa Helsingin läntisissä osissa asuvia henkilöitä. Keskusteluihin osallistui kaiken kaikkiaan 25 henkilöä, joista puolet oli naisia ja puolet miehiä ja iältään 30–76-vuotiaita. Enemmistö heistä asui yksin tai puolisonsa kanssa. Lapsiperheiden edustajia oli ainoastaan neljä. Ryhmäkeskusteluja hyödynnettiin terveyskeskusten asiakkaille tehdyn kyselyn muotoilussa ja tämän raportin aineistona.

Toinen aineisto koostuu terveyskeskusten asiakkaille kohdennetuista kyselyistä. Tutkimuskohteita valittaessa käytettiin apuna VATT:n terveyskeskuksia koskevia tehokkuustutkimuksia. Tämän osan tutkimuskohteiksi valittiin tehokkuusluvuiltaan erilaisia terveyskeskuksia, joista kaksi sijoittui tehokkaimpien ja kaksi tehottomimpien joukkoon sekä yksi lähelle koko maan keskimääräistä tehokkuuslukua. Valinnassa pyrittiin myös siihen, että tutkimusaineistoon saadaan sekä pieniä että suuria terveyskeskuksia niin kaupunki- kuin maaseutukunnista. Tutkimuksen kohteena olevat terveyskeskukset

valittiin toisaalta niin, että ne eroavat sekä potilas- ja palvelujenkäyttöprofiileiltaan mahdollisimman vähän toisistaan.

Kolmantena aineistona käytettiin paikkatietoja. Terveyskeskusten saavutettavuutta ja väestön alueellista jakautumista kohtuullisena pidetyn etäisyyden sisä- ja ulkopuolelle tarkasteltiin paikkatietoaineistojen avulla. Aineistoina käytettiin Suomen tiestöaineistoa sekä tilastokeskuksen ruutuaineistoa (250 x 250 m) ajankohdalta 31.12.2006.

Tutkimukseen valitut terveyskeskusten kuntayhtymät ja yksittäisten kuntien terveyskeskukset ovat: Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä (Riihimäki, Loppi, Hausjärvi/Oitti, Hausjärvi/Ryhtylä), Mäntsälän terveyskeskus, Säkylän ja Köyliön kansanterveystyön kuntayhtymä (Säkylä, Köyliö), Elimäen ja Korian terveyskeskukset ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (Joutsa). Mukana on siis kolme kuntayhtymää ja kaksi yksittäisen kunnan terveyskeskusta, joista Elimäen terveyskeskuksella on kaksi toimipistettä, Elimäellä ja Koriolla. Tutkimustuloksia esitettäessä käytetään em. terveyskeskusten nimistä lyhennettyjä versioita.

Tutkittujen terveyskeskusten lääkärin ja sairaanhoitajien ajanvaraus- ja päivystysvastaanotoilla käyneille asiakkaille jaettiin yhteensä 1260 terveyskeskuspalvelujen laatua ja saavutettavuutta kartoittavaa kyselylomaketta. Jos kyseessä oli terveyskeskuskuntayhtymä, jaettiin kysely vielä alueen terveysasemille, joissa oli ajanvaraus- tai päivystysvastaanotto. Terveyskeskuksissa lomakkeet jaettiin edelleen alueensa muihin terveyskeskuksiin/-asemille suurin piirtein kävijämäärien suhteessa. Lisäksi lomakkeiden jaossa otettiin huomioon asiakkaiden jakautuminen ajanvaraus- ja päivystyskäynneillä sekä lääkärin- ja hoitajanvastaanotoilla käyneisiin.

Palautettuja vastauksia saapui määräaikaan mennessä 620 kpl. Palautetut kyselylomakkeet saapuivat Kuluttajatutkimuskeskukseen 15.4.2008–16.5.2008 välisenä aikana. Koko kyselyn vastausprosentti oli 49,2 prosenttia, mitä voidaan pitää hyvänä. Määräajan umpeutumisen jälkeen vastauksia saapui noin kymmenen kappaletta ja vastausprosentti olisi noussut tällöin yli viidenkymmenen. Vastausten ana-

lysointi jouduttiin kuitenkin aloittamaan heti määräajan umpeuduttua eikä myöhästyneitä vastauksia voitu enää liittää tietokantaan. Niitä verrattiin kuitenkin määräajassa tulleisiin vastauksiin eikä myöhästyneillä vastauksilla olisi ollut vaikutusta tässä esitettyihin tuloksiin.

Oheisissa taulukoissa on esitetty kyselyn koko ja saadut vastaukset tutkimuksessa mukana olevien terveyskeskusten tai -kuntayhtymien (taulukko 3.1) sekä terveyskeskuksen tai -aseman (taulukko 3.2) mukaan.

Taulukko 3.1 Kyselyn koko ja vastausprosentti terveyskeskuksen mukaan

Terveyskeskus-/kuntainliitto	Jaossa olleet kyselyt, kpl	Vastauksia, kpl	Vastausprosentti
Riihimäen seudun TK	410	184	44,9
Säkylän ja Köyliön TK	200	130	65,0
Elimäen TK	200	100	50,0
Joutsan seudun TK	200	95	47,5
Mäntsälän TK	250	111	44,4
Yhteensä	1 260	620	49,2

Taulukko 3.2 Kyselyn koko ja vastausprosentti terveyskeskuksen tai terveysaseman mukaan

Terveyskeskus-/asema	Jaossa olleet kyselyt, kpl	Vastauksia, kpl	Vastausprosentti
Riihimäen terveyskeskus	262	131	50,0
Lopen terveysasema	75	22	29,3
Oitin ja Hikiän terveysasema	53	13	24,5
Ryhtylän terveysasema	20	18	90,0
Säkylän ja Köyliön terveyskeskus	150	92	61,3
Köyliön terveysasema	50	38	76,0
Elimäen terveyskeskus	100	57	57,0
Korian terveysasema	100	43	43,0
Joutsan terveyskeskus	200	95	47,5
Mäntsälän terveyskeskus	250	111	44,4
Yhteensä	1 260	620	49,2

Aineiston keräämisessä otettiin lähtökohdaksi se, että kustakin tutkimuskohteena olevasta yksiköstä saadaan vähintään 40–50 vastausta, millä varmistetaan tutkimusyksiköiden keskinäisen vertailun tilastol-

linen luotettavuus. Koska vastauksia saatiin sadasta lähes kahteensataan jokaisesta terveyskeskuskuntayhtymästä, voidaan aineistoa pitää riittävänä. Vastausprosentti vaihteli Mäntsälän terveyskeskuksen 44 prosentista Säskylä-Köyliön 65 prosenttiin. Aineisto mahdollistaa myös yksittäisten terveyskeskusten/-asemien keskinäisen tilastollisen vertailun lukuun ottamatta muutamaa terveysasemaa.

Vastanneista noin 63 prosenttia oli käynyt ajanvarausvastaanotolla (kuvio 3.2) ja noin 80 prosenttia oli käynyt viimeksi lääkärin vastaanotolla (kuvio 3.3). Osuudet vaihtelevat kuitenkin huomattavasti terveyskeskuksesta toiseen. Riihimäen seudun terveyskeskuksen Lopen ja Hausjärven terveysasemilla käyneistä kaikki olivat olleet ajanvarausvastaanotolla, kun taas kaikissa muissa tutkimuskohteissa oli sekä ajanvarausvastaanotolla että päivystysvastaanotolla käyneitä.

Kyselyyn vastanneista runsas kolmannes oli miehiä ja vajaa kaksi kolmannesta naisia. Vastaaajien keski-ikä oli 56 vuotta ja vaihteli Säskylän 46 vuodesta Joutsan 63 vuoteen. Noin yksi kolmasosa vastaaajista edusti kahden huoltajan lapsiperheitä, kolmasosa lapsettomia pareja ja noin neljännes yhden hengen talouksia. Lapsettomia pareja oli keskimääräistä enemmän Hausjärvellä, ja Säskylän aineistossa oli noin puolet kahden huoltajan lapsiperheitä, kun niitä koko aineistossa oli vain kolmannes.

Koko aineistossa vajaa puolet oli eläkeläisiä ja yksi kolmannes kokopäivätyössä käyviä. Eläkeläisten määrä korostui jonkin verran Hausjärven, Lopen ja Joutsan aineistoissa, kun taas Säskylässä ja Köyliössä oli keskimääräistä enemmän kokopäivätyössä käyviä. Koko aineistosta noin kolmannes työskenteli tai oli työskennellyt viimeksi julkisella sektorilla ja kaksi kolmannesta työskenteli tai oli työskennellyt viimeksi yksityisellä sektorilla. Vastaaajista noin 25 prosenttia asui kaupungissa, noin 40 prosenttia maaseutukunnan keskustassa tai taajamassa ja 35 prosenttia maaseudun haja-asutusalueella. Kaksi kolmannesta oli asunut asuinkunnassaan yli kymmenen vuotta ja yksi kolmannes alle kymmenen vuotta. Asumisaika ei juuri vaihdellut kunnittain. Työelämässä mukana olevien määrä vaikutti siihen,

että Säkylässä ja Köyliössä asioivien keskitulot olivat hieman muualla asuvien tuloja korkeammat.

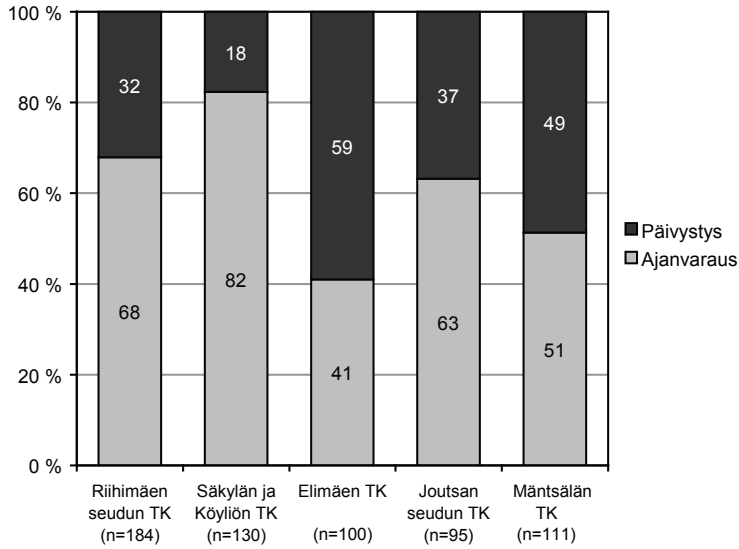
Aineisto edustaa myös tutkimusaikana kyseisissä terveyskeskuksissa käyneitä asiakkaita. Kyselylomakkeet jaettiin terveyskeskuksissa huhtikuussa ja toukokuussa, mutta voidaan arvioida, että saatu aineisto antaa riittävän tarkan kuvan tutkimuskohteiden asiakkaista koko vuoden ajalta.

3.2.2 Tutkimusmenetelmät

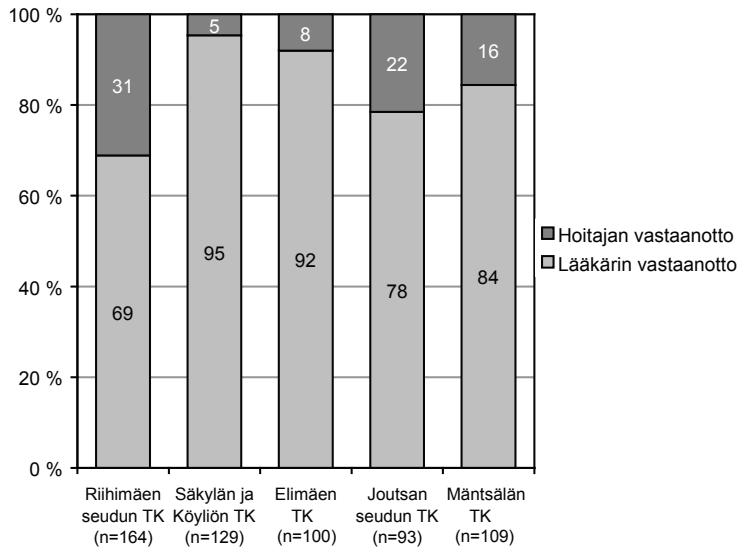
Tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Tutkittavien laatumittareiden tärkeyttä ja merkitystä terveyspalvelujen käyttäjien näkökulmasta kartoitettiin ryhmäkeskusteluilla. Terveyskeskusten palvelujen laadun arvioimiseksi kerättyjä tietoja esitetään sekä suorina jakautumina että eri tavoin analysoituna tietona. Terveyskeskusten asiakkaiden laatuarvosanoja mallinnetaan regressioanalyysillä, joka etsii sellaisten muuttujien yhdistelmän, joiden yhteisvaihtelu kuvaa parhaiten selitettävän muuttujan vaihtelua. Askeltavalla regressioanalyysillä pyritään hakemaan suuren selittäjäjoukon parhaat selittävät muuttujat. Analyysi voidaan suorittaa eteenpäin tai taaksepäin. Tässä käytetään eteenpäin suoritettavaa regressioanalyysiä, joka tuo malliin muuttujat siinä järjestyksessä, että ne kasvattavat selitystasetta R^2 mahdollisimman paljon ts. mallin muuttujien t-arvot ovat suurimpia (esim. Ranta, Rita ja Kouki 1989).

Tutkimusaineistojen esittämisessä ja analysoinnissa käytetään myös paikkatietomenetelmiä. Terveyskeskukset paikannettiin kartalle osoitetietojen perusteella. Saavutettavuutta tarkasteltiin laskemalla vastaajien sopivana pitämiä etäisyyksiä terveyskeskuksesta tiestöä myöden. Laskennalla syntyneet vaikutusalueet kuvaavat siis saavutettavuutta tiestön kautta. Tutkimusalueiden väestön jakautumista sopivana pidetylle etäisyydelle tarkasteltiin laskemalla ruutuaineistoista koko väestön ja yli 65-vuotiaiden määriä.

Kuvio 3.2 Asiakkaiden jakautuminen päivystys- ja ajanvarausvastaanotolla käyneisiin terveyskeskus-
kuntayhtymän/terveyskeskuksen mukaan



Kuvio 3.3 Asiakkaiden jakautuminen hoitajan- ja lääkärinvastaanotolla käyneisiin terveyskeskus-
kuntainliiton/terveyskeskuksen mukaan



3.3 Tuloksia

Seuraavassa kuvataan lyhyesti terveyskeskusten käyttäjien sosioekonomista rakennetta ja terveyskeskuspalvelujen käytön vaihtelua. Kuvaukset perustuvat suoriin jakautumiin koko aineistossa ja tutkimuskuntien välillä. Sosioekonomisia eroja tarkastellaan seuraavien muuttujien avulla: vastaajan sukupuoli, vastaajan ikä, kotitaloustyyppi, vastaajan ammattiasema, vastaajan työnantaja, asuinalue, asuinai-ka kunnassa, bruttotulot.

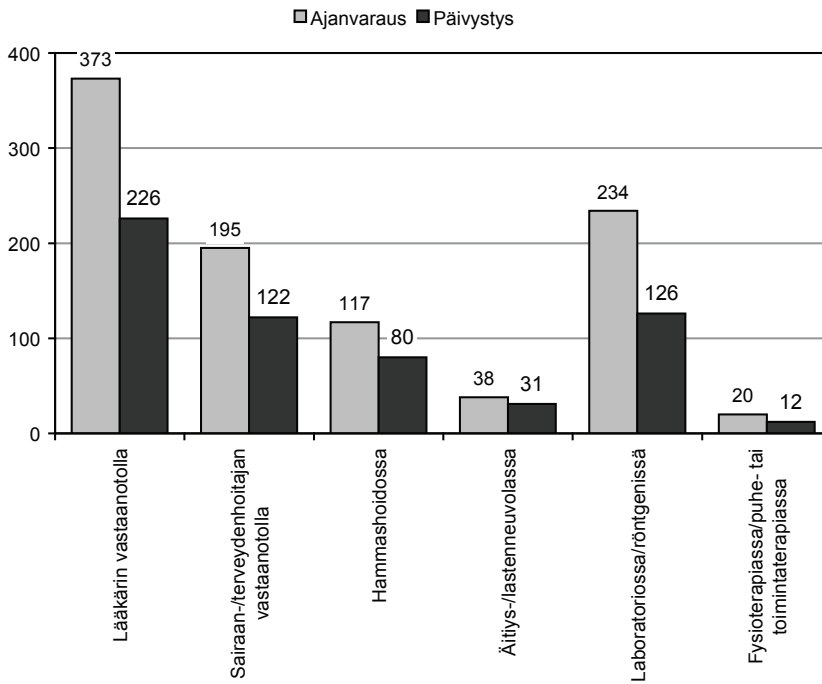
Terveyskeskuspalvelujen käyttöön mahdollisesti liittyviä eroja tarkastellaan myös seuraavien muuttujien valossa: terveyskeskuskäyntien määrä, käyntien syyt, etäisyys terveyskeskukseen, kohtuullisena pidetty terveyskeskusmatka, vastaanottoajan saaminen, vastaanoton laji, käytettyjen vastaanottotyyppien lukumäärä, mielipiteet terveyspalvelujen järjestämisestä asuinkunnassa, terveyspalvelujen saataavuudesta johtuvat muuttoaikheet.

3.3.1 Terveyskeskuspalvelujen käyttö kuvaa alueen asukasrakennetta

Ajanvarausvastaanotolla käyneet olivat enemmistönä kaikilla erityyppisillä vastaanotoilla (kuvio 3.4). Eniten käyntejä oli lääkärin vastaanotoille sekä laboratorioon tai röntgeniin. Terveyskeskusalueen väestörakenne vaikuttaa sekä terveyskeskuspalvelujen käytön määrään että terveyskeskuskäyntien syihin.

Lapsiperheet (vastaaja 30–49-vuotias) olivat ahkerimpia terveyskeskuspalvelujen käyttäjiä vuosittaisilla käyntimäärillä mitattuna (kuvio 3.5). Lapsiperheet asioivat muita useammin sekä ajanvaraus- että päivystysvastaanotoilla. Hieman yli puolet kaikista vastanneista oli käyttänyt terveyskeskuksen palveluja viimeisen vuoden aikana 1–3 kertaa, noin 40 prosenttia 4–9 kertaa ja seitsemän prosenttia 10 kertaa tai useammin. Käyttökertojen jakautumat olivat lähes samanlaiset kaikissa terveyskeskuksissa.

Kuvio 3.4 Eri vastaanottojen käyntimäärät koko aineistossa 12 kk:n aikana

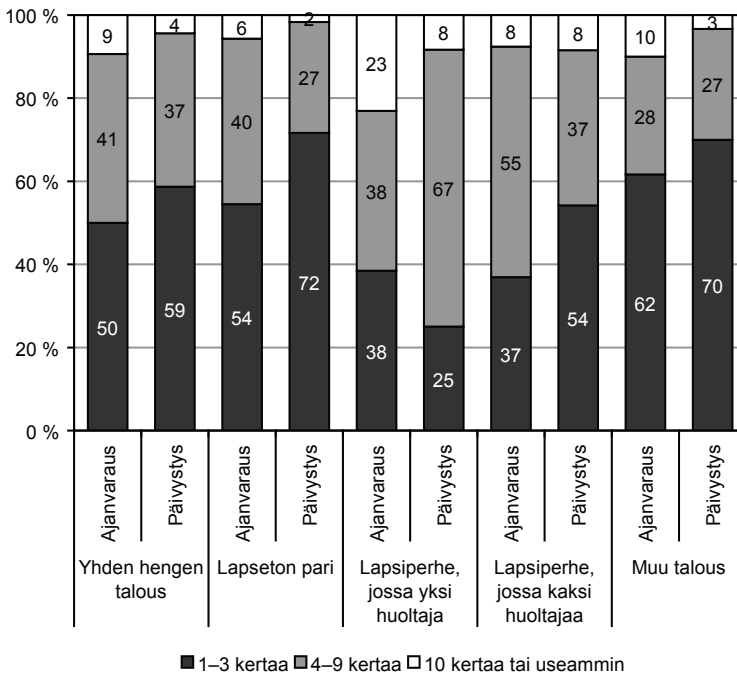


Väestörakenne heijastuu suoraan terveyskeskuskäyntien syihin. Väestöltään eläkeläisvoittoisemmissa kunnissa käyntien syyt painottuivat omaan sairauteen, kun taas väestöltään nuoremmissa kunnissa syiden kirjo oli laiveampi. Elimäen ja Joutsan terveyskeskuksissa oman syyn vuoksi käyneitä oli 80 prosenttia, Riihimäellä noin 70 prosenttia, Mäntsälässä noin 60 prosenttia ja Säkylä-Köyliössä vain noin 50 prosenttia.

Keskimääräinen etäisyys terveyskeskukseen oli noin kuusi kilometriä ja vaihteli Hausjärven kolmesta kilometristä Joutsan kymmeneen kilometriin. Noin 16 prosentin mielestä kohtuullinen terveyskeskusmatka oli alle yhden kilometrin. Noin 70 prosenttia piti kohtuullisena terveyskeskusmatkana korkeintaan viiden kilometrin yhdensuuntaista matkaa. Säkylässä ja Köyliössä oltiin valmiita hieman pidempään

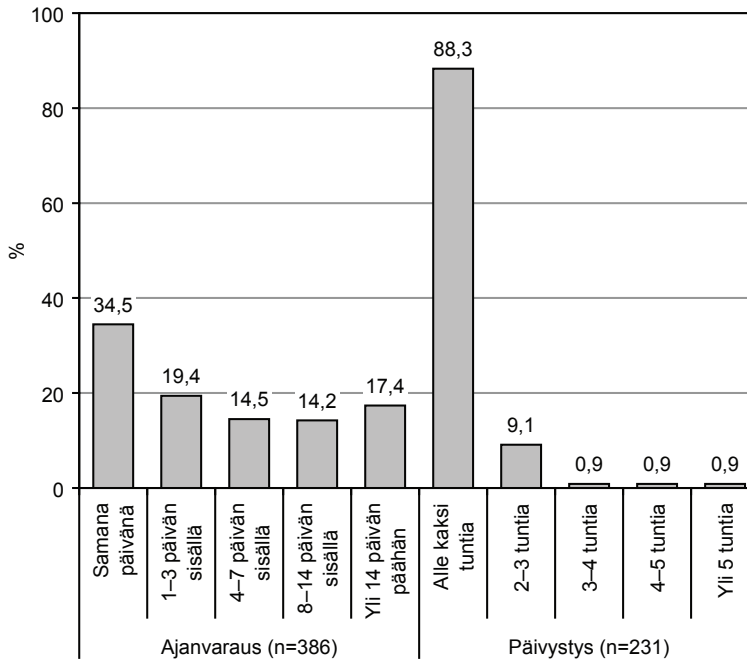
terveyskeskusmatkaan kuin muualla. Myös tämä johtunee Säkylän ja Köyliön muita kuntia alhaisemmasta asiakkaiden keski-ikästä.

Kuvio 3.5 Terveyskeskuksen ajanvaraus- ja päivystysvastaanottojen asiakkaiden käyntimäärät vuoden aikana kotitaloustyyppin mukaan



Runsas kolmannes sai vastaanottoajan ajanvarausvastaanotolle samana päivänä. Toisaalta noin kolmannes sai ajan vasta yli viikon päähän (kuvio 3.6). Nopeimmin päivystykseen pääsi Säkylä-Köyliössä, jossa noin puolet vastanneista oli saanut vastaanoton samalle päivälle. Elimäellä ja Mäntsälässä noin puolet vastanneista oli saanut vastaanoton yli viikon päähän. Lähes 90 prosenttia vastaajista oli päässyt päivystykseen alle kahdessa tunnissa. Odotusajat päivystykseen eivät juuri vaihdelleet terveyskeskusten välillä.

Kuvio 3.6 Vastaanottoajan saaminen vastaanottotyypin mukaan prosenttijakautumina

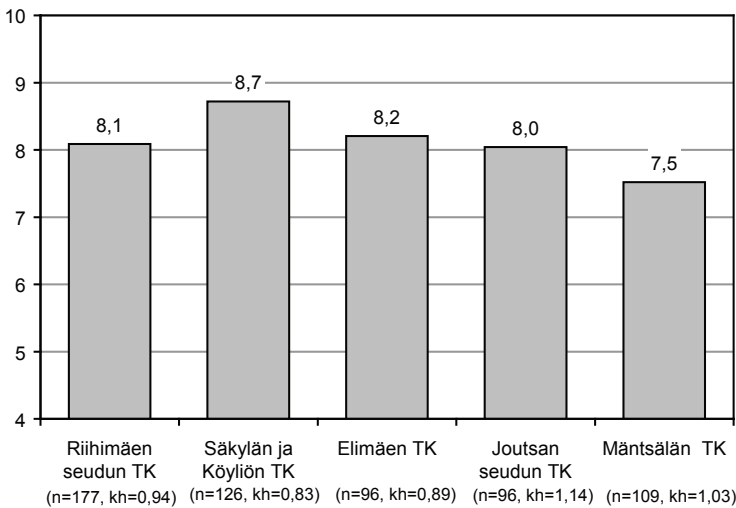


3.3.2 Terveyskeskuspalveluissa suuria laatueroja

Terveyskeskuspalvelujen laatueroja tarkasteltiin sekä terveyskeskusten kuntayhtymien että yksittäisten terveyskeskuspalveluja tarjoavien kuntien välillä palvelujen käyttäjien laatuarvioiden perusteella. Molemmissa ryhmissä palvelujen käyttäjien laatuarvioissa oli selviä eroja. Asiakkaat olivat tyytyväisimpiä Säkylän, Köyliön ja Riihimäen kuntien terveyspalvelujen järjestämiseen (kuvio 3.7). Säkylä-Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymän asiakkaat antoivat saamansa palvelun laadulle selvästi korkeampia arvosanoja kuin muiden terveyskeskusten asiakkaat (kuvio 3.9). Säkylä-Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymän asiakkaat olivat keskihajonnalla mitattuna myös muita yksimielisempiä terveyspalvelujen laadusta. Mäntsälän terveyskeskuksen asiakkaat antoivat puolestaan selvästi alhaisempia

arvosanoja kuin kaikkien muiden tutkittujen terveyskeskusten asiakkaita. Joutsan ja Mäntsälän terveyskeskusasiakkaiden laatuarviot vaihtelivat eniten. Terveyskeskusten välisten laatuarvioiden keskihajonnan vaihtelut kertovat myös kuntien pinta-alaeroista johtuvista terveyskeskuspalvelujen saavutettavuuseroista.

Kuvio 3.7 Terveyskeskusten kuntayhtymien asiakkaiden laatuarviot palveluista



Terveyskeskusten kuntayhtymien mahdolliset sisäiset erot tulevat esiin, jos terveyskeskuksia tarkastellaan kunnittain. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymään kuuluvat Riihimäen kaupunki sekä Lopen ja Hausjärven kunnat. Hausjärven alueella sijaitsevat sekä Ryttylän että Oitin terveysasemat. Säkylän ja Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvat Säkylän ja Köyliön kunnat. Elimäellä sijaitseva Korian terveysasema on erotettu omaksi yksikökseen.

Jos terveyskeskusten asiakkaiden laatuarvioita tarkastellaan kuntatasolla, voidaan havaita, että myös kuntayhtymien sisällä on eroja, joskin ne ovat melko pieniä eivätkä olleet tilastollisesti merkitseviä.

Myös terveyskeskusten kuntainyhtymien kuntakohtaisten laatuarvioiden keskihajontojen erot olivat melko pieniä. Tämä kertoo siitä, että tutkittujen kuntayhtymien sisällä oltiin palveluihin lähes yhtä tyytyväisiä asuinkunnasta riippumatta.

Koko aineistossa ajanvarauskäyntien asiakkaat antoivat keskimäärin hieman korkeamman laatuarvion palvelusta (8,2) kuin päivystysvastaanotolla käyneet (8,0). Ero ilmeni tilastollisesti merkitsevänä kuitenkin vain Säkylän ja Köyliön terveyskeskuksessa, jossa ajanvarauksessa käyneiden laatuarvosana oli 8,9 ja päivystyksessä käyneiden 8,5.

Terveyskeskusten palvelujen käyttäjiltä kysyttiin myös miten hyvin terveyspalvelut oli järjestetty heidän asuinkunnassaan. Kaikista vastaajista noin 80 prosentin mielestä heidän kotikuntansa terveyskeskuspalvelut oli järjestetty erittäin tai melko hyvin ja noin 15 prosentin mielestä melko tai erittäin huonosti. Mäntsälässä 34 prosenttia Hausjärvellä 25 prosenttia ja Joutsassa 21 prosenttia terveyskeskuspalvelujen käyttäjistä oli sitä mieltä, että heidän asuinkuntansa terveyspalvelut oli järjestetty erittäin tai melko huonosti. Mäntsälässä, Hausjärvellä ja Joutsassa runsas kymmenen prosenttia vastanneista oli muuttoaikeissa terveyspalvelujen huonon saatavuuden vuoksi.

Ammattitaito kiitettävää, yhteydensaanti välttävää

Seuraavassa on tarkasteltu yksittäisten laatuindikaattorien arvosanojen jakautumia koko aineistossa sen mukaan, kävikö asiakas viimeksi ajanvarauksessa vai päivystyksessä ja lääkärin vai sairaanhoitajan vastaanotolla. Lisäksi vertaillaan yksittäisten laatuindikaattorien keskiarvoja eri vastaanottolajien sekä terveyskeskusten välillä². Tutkittavia terveyskeskuksia valittaessa tavoitteena oli, että ne edustaisivat mahdollisimman hyvin erityyppisiä terveyskeskuksia.

Vertailtaessa yksittäisten laatuindikaattorien arvosanajakautumia, havaitaan eri indikaattorien jakautuvan karkeasti ottaen viiteen eri

2 Keskiarvojen erot on testattu Mann-Whitneyn U-testillä.

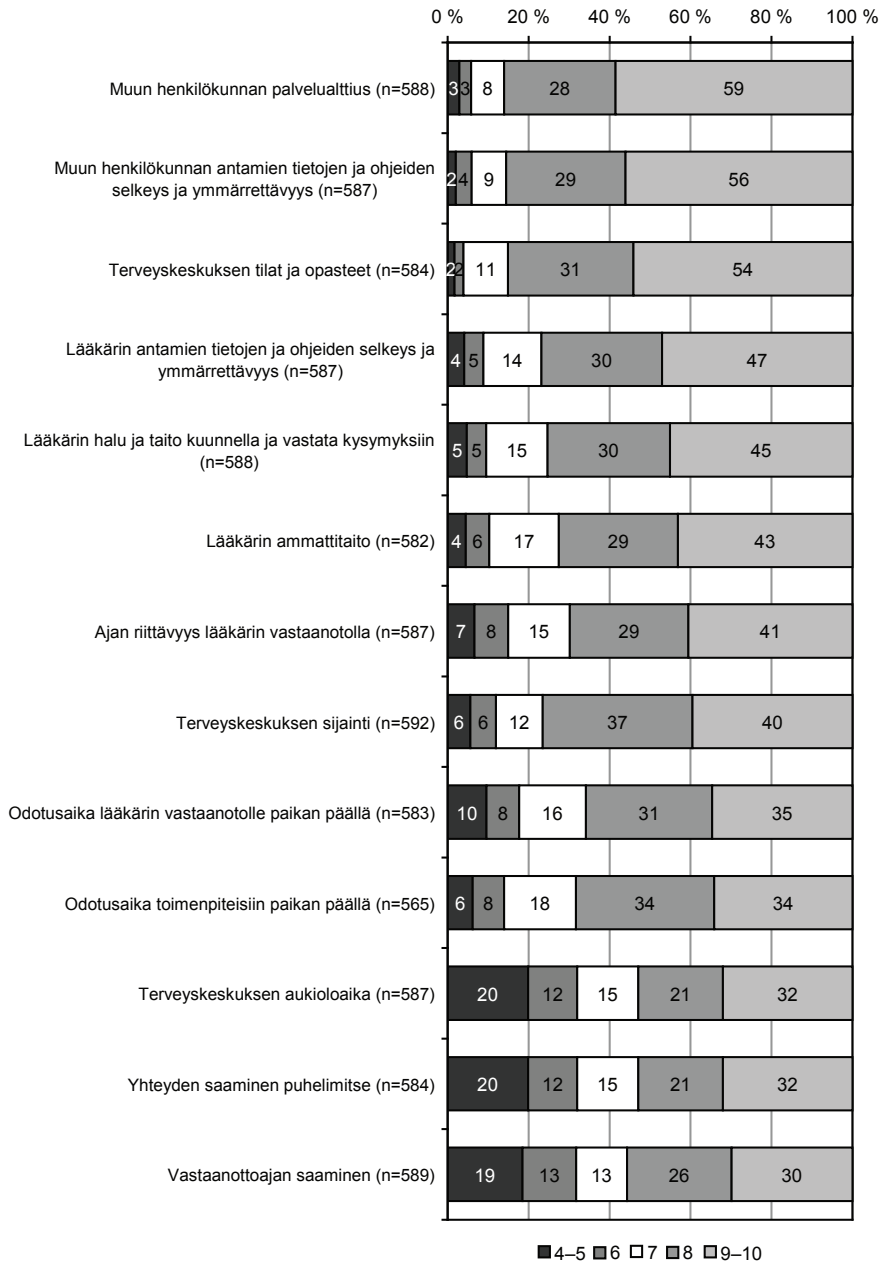
laatukriteeriryhmään, joiden sisällä arvosanajakautumat olivat lähellä toisiaan (kuvio 3.8). Laatuindikaattorit on järjestetty kuvassa kiitettävien arvosanojen osuuden mukaiseen järjestykseen.

Muun henkilökunnan ammattitaitoa mittaavat indikaattorit saivat kiitettäviä arvosanoja yli puolelta asiakkaista. Myös aineellisia tekijöitä kuvaava ”terveyskeskuksen tilat ja opasteet” sai useimmilta kiitettävän arvosanan. Lähes puolet antoi kiitettävän arvosanan kolmella lääkärin ammattitaitoa kuvaavalla mittarilla. Runsas kolmannes antoi kiitettävän arvosanan saatavuutta ja saavutettavuutta kuvaavilla mittareilla. Toisaalta terveyskeskuspalvelujen saatavuutta kuvaavat ”aukioloaika”, ”yhteyden saaminen puhelimitse” ja ”vastaanottoajan saaminen” sai viidennekseltä erittäin heikon (4–5) kouluarvosanan.

Terveyskeskusten yksittäisten laatuindikaattorien eroja vertailtiin myös vastaanoton (ajanvaraus/päivystys sekä lääkäri/hoitaja) mukaan. Eri vastaanottojen laatu erosi toisistaan lähinnä vain odotusajoissa. Terveyskeskusten tiloissa ei ollut vastaanottokohtaisia eroja. Kaikki muut ajanvarausvastaanoton laatua mittaavat laatuindikaattorit saivat hieman korkeampia arvosanoja kuin vastaavat päivystysvastaanoton laatua mittaavat indikaattorit. Laatuerot olivat kuitenkin hyvin pieniä.

Yksittäiset laatuindikaattorit erosivat myös lääkärin ja hoitajan välisessä vertailussa vain hieman toisistaan eräissä mittareissa. Hoitajan vastaanotolle päästiin jonkin verran lähemmäksi kuin lääkärin vastaanotolle, jos asiaa kuvataan tyytyväisyydellä terveyskeskuksen sijaintiin. Myös aukioloajat sopivat useimmille vastaajille hoitajan vastaanotolla käyntiin jonkin verran lääkärin vastaanotolla käyntiä paremmin. Lääkäri tavoitettiin puhelimitse kuitenkin hiukan paremmin kuin hoitaja. Hoitajia pidettiin jonkin verran palvelualltiimpina kuin lääkäreitä ja he antoivat asiakkaiden mielestä myös hieman selkeämpiä ja ymmärrettävämpiä ohjeita kuin lääkärit.

Kuvio 3.8 Terveyskeskusten palvelujen yksittäisten laatuindikaattoreiden arvosanjakautumat



Yksittäisissä laatumittareissa eroja terveyskeskusten välillä

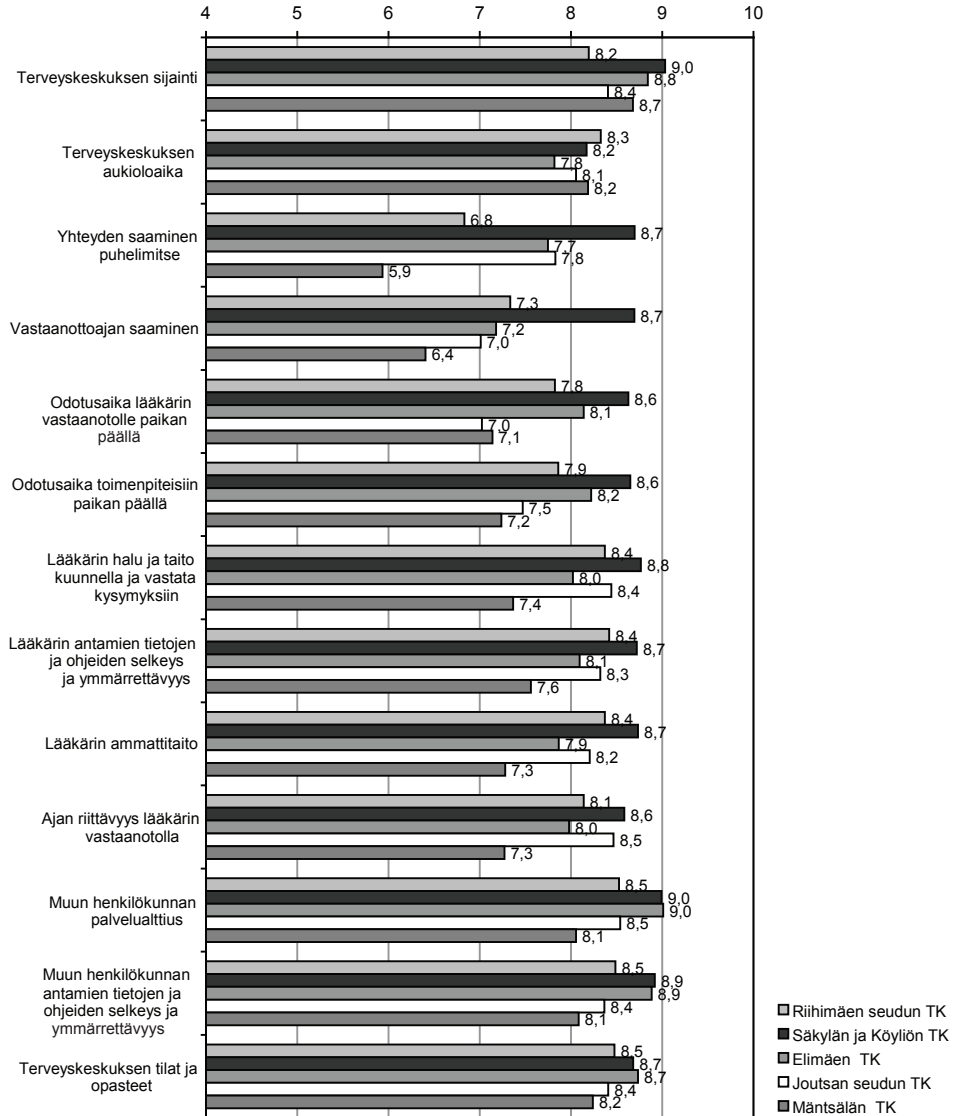
Yksittäisissä laatuindikaattoreissa oli suuria terveyskeskuskohtaisia eroja (kuvio 3.9). Säkylä-Köyliön terveyskeskuksen sijainti sai arvosanan 9, mikä erosi selvästi Riihimäen terveyskeskuksen saamasta sijaintiarvosanasta, joka oli noin 8+. Myös Elimäen seudun terveyskeskuksen sijaintiin oltiin selvästi tyytyväisempiä kuin Riihimäen seudun terveyskeskuksen sijaintiin. Muiden terveyskeskusten väliset sijaintiarvosanat eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Koko aineistossa tyytyväisyys terveyskeskuksen sijaintiin vaihtelee selvästi terveyskeskusmatkan pituuden kanssa ($r = -.43^{**}$, $n=586$). Mitä pidempi matka terveyskeskukseen oli, sitä tyytymättömämpiä sen sijaintiin oltiin. Korrelaation voimakkuus vaihteli kuitenkin terveyskeskusalueiden välillä kunnan koosta riippuen. Pinta-alaltaan suurissa kunnissa terveyskeskusten saavutettavuus vaihteli paljon. Samalla myös tyytyväisyys terveyskeskuksen sijaintiin korreloi voimakkaasti saavutettavuuden kanssa.

Tyytyväisyydessä terveyskeskusten aukioloaikoihin ei ollut merkittäviä terveyskeskuskohtaisia eroja. Yksittäisistä mittareista ”yhteyden saaminen puhelimitse” vaihteli terveyskeskusten välillä eniten. Arvosana oli korkeimmillaan Säkylä-Köyliössä (8,7) ja alhaisimmillaan Mäntsälässä (5,9).

Myös terveyskeskusten erot ”vastaanottoajan saamisessa”, ”odotusajassa lääkärin vastaanotolle paikan päällä”, ”odotusajassa toimenpiteisiin paikan päällä” ja ”ajan riittävydessä lääkärin vastaanotolla” -mittareissa olivat samansuuntaisia, joskaan ei yhtä suuria. Arvosanat olivat korkeimmillaan Säkylä-Köyliössä ja alhaisimmillaan Mäntsälässä.

Lääkärin ammattitaitoa kuvaavissa mittareissa Säkylä-Köyliö sai parhaat arvosanat, noin 9- ja Mäntsälä alhaisimmat, noin 7,5. Säkylä-Köyliön ja Elimäen seudun terveyskeskusten muun henkilökunnan ammattitaitoa sekä terveyskeskusten tiloja ja opasteita kuvaavat mitarit saivat hieman muita terveyskeskuksia paremmat arvosanat.

Kuvio 3.9 Terveyskeskusten/-kuntayhtymien yksittäisten laatuindikaattoreiden keskiarvot



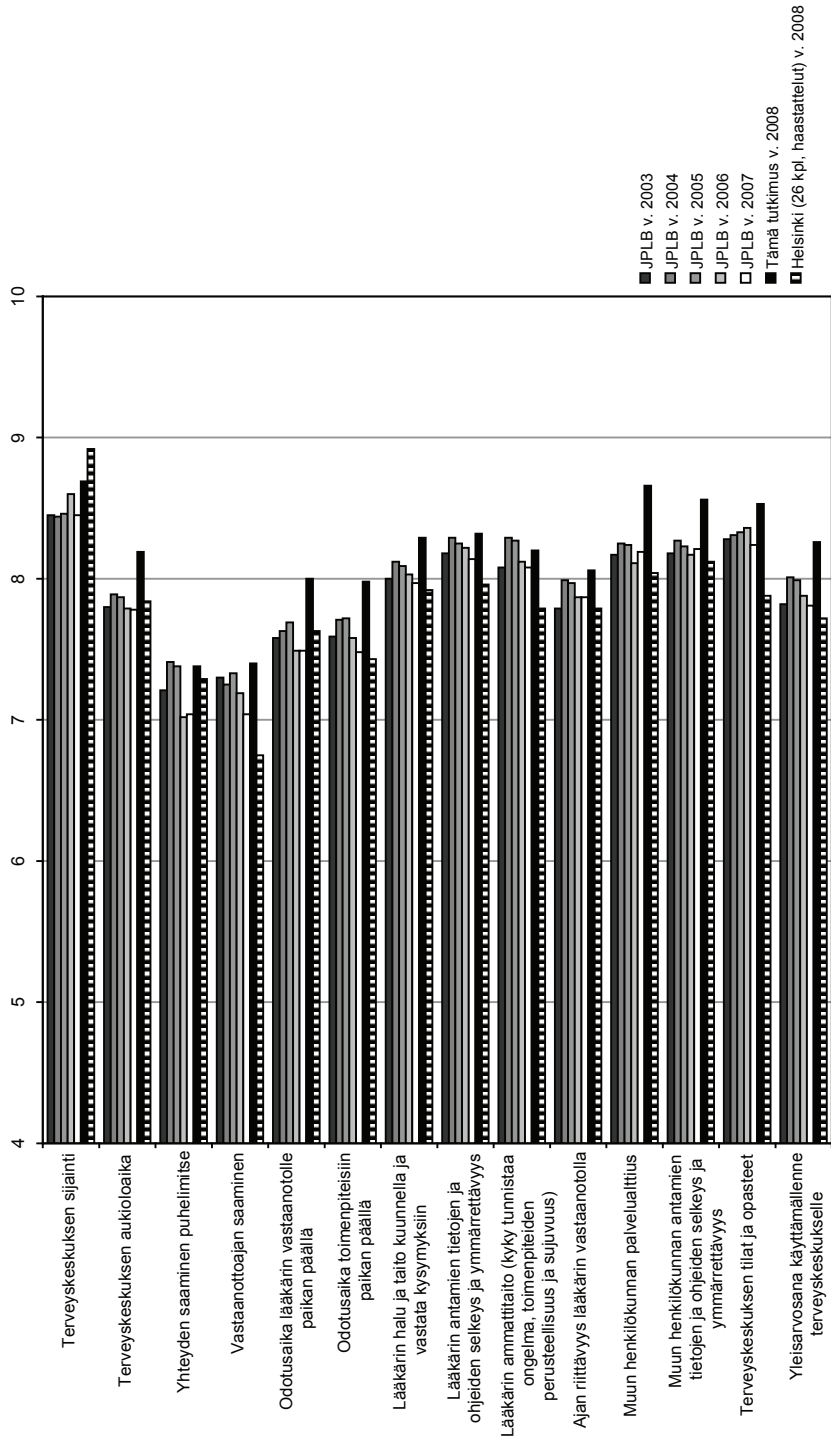
Useimmissa saatavuutta kuvaavissa mittareissa (yhteyden saaminen puhelimitse, vastaanottoajan saaminen ja odotusajat) terveyskeskusten väliset erot olivat suuria. Myös lääkärin ammattitaitoa kuvaavissa laatumittareissa oli selviä terveyskeskuskohtaisia eroja. Muissa saatavuuteen (aukioloaika ja sijainti) ja aineellisiin tekijöihin (tilat ja opasteet) liittyvissä laatuksiteereissa oli vain pieniä terveyskeskuskohtaisia eroja.

Tutkimuskohteissa laadukasta palvelua

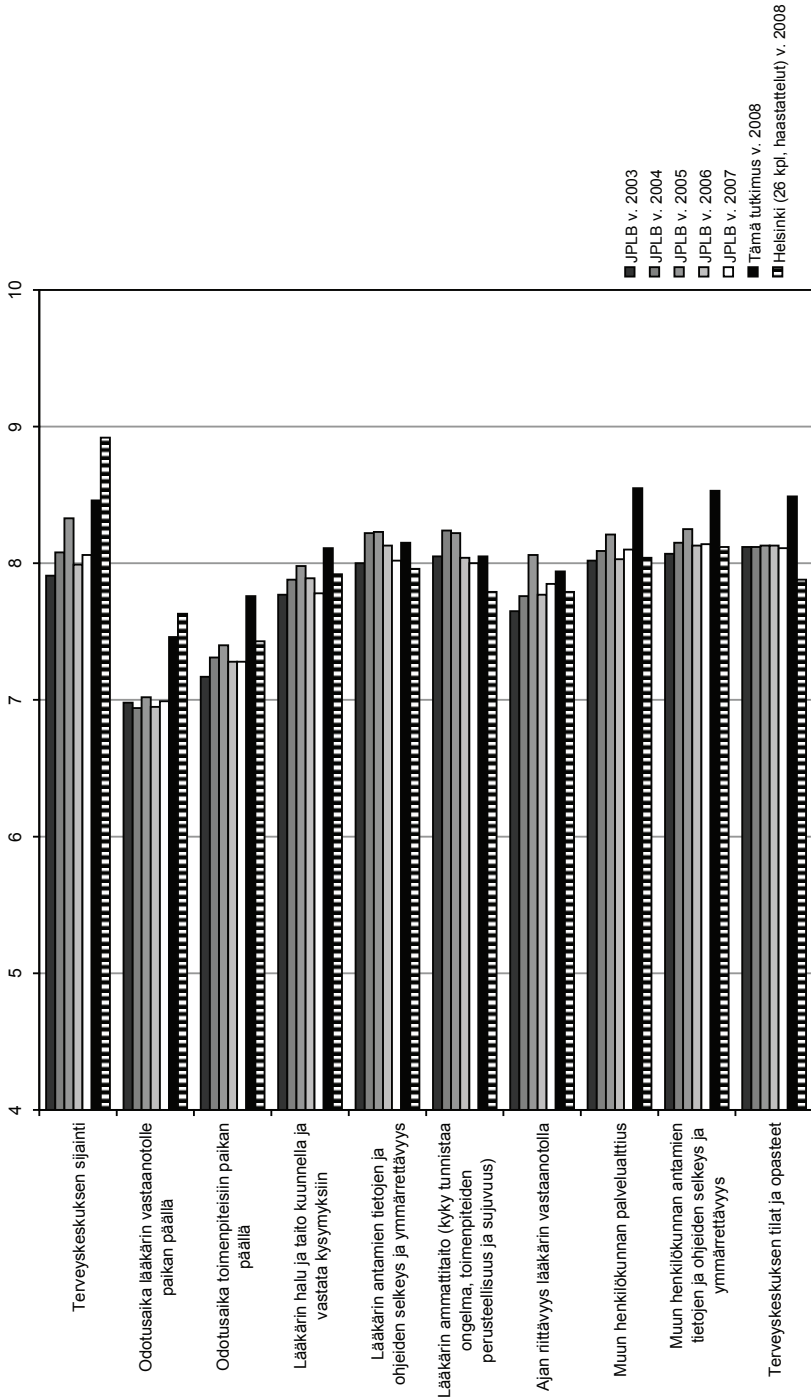
Tutkimuksen kohteena olleet terveyskeskukset valittiin niin, että ne eroavat alueelliselta ympäristöltään sekä potilas- ja palvelujenkäyttöprofiileiltaan mahdollisimman vähän toisistaan, mutta tuottavuudeltaan mahdollisimman paljon toisistaan. Koko aineisto edustaakin tuottavuudeltaan erilaisia terveyskeskuksia koko maassa. Koko maan terveyskeskusten tehokkuusluku on keskimäärin 0,08 ja tämän tutkimuksen keskimääräinen tehokkuusluku 0,09. Jos terveyskeskusten tuottavuus ja asiakkaiden kokema palvelujen laatu korreloisivat 1:1 keskenään, voidaan olettaa, että koko aineisto edustaisi myös palvelujen laadun suhteen koko maan terveyskeskuksia. Tässä tutkimuksessa on niin vähän tutkimuskohteita, ettei tällaisia johtopäätöksiä voida tehdä. Aineiston edustavuutta voidaan kuitenkin selvittää vertaamalla tämän tutkimuksen aineiston jakautumia koko maasta kerätyn ”Julkisten palvelujen laatubarometrin” vastaaviin jakautumiin.

Koko maan terveyskeskuspalveluita kuvaavan ”Julkisten palvelujen laatubarometrin” (Taloustutkimus 2007) mukaan ajanvarauspalvelujen käyttäjien antamien kouluarvosanojen keskiarvojen keskiarvo vuonna 2007 oli 7,8, mikä on selvästi alhaisempi kuin tämän tutkimuksen ajanvarauspalvelujen vastaava keskiarvo 8,2 (kuvio 3.10). Myös päivystyspalveluja käyttäneet antoivat tässä tutkimuksessa korkeamman arvosanan (8,0) kuin mitä oli koko maan keskiarvo vuonna 2007 (7,8) (kuvio 3.11).

Kuvio 3.10 *Terveyskeskusten ajanvarausvastaanoton palvelujen yksittäisten laatuindikaattoreiden keskiarvot ”Julkaisten palvelujen laatubarometreissä vv. 2003–2007”, tämän tutkimuksen aineistossa ja haastatteluissa*



Kuvio 3.11 Terveyskeskusten päivyystyvästäännoton palvelujen yksittäisten laatuindikaattoreiden keskiarvot ”Julkisten palvelujen laaturaportteissa vv. 2003–2007”, tämän tutkimuksen aineistossa ja haastatteluissa



Voidaankin aiheellisesti kysyä, mistä tutkittujen terveyskeskusten keskimääräistä parempi palvelujen laatu johtuu? Eroja voidaan tulkitella usealla tavalla. Ensinnäkin on mahdollista, että tähän tutkimukseen valitut terveyskeskukset eivät edustakaan palvelujen laadultaan koko maan terveyskeskusten keskiarvoa. Toiseksi, koska mittausajankohden välillä on vuosi, voivat terveyskeskuspalvelujen käyttäjien laatuarviot olla hieman kohentuneet paremman palvelun vuoksi. Tässä tutkimuksessa kohteina olleiden terveyskeskusten lukumäärä on niin pieni, että ei voida luotettavasti päätellä, mistä em. erot johtuvat. Syinä voivat olla kaikki em. tekijät tai jokin yksittäinen syy. Asian varmistamiseksi tutkimusta tulisi laajentaa niin, että siihen otettaisiin mukaan useampia terveyskeskuksia. Etenkin suurten ja keskisuurten terveyskeskusten mukaan ottaminen olisi välttämätöntä.

3.3.3 Laatuarvioiden vaihtelun taustatekijöitä

Vaikka aineistoilla ei voida saada selvyyttä siihen, edustavatko tutkitut terveyskeskukset palvelujen laadultaan keskimäärin koko maan terveyskeskuksia, voidaan niillä kuvata palvelujen laadun vaihteluun vaikuttavia taustatekijöitä.

Seuraavassa selvitetään vaihtelevatko laatuarviot asiakkaiden taustamuuttujien mukaan. Sen jälkeen mallinnetaan terveyskeskusten asiakkaiden terveyskeskuksesta antamien yleisarvosanojen vaihtelua regressioanalyysillä. Näillä analyyseillä kuvataan niitä laatuindikaattoreita, jotka vaikuttavat eniten asiakkaiden terveyskeskukseen antaman yleisarvosanan vaihteluun.

Terveyskeskuspalveluista annettua keskimääräistä laatuarviota verrattiin käyttäjiä kuvaaviin taustamuuttujiin³. Laatuarvioiden vaihtelua tutkittiin sukupuolen, iän, ikäluokan, ammattiaseman, työnantajan, asuinalueen, asuinkunnassa asumisajan, tulojen vaihtelun ja terveyspalvelujen käytön määrän suhteen. Taustamuuttujia verrattiin ensin koko aineiston laatuarvion vaihteluun. Taustamuuttujilla ja niiden luokilla ei voitu selittää terveyskeskuspalvelujen laadusta anne-

³ Erojen ja riippuvuuksien testaamiseen käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä, One-Way ANOVA Tamhane's T2 -testiä sekä korrelaatioanalyysiä.

tun keskimääräisen arvosanan vaihtelua. Myöskään ikä ei korreloinut laatuarvion kanssa. Ainoastaan terveyskeskusmatkan pituudella oli pieni vaikutus laatuarvioon. Mitä kauempana terveyskeskus oli sitä alhaisempi laatuarvio oli ($r = .09^*$).

Laadun ja taustamuuttujien yhteisvaihtelua testattiin myös terveyskeskuskäyntien sisällä. Ikä ja laatuarvio korreloivat Säkylä-Köyliön terveyskeskuksen alueella, missä nuoret antoivat ikäänntyneitä alhaisempia laatuarvioita ($r = .41^{**}$, $n=126$). Myös ammattiaseman mukaan tarkasteltuna eläkeläiset olivat tyytyväisempiä saamaansa palveluun kuin koululaiset tai opiskelijat. Säkylä-Köyliön terveyskeskuksissa myös vuosittaisten käyntien määrä korreloi laatuarvion kanssa ($r = -.21^*$, $n=95$). Mitä useammin terveyskeskuksessa oli viimeisen vuoden aikana käyty, sitä alhaisempi oli laatuarvio. Mäntsälän ja Riihimäen keskusta-alueilla asuvat olivat kaupunkien reuna-alueilla asuvia tyytyväisempiä terveyskeskuspalvelun laatuun.

Edellä olevasta voidaan päätellä, että kyseiset taustamuuttujat eivät, lukuun ottamatta muutamaa alueellista poikkeusta, juuri selitä terveyskeskusten palveluista annettujen laatuarvioiden keskiarvon vaihtelua. Näin ollen, jos terveyskeskusten käyttäjät antavat erilaisia laatuarvioita käyttämistään terveyskeskuksista, johtuvat erot jostain muista tekijöistä kuin ko. taustamuuttujista. Melko todennäköistä on, että eri terveyskeskusten väliset laatuerot johtuvat tällöin todellisista palvelujen laadusta esiintyvistä eroista. Tätä oletusta tukee myös se, että tutkimuskunnat on valittu niin, että niiden väestön ikä- ja tulorakenne ovat samankaltaisia.

Terveyskeskuspalvelujen laatuarvioita verrattiin myös terveyskeskuskäyntien määrään, vastaanottoajan saamiseen, mielipiteisiin terveyskeskuspalvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta ja saavutettavuudesta johtuviin muuttoaikeisiin (taulukko 3). Kaikki nämä terveyskeskusten käyttöä kuvaavat taustamuuttujat, lukuun ottamatta terveyskeskuskäyntien lukumäärää, korreloivat terveyskeskuspalvelujen laatuarvion kanssa koko aineistossa. Asiakkaiden antamat terveyspalvelujen laatuarviot olivat sitä parempia mitä nopeammin he saivat vastaanottoajan. Laatuarviot korreloivat voimakkaasti myös

asiakkaiden mielipiteisiin siitä miten hyvin asuinkunnan terveystalvet oli järjestetty. Terveystalvetmatkan pituus vaikutti vain hieman terveystalvetpalvelujen laatuarvioon. Sen sijaan terveystalvetpalvelujen huono saavutettavuus kasvatti selvästi muuttoaikeita. Terveystalvetpalvelujen saavutettavuutta arvioitaessa matkan lisäksi vähintään yhtä tärkeitä ovatkin liikenneyhteydet yms. saavutettavuuteen liittyvät seikat.

Taulukko 3.3 Terveystalvetpalvelujen laatuarvioiden korrelaatiot terveystalvetpalvelujen käyttöä kuvaavien taustamuuttujien kanssa koko aineistossa sekä kuntayhtymätasolla

	Tk-käyntien määrä	Vastaanottoajan saaminen	Terv.palv. järjestäminen	Etäisyys terv.kesk.	Terv.palv. johtuvat muuttoaikeet
Koko aineisto		-.13**	-.51**	-.09*	.23**
<i>Kuntayhtymätaso:</i>					
Riihimäen seudun TK		-.17*	-.44**		.19*
Säkylän ja Köyliön TK		.18*	-.40**		
Elimäen TK	-.21*		-.67**	-.23*	.25*
Joutsan seudun TK			-.33**		.22*
Mäntsälän TK			-.35**	-.35**	.27**

Terveystalvetpalvelujen huonosta saatavuudesta johtuen muuttoaikeissa olleista kuului alle 20 000 € vuodessa ansaitseviin noin 60 prosenttia ja korkeintaan 40 000 € vuodessa ansaitseviin noin 95 prosenttia. Muuttoaikeissa olleista 65 prosenttia oli eläkeläisiä ja noin 25 prosenttia koko- tai osapäivätyössä.

Em. tuloksista voidaan päätellä, että terveystalvetkusten palvelujen käyttäjien taustaa kuvaavat muuttajat eivät juuri selitä palveluarvosanoja. Toisaalta keskimääräisiin palveluarvosanoihin vaikuttavat etenkin terveystalvetpalvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä niissä olevat terveystalvetkeskuskohtaiset erot.

Terveyskeskuksen yleisarvosanan vaihtelu

Terveyskeskuksen laatuarvioita kuvattiin yksittäisten indikaattorien ja niistä laskettujen keskiarvojen lisäksi myös terveyskeskukselle annettua yleisarvosanalla. Terveyskeskusten palvelujen laadusta annettua yleisarvosanaa ja sen vaihtelua eri taustamuuttujien mukaan kuvataan seuraavassa askeltavan regressioanalyysin avulla. Saatavilla malleilla voidaan saada esille muuttujia, jotka korreloivat joko positiivisesti tai negatiivisesti selitettävän muuttujan kanssa. Kyse on eräänlaisista piilomuuttujista, joiden vaikutuksen oletetaan vaihtelevan sen mukaan, missä ja minkä tyyppisellä vastaanotolla asiakas on käynyt.

Menetelmä etsii sellaisten muuttujien yhdistelmän, joiden yhteisvaihtelu kuvaa parhaiten selitettävän muuttujan vaihtelua. Askeltavalla regressioanalyysillä pyritään hakemaan suuren selittäjäjoukon parhaat selittävät muuttujat. Terveyskeskusten yleisarvosanan vaihtelua kuvaavien regressioanalyysien tärkeimmät tunnusluvut ja mallien selitysosuudet on esitetty taulukossa 3.4 ja 3.5. Kaikki saadut mallit ovat hyviä siinä mielessä, että niiden selityssasteet ovat korkeita vaihdellen 52 prosentista 77 prosenttiin.

Ajanvarauskäynnillä asioineiden terveyskeskukselle antama yleisarvosana oli sitä suurempi mitä parempaa palvelua he olivat saaneet lääkäriltä ja henkilökunnalta (taulukko 3.4). Myös odotusaika ja vastaanottoajan saaminen sekä terveyskeskuksen tilat vaikuttivat ajanvarauskäynnin yleisarvosanan vaihteluun. Odotusaikojen merkitys heijastui päivystysvastaanotolla käyneiden yleisarvosanaan selvästi enemmän kuin ajanvarauskäyntien yhteydessä.

Terveyskeskukselle annettua yleisarvosanaa mallinnettiin myös sen perusteella oliko asiakas käynyt lääkärin vai hoitajan vastaanotolla. Lääkärin vastaanotolla käyneet antoivat terveyskeskukselle sitä paremman yleisarvosanan mitä lyhyempi oli odotusaika vastaanotolle paikan päällä sekä mitä tyytyväisempi asiakas oli lääkärin taitoihin, muun henkilökunnan palvelualltiuteen, terveyskeskuksen tiloihin ja vastaanottoajan saamiseen. Hoitajan vastaanotolla käyneiden yleis-

arvosanaan vaikutti eniten muun henkilökunnan palvelualltius. Hoitajan vastaanotolla käyneiden osalta malli kuvasi selvästi paremmin terveyskeskuksen yleisarvosanan vaihtelua (80 %) kuin lääkärin vastaanotolla käyneitä kuvaava malli (66 %).

Regressioanalyysillä kuvataan lopuksi sitä, mitkä tekijät vaikuttavat tutkittujen terveyskeskusten/terveyskeskusten kuntayhtymien asiakkaiden yleisarvosanaan käyttämästään terveyskeskuksesta (taulukko 3.5). Riihimäen seudun terveyskeskuksen yleisarvosanaa kuvaava malli selittää vain 52 prosenttia yleisarvosanan kokonaisvaihtelusta. Muita terveyskeskuksia alhaisempi selitysaste johtuu siitä, että Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän asiakkaat asuvat kolmen kunnan alueella ja heillä on käytössä useita terveysasemia. Useat palvelujen laadultaan hieman erilaiset toimipisteet laskevatkin Riihimäen seudun terveyskeskuksen yleisarvosanan selitystasetta.

Odotusaikoihin ja ammattitaitoon liittyvät muuttajat kuvasivat parhaiten yleisarvosanan vaihtelua useimmissa terveyskeskuksissa. Riihimäellä lisäksi terveyskeskuksen sijainti sekä Elimäellä ja Joutsassa terveyskeskuksen tilat ja opasteet selittivät vaihtelua. Kyseiset muuttajat kuvasivat osittain myös terveysasemien yleisarvosanan vaihtelua. Esimerkiksi Riihimäen terveyskeskuksen alueella terveyskeskuksen sijainnista annettu arvosana vaihteli etenkin kuntayhtymään kuuluvien kuntien välillä. Lopen kunnan alueella asuvat olivat tyytymättöimpiä terveyskeskuksensa sijaintiin.

Asuinalueittain tarkasteltuna terveyskeskuspalvelujen käyttäjien laatuarviot vaihtelivat vain vähän. Kaupunkien keskustoissa asuvat antoivat korkeimmat keskimääräiset laatuarviot (8,3) ja kaupunkien haja-asutusalueilla (7,4) sekä esikaupungeissa tai lähiöissä (8,0) asuvat puolestaan alhaisimmat keskimääräiset laatuarviot. Asuinalueiden väliset laatuarviot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan

Taulukko 3.4 Terveyskeskuksen asiakkaiden yleisarvosanan vaihtelua kuvaavat regressiomallit vastaanoton (ajanvaraus/päivystys) mukaan

Kuvattava muuttuja	Vakio	Kerroin	Kuvaavat muuttujat	Merkitsevyysarvot	Mallin selitysosuus R ²
Ajanvarausvastaanotolla käyneiden yleisarvosana terveyskeskukselle	2,914	0,328 0,259 0,204 0,164 0,122	Lääkärin halu ja taito kuunnella ja vastata kysymyksiin Muuun henkilökunnan palveluaituus Odotusaika lääkärin vastaanotolle paikan päällä Vastaanottoajan saaminen Terveyskeskuksen tilat ja opasteet	.000 .000 .000 .000 .004	71
Päivystysvastaanotolla käyneiden yleisarvosana terveyskeskukselle	4,236	0,305 0,232 0,320 0,173	Odotusaika lääkärin vastaanotolle paikan päällä Lääkärin ammattitaito Terveyskeskuksen tilat ja opasteet Odotusaika toimenpiteisiin paikan päällä	.000 .000 .000 .006	64

Taulukko 3.5 Terveyskeskuksen asiakkaiden yleisarvosanan vaihtelua kuvaavat regressiomallit terveyskeskuksen mukaan

Kuvattava muuttuja	Vakio	Kerroin	Kuvaavat muuttujat	Merkittävyyssarvot	Mallin selitysosuus R ²
Riihimäen seudun TK Asiakkaiden yleisarvosana terveyskeskukselle	1,3748	0,536 0,202 0,175 0,149 0,159 0,238	Lääkärin halu ja taito kuunnella ja vastata kysymyksiin Muun henk.kunn. ant. tietojen ja ohj. selk. ja ymmärrettäv. Vastaanottoajan saaminen Odotusaika toimenpiteisiin paikan päällä Terveyskeskuksen sijainti Lääkärin ammattitaito	0,000 0,007 0,027 0,061 0,020 0,041	52
Säkylän ja Köyliön TK Asiakkaiden yleisarvosana terveyskeskukselle	1,4889	0,376 0,317 0,163 0,241	Vastaanottoajan saaminen Odotusaika toimenpiteisiin paikan päällä Ajan riittävyys lääkärin vastaanotolla Terveyskeskuksen sijainti	0,000 0,000 0,010 0,002	71
Elimäen TK Asiakkaiden yleisarvosana terveyskeskukselle	-0,029	0,200 0,200 0,345 0,265	Odotusaika lääkärin vastaanotolle paikan päällä Terveyskeskuksen tilat ja opasteet Terveyskeskuksen aukioloaika Lääkärin ammattitaito	0,021 0,001 0,000 0,004	71
Joutsan seudun TK Asiakkaiden yleisarvosana terveyskeskukselle	0,8344	0,184 0,455 0,423	Odotusaika lääkärin vastaanotolle paikan päällä Terveyskeskuksen tilat ja opasteet Vastaanottoajan saaminen	0,016 0,000 0,000	77
Mäntsälän TK Asiakkaiden yleisarvosana terveyskeskukselle	0,0174	0,278 0,368 0,403	Odotusaika lääkärin vastaanotolle paikan päällä Lääkärin ammattitaito Muun henk.kunn. ant. tietojen ja ohj. selk. ja ymmärrettäv.	0,000 0,000 0,000	68

Yhteenvetona regressiomalleista voidaan todeta, että ne kuvaavat varsin hyvin terveystalouden palvelujen laadun vaihtelua sekä vastaanoton tyyppin mukaan että eri terveystalouden välillä. Ajanvarausvastaanoton yleisarvosanaan vaikuttivat vastaanottoajan saamisen lisäksi ammattitaitoon, palveluallttiuteen, odotusaikaan ja terveystalouden tiloihin liittyvät muuttujat. Odotusajat korostuivat päivystysvastaanoton yleisarvosanaa selittävinä muuttujina. Eri terveystalouden yleisarvosanaa kuvaavien mallien selitysaste laski, jos terveystalouden kuului useita terveystalouden asemia. Tämä johtunee terveystalouden välisestä laadun vaihtelusta. Odotusajat, henkilökunnan ammattitaitoa ja terveystalouden sijaintia kuvaavat muuttujat selittivät parhaiten useimpien terveystalouden yleisarvosanan vaihtelua.

3.3.4 Terveystalouden saavutettavuus

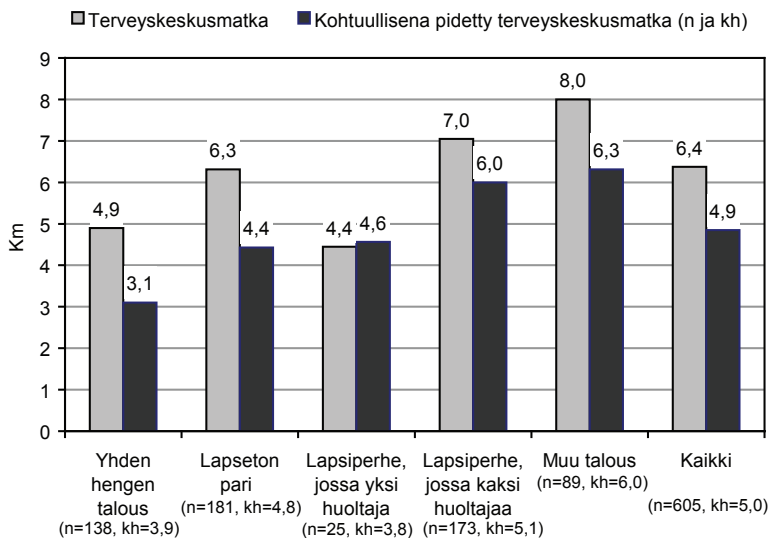
Vastaajien kohtuullisina pitämät etäisyydet terveystalouden keskuksiin

Terveystalouden keskimääräinen, vastaajien kohtuullisena pitämä yksisuuntainen matka lähimpään omaan terveystalouden keskuksiin vaihteli 2,5 kilometrin ja 7 kilometrin välillä. Lyhyin kohtuullisena pidetty matka oli Riihimäen seudun terveystalouden keskuksiin kuntayhtymään kuuluvilla Riihimäen ja Hausjärven terveystalouden keskuksien asiakkaiden toiveissa. Pisimmän matkan terveystalouden keskuksiin olivat valmiita kulkemaan Lopen, Köyliön ja Elimäen terveystalouden keskuksilla asioivat.

Tuloksista voidaan päätellä, että isoissa maaseutumaisissa kunnissa, jossa yhdyskuntarakenne ja asutus on harvaa sekä etäisyydet lähtökohtaisesti pidempiä, palvelujen äärelle oltiin valmiita matkaamaan pitempiä matkoja kuin tiiviimmissä kaupunkimaisissa tai pinta-alaltaan pienemmissä kunnissa. Terveystalouden palvelujen läheinen sijainti on aiempien tutkimusten mukaan tärkeää lapsiperheille ja ikääntyneille (esim. Kytö ym. 2003, 103). Todellinen keskimääräinen terveystalouden keskuksiin ylitti kohtuullisena pidetyn terveystalouden keskuksiin matkan kaikissa tutkimuskunnissa. Joutsassa todellinen matka oli lähes kaksinkertainen verrattuna kohtuullisena pidettyyn matkaan. Myös Lopella erotus oli suurempi kuin muissa kunnissa. Ainoastaan yhden huoltajan lap-

siperheet asuivat mielestään kohtuullisen etäisyyden päässä terveyskeskuksesta. Kahden huoltajan lapsiperheet ja muihin kotitalouksiin kuuluvat olivat valmiita hakemaan terveyskeskuspalvelut kauempaa kuin muut kotitalousryhmät (kuvio 3.12).

Kuvio 3.12 Terveyskeskusmatkan pituus ja kohtuullisena pidetty terveyskeskusmatka kotitaloustyyppin mukaan

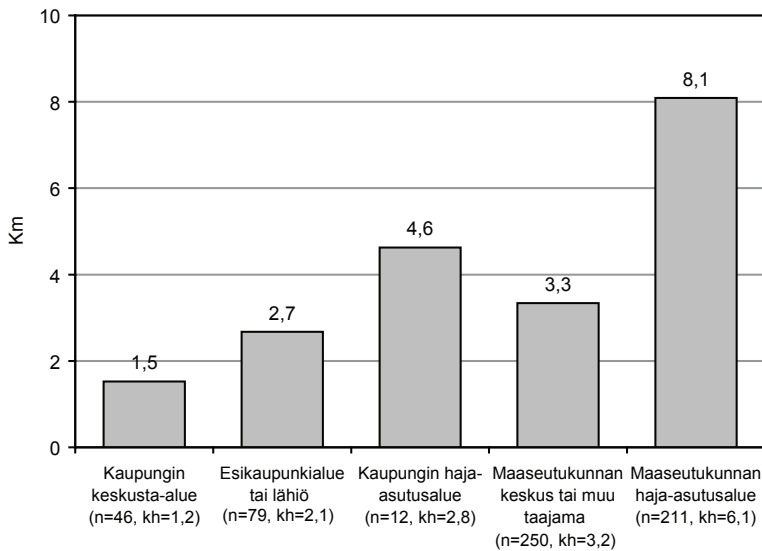


Valtakunnallisiin henkilöliikennetutkimusaineistoihin, Tampereen seudun alueelliseen liikennetutkimukseen sekä Espoon, Vantaan ja Oulun erillistutkimuksiin perustuen on pystytty jaottelemaan matkatuotokset ja kulkutavan valintajakaumat terveyspalveluihin (Kalenoja ym. 2008). Matkatuotostutkimuksen mukaan terveyskeskuksiin ja lääkäriasemille tehdään arkisin keskimäärin noin 5–20 käyntiä 100 kerrosneliometriä kohti. Suurin osa terveyspalvelujen asiakasmatkoista tehdään henkilöautolla ja taksilla. Kulkumuoto määräytyy kuitenkin aluekohtaisesti. Kaupunkimaisissa kunnissa kulkumuoto on useimmin joukkoliikenne ja alle 20 000 asukkaan kaupunkiseuduilla pääsääntöisesti henkilöauto 77 prosentin osuudella. Maaseudulla

liikutaan luonnollisesti enemmän autolla, missä joukkoliikennettä ei ole saatavilla tai saavutettavissa. Esimerkiksi Helsingin seutukuntaan kuuluvien Mäntsälän ja Riihimäen osalta terveystalouteihin matkattaisiin useimmin henkilöautolla (50 %) ja joukkoliikenteellä (38 %), jalan vain seitsemässä prosentissa matkoista.

Kohtuullisena pidetty terveyskeskusmatka riippui vastaajan iästä, kotitaloustyypistä, asuinalueesta ja kuntakoosta. Pinta-alaltaan suurissa kunnissa (Mäntsälä, Joutsa, Elimäki, Riihimäki) nuoret hyväksyivät selvästi pidemmän terveyskeskusmatkan kuin vanhemmat ihmiset. Pinta-alaltaan pienissä kunnissa ei esiintynyt iän ja kohtuullisena pidetyn terveyskeskusmatkan välistä korrelaatiota. Kaupungin keskuksissa ja maaseudun taajamissa on totuttu lähellä oleviin palveluihin ja niihin hakeutuvat ihmiset, jotka tarvitsevat enemmän lähellä olevia palveluja. Tämä näkyy myös erilaisilla asuinalueilla asuvien kohtuullisena pitämän terveyskeskusmatkan eroissa (kuvio 3.13).

Kuvio 3.13 Vastaajien kohtuullisena pitämä etäisyys terveyskeskukseen vastaajan asuinalueen mukaan



Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymään kuuluu kolme kuntaa. Terveyskeskuksia, joissa on saatavilla lääkärin vastaanotto, on yhteensä neljä. Pääterveysasema sijaitsee Riihimäen keskustassa, mistä löytyy päivystysvastaanotto myös Lopen ja Hausjärven asukkailla. Lopen terveysasema sijaitsee kunnan kirkonkylällä, ja sieltä löytyy lääkärin vastaanotto arkisin virka-aikaan. Hausjärvellä on kaksi terveysasemaa, joissa voi asioida lääkärissä. Oitin ja Hikiän taajamissa asuvia palvelee kunnan keskustan, Oitin terveysasema. Ryttylän asukkaita palvelee toimipiste kunnan pohjoisosassa (kuvio 3.14).

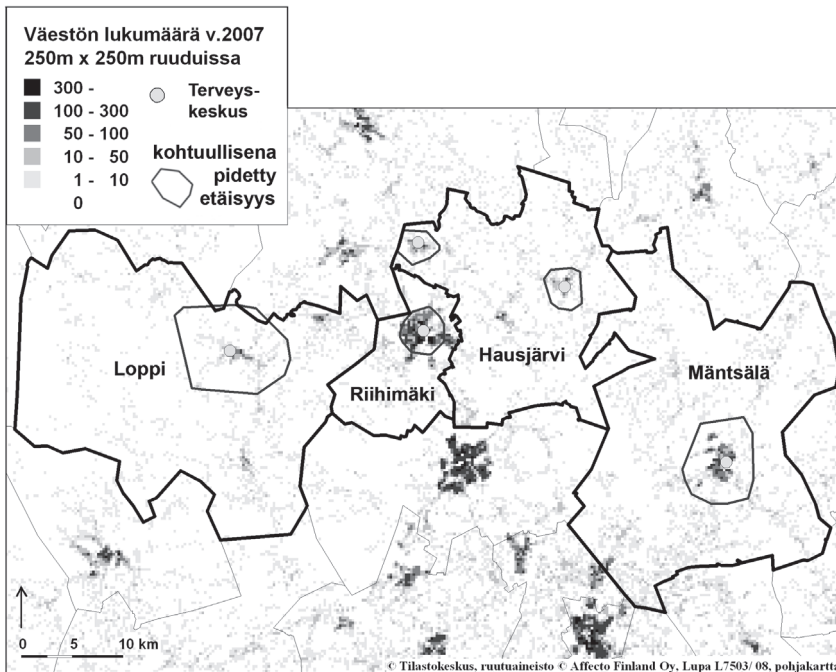
Riihimäen kaupungin väestöstä 78 prosenttia asui kohtuullisen matkan päässä terveyskeskuspalveluista. Kunnan eläkeikäisten osuus terveyskeskuksensa läheisyydessä kaikista kunnassa asuvista eläkeikäisistä on tutkimuskunnista suurin, 90 prosenttia. Lopen terveysasemasta kohtuullisella etäisyydellä asuu väestöstä ainoastaan 35 prosenttia ja eläkeikäisistäkin vain 47 prosenttia. Saavutettavuuslukummat ovat tutkimuskunnista heikoimmat. Hausjärvellä Oitin terveyskeskuksen kohtuullisella saavutettavuusalueella asuu 24 prosenttia väestöstä ja Ryttylän 20 prosenttia. Yhteensä siis noin 44 prosenttia kunnan väestöstä saavuttaa terveystalvelut kohtuullisena pidetyltä etäisyydeltä. Eläkeikäisistä Oitin terveyskeskuksen kohtuullisella saavutettavuusalueella asuu 37 prosenttia kunnan eläkeikäisistä ja Ryttylän 18 prosenttia. Hausjärven eläkeikäisten osuus terveystalvelujen kohtuullisella vaikutusalueella on yhteensä siten hieman yli puolet. Tuloksiin saattaa tosin vaikuttaa se, että kävijät pitivät kohtuullisena etäisyytenä terveystalveluihin vain 2,5 kilometrin matkaa. Etäisyys oli muihin tutkimusalueisiin ja terveyskeskuksiin verrattuna lyhyin.

Mäntsälän terveyskeskus

Mäntsälässä on yksi terveysasema, joka sijaitsee kunnan keskustassa (kuvio 3.14). Terveystakeskus tarjoaa iltpäivystyksen, mutta yö-

päivystys löytyy Hyvinkään aluesairaalasta. Mäntsälän kunta on alkanut ostamaan terveystalouksia 1.9.2007 alkaen myös Tuusulasta Kellokosken taajamassa Hyökännummella asuville mäntsäläläisille. Hyökännummen asukkaiden terveysasema sijaitsee Kellokoskella ja päivystys Hyrylän pääterveysasemalla. Ostopalvelut sisältävät muun muassa lääkärin vastaanoton. Hyökännummen asukkaille Tuusulan kunnan puolella sijaitsevien terveystalouksien saavutettavuus on huomattavasti parempi kuin oman kunnan keskusta. Palvelujen käyttö koskee noin seitsemän prosenttia (1400) kunnan asukkaista ja (200) eläkeikäisistä.

Kuvio 3.14 Riihimäen seudun terveyskeskuksen kunta-yhtymän alueen (Riihimäki, Loppi, Hausjärvi) ja Mäntsälän terveyskeskuksen alueen väestö sekä asiakkaiden kohtuullisena pitämä terveyskeskuspalvelujen saavutettavuus



Terveyskeskuskyselyyn vastanneet kuntalaiset olivat valmiita matkaamaan palveluun keskimäärin viisi kilometriä. Mäntsälän asukkaista 54 prosenttia asui terveyskeskuksesta viiden kilometrin etäisyydellä. Kyseisen etäisyyden saavutti yli 65-vuotiaista 59 prosenttia. Jos lukemiin lasketaan Hyökännummen asukkaiden hyvä terveystalvelujen saavutettavuus, saadaan koko Mäntsälän terveystalveluiden saavutettavuuslukemiksi noin 60 prosenttia koko väestön osalta ja lähemmäs 70 prosenttia eläkeikäisten osalta.

Säkylän ja Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymä

Säkylä-Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymä koostuu kahdesta terveysasemasta. Kahden kunnan alueella on omat terveysasemansa, joissa molemmissa on lääkärin vastaanotto. Säkylän pääterveysasemalla toimii terveyskeskussairaala, Köyliön sivuterveysasemalla ai-noastaan lääkärin vastaanotto sekä neuvolat.

Säkylän ja Köyliön terveyskeskuksissa käyneiden ja tutkimuskyselyyn vastanneiden mielestä kohtuullinen terveyskeskusmatka on 6,2 kilometriä ja 6,7 kilometriä. Molemmissa kunnissa väestöstä noin 85 prosenttia ja eläkeikäisistä noin 80 prosenttia asui kohtuullisena pitämänsä terveyskeskusmatkan sisäpuolella. Tutkituista kunnista Säkylän ja Köyliön kunnissa terveyskeskusten saavutettavuus oli palvelujen käyttäjien näkökulmasta lähimpänä kohtuullisena pidettyä terveyskeskusmatkaa.

Elimäen terveyskeskus

Elimäellä on kaksi terveyskeskusta, joissa on lääkärin vastaanotto. Elimäen kirkonkylällä sijaitsee pääterveysasema ja Korialla suppeammat palvelut tarjoava toimipiste. Esimerkiksi lääkärin vastaanottoa ei kaikin ajoin Korialta löydy. Kunnan terveydenhoidon ilta- ja viikonloppupäivystys hoituu viereisen Kuusankosken kunnan alue-sairaalassa.

Elimäellä pääterveyskeskuksen käyttäjät pitivät kohtuullisena vielä keskimäärin 6,3 kilometrin terveyskeskusmatkaa kun taas Korian sivuterveysaseman käyttäjät pitivät kohtuullisena etäisyytenä keskimäärin puolet lyhyempää, 3,6 kilometrin matkaa. Erot keskiarvoissa saattavat selittyä yhdyskuntarakenteellisilla syillä. Elimäen kirkonkylällä on harvempi asutus kuin Korian terveysaseman ympäristössä. Asukkaat ovat näin tottuneet palvelujen heikompaan saavutettavuuteen. Pidemmästä vaikutusalueesta huolimatta pääterveyskeskuksen saavutti vain 26 prosenttia kunnan väestöstä, kun lähes 51 prosenttia elimäkeläisistä saavutti Korian terveysaseman puolta lyhyemmän etäisyyden päästä.

Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä

Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluu kolme terveysasemaa, joista tarkasteltiin tutkimuksessa vain pääterveyskeskusta. Se tarjoaa lääkärin vastaanoton ja iltapäivystyspalvelun kahden kunnan, Joutsan ja Luhangan, asukkaille. Yöpäivystys hoituu Keski-Suomen keskussairaalassa Jyväskylässä. Pääterveyskeskus sijaitsee Joutsan kunnan keskustassa, muut terveysasemat sijaitsevat entisen Leivonmäen kirkonkylällä sekä Luhangan kunnassa.

Joutsan pääterveyskeskusta käyttäneiden mielestä sopiva etäisyys lääkäriin oli keskimäärin 5,6 kilometriä. Harvasta yhdyskuntarakenteesta huolimatta Joutsan kunnan väestöstä 53 prosenttia asui sopivana pidetyn etäisyyden päässä pääterveysasemasta. Yli 65-vuotiaista 60 prosenttia saavutti palvelun Joutsan kunnan alueella 5,6 kilometrin säteellä. Terveydenhuollon kuntayhtymän reuna-alueilta, erityisesti Luhangan ja Leivonmäen alueelta pääterveysaseman lääkäripalveluihin ja päivystykseen matkaa kertyy helposti useita kymmeniä kilometrejä.

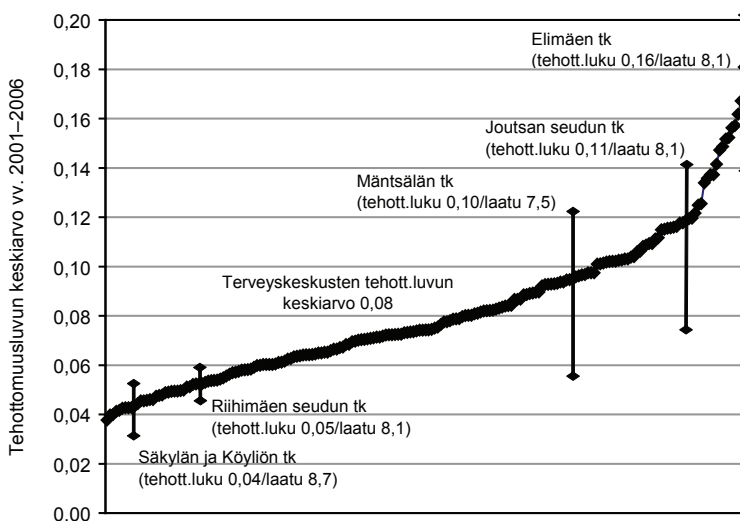
3.3.5 Terveyskeskusten tehokkuus ja palvelujen laatu

Julkisen terveydenhuollon kustannukset ovat Suomessa alhaiset, tarkasteltiinpa niitä menoina asukasta kohden tai terveystenonien suh-

teena bruttokansantuotteeseen. Kustannuskehitys on 1990-luvun alun jälkeen ollut poikkeuksellisen maltillista verrattuna muihin EU-maihin (Luoma ja Moisio 2005). Suomalainen terveydenhuolto on myös kustannustehokasta. Esimerkiksi Norjaan verrattuna suomalaiset sairaalat ovat osoittautuneet noin 30 prosenttia kustannustehokkaimmiksi (Linna ym. 2003). Suomen terveyskeskusten palvelutuotannon tehokkuudessa ja kustannuksissa on kuitenkin suuria alueellisia ja kuntien välisiä eroja (esim. Aaltonen ym. 2004).

Seuraavassa on verrattu terveyskeskusten tehokkuutta Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen laskemilla vuosien 2001–2006 keskimääräisillä tehottomuusluvuilla terveyskeskusten/-asemien muihin tunnuslukuihin (kuvio 3.15, taulukko 3.6). Keskimääräisen tehottomuusluvun käyttöön päädyttiin, koska terveyskeskusten tehottomuusluvuissa on vuosittaisia vaihteluja. Toisaalta tutkittavien terveyskeskusten valinnassa pyrittiin siihen, että kohteiden tehokkuus vaihtelisi vuosittain mahdollisimman vähän.

Kuvio 3.15 Tutkittujen terveyskeskusten keskimääräiset tehottomuusluvut vuosina 2001–2006, tehottomuusluvun vaihteluväli ja asiakkaiden laatuarvioiden keskiarvot vuonna 2008



Vuosina 2001–2006 terveyskeskusten keskimääräinen tehottomuus oli kahdeksan prosenttia, mikä tarkoittaa kääntäen sitä, että terveyskeskukset toimivat 92 prosentin tehokkuudella verrattuna maksimaaliseen tuottavuuden tasoon (ks. esim. Aaltonen 2008). Keskimääräiset tehottomuusluvut vaihtelivat kahdesta prosentista 18 prosenttiin. Tutkimuksessa mukana olleiden terveyskeskusten keskimääräiset tehottomuusluvut vaihtelivat neljästä prosentista 16 prosenttiin. Kahden tehokkaimman yksikön (Säkylän ja Köyliön sekä Riihimäen seudun tk:t) tehottomuusluvut vaihtelivat hyvin vähän. Kolmen muun tutkimuskohteen (Mäntsälän, Joutsan ja Elimäen tk:t) tehottomuusluvut vaihtelivat selvästi enemmän, mutta niidenkin vaihteluvälin ääripäät edustivat vain yhden vuoden arvoja, joten tehottomuusluvun keskijajonta oli melko pieni.

Tutkituista terveyskeskuksista tehokkain, Säkylän ja Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymä oli myös asiakkaiden laatuarvioinneissa (8,7) selvästi palveluiltaan laadukkain. Myös toiseksi tehokkaimman terveyskeskuksen, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän, asiakkaiden antamat laatuarviot olivat melko korkeita (8,1). Toisaalta myös tehottomimmat terveyskeskukset, Elimäen terveyskeskus (8,2) ja Joutsan seudun terveyskeskus (8,0), saivat hyvät laatuarviot asiakkailtaan. Tehokkuudeltaan maan keskikastiin kuuluva Mäntsälän terveyskeskus (7,5) sai asiakkailtaan selvästi alhaisimmat laatuarviot.

Tulos viittaa siihen, että tehokas terveyskeskus voi tarjota myös laadukkaita palveluja. Toisaalta myös tehottomimmat terveyskeskukset tuottavat laadukkaita palveluja, joten tällä aineistolla ei voida todistaa palvelujen laadun ja toiminnan tehokkuuden välistä riippuvuutta tai onko yhteyttä laadun ja tehokkuuden välillä ylipäätään olemassa. Laadun ja tehokkuuden välisen mahdollisen yhteyden selvittämiseksi tutkimusta tulisikin laajentaa ottamalla siihen mukaan riittävästi uusia terveyskeskuksia. Ensinnäkin voi olla, että terveyskeskusten tehokkuus ei heijastu millään tavalla asiakkaiden kokemaan terveyskeskuspalvelujen laatuun. Toisaalta tehokkuus saattaa yleensä laskea palvelujen laatua, mutta joukossa voi olla tästä säännöstä poikkeavia terveyskeskuksia.

Myös eräissä aiemmissa terveydenhoitoa koskevissa tutkimuksissa on saatu samantapaisia tuloksia. Uitus-Mäntylän (2003) mukaan taloudellisten voimavarojen suuntaaminen sosiaali- ja terveyspalveluihin ei näytä selvästi vaikuttavan siihen, miten kuntalaiset kotikuntansa sosiaali- ja terveyspalvelut arvioivat. Aaltosen (2008, 2) mukaan merkittävä osa terveyskeskusten tuottavuuden muutoksista johtuu muusta kuin palvelujen laadusta tai potilasrakenteesta. Esimerkiksi terveyskeskusten johtamistavat ja organisaatorakenteet vaikuttavat tuottavuuteen. Myös yhdysvaltalaisten sairaaloiden tehottomuuden on havaittu korreloivan positiivisesti huonojen laatumittareiden kanssa mikä merkitsee, että laadukas palvelu voi olla tehokasta (esim. Clement ym. 2008).

Terveyskeskukset on esitetty taulukossa 3.6 tehokkuuden mukaisessa järjestyksessä, niin että kunkin kunnan terveyskeskuskysikkö on saanut sen tehokkuusluvun, minkä koko kyseinen terveyskeskuskysyhtymä on saanut. Vertailu on tehty tässä terveyskeskusten/-asemien mukaan, koska palvelujen käyttäjät asioivat oman kuntansa terveyskeskuksessa ja arvioivat pääasiassa sen toimintaa eivätkä koko kuntayhtymän palvelua. Taulukossa on esitetty myös tärkeimmät laatuun liittyvät tunnusluvut, laatuarvion keskiarvo, yleisarvosanan keskiarvo, terveyskeskusmatka, kohtuullisena pidetty terveyskeskusmatka, terveyskeskusmatkan ja kohtuullisena pidetyn terveyskeskusmatkan erotus ja kohtuullisena pidetyn matkan sisäpuolella asuvien osuus kunnan väestöstä.

Tehokkaimmissa terveyskeskuksissa oli parhaan laadun lisäksi myös paras saavutettavuus niin, että valtaosa kuntien väestöstä asui kohtuullisena pitämänsä matkan sisäpuolella. Hyvä terveyskeskuspalvelujen saavutettavuus korostuu etenkin pinta-alaltaan pienissä kunnissa, joiden alueella on terveyskeskus.

Taulukko 3.6 Tutkittujen terveyskeskusten tehokkuus, laatu ja saavutettavuus kuntatasolla

	Tehottomuusluvun ka. vv. 2001–2006	Laatuarvion keskiarvo	Yl. arvosanan keskiarvo	Tk-matka, km	Koht. pidetty tk-matka, km	Tk-matka – koht. pidetty tk-matka	Koht. matkan sis. asuivat, % väestöstä
Säkylä	0,04	8,6	8,8	6,8	6,2	0,6	85
Köyliö	0,04	8,9	8,8	7,6	6,7	0,9	85
Riihimäki	0,05	8,1	8,1	3,1	2,7	0,4	78
Loppi	0,05	7,7	8,1	8,9	6,9	2,0	35
Hausjärvi	0,05	8,2	8,5	3,0	2,5	0,5	44
Mäntsälä	0,10	7,5	7,3	6,4	5,1	1,3	54
Joutsa	0,11	8,0	8,1	10,7	5,6	5,1	53
Elimäki	0,16	8,1	8,2	7,1	6,3	0,8	26
Koria	0,16	8,3	8,3	4,0	3,6	0,4	51
Keskisarvo	0,09	8,1	8,2	6,3	4,9	1,4	64

3.4 Yhteenveto ja johtopäätöksiä

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, miten ja mistä syistä terveyskeskusten asiakkaiden kokemana palvelujen laatu vaihtelee sekä eroavatko tuottavuudeltaan erilaisten terveyskeskusten palvelut laadullisesti toisistaan.

Jos palveluihin käytetyt taloudelliset resurssit heijastuvat palvelujen laatuun, voidaan olettaa, että yhteys on osoitettavissa vertailemalla terveyskeskuksiin käytettyjä resursseja ja palvelujen käyttäjien laatu-arvioita eri terveyskeskuksissa. Tähän tutkimukseen valitut terveyskeskukset ovat vain esimerkkejä erityyppisistä terveyskeskuksista eivätkä ne varmuudella edusta laadultaan keskimääräistä suomalaista terveyskeskusta. Tutkittujen terveyskeskusten palvelujen laatu näyttääkin olleen jonkin verran parempi kuin koko maan terveyskeskusten keskimääräinen laatu vuonna 2007. Mistä tämä ero johtuu ja mitä se mahdollisesti kertoo?

Eroja voidaan tulkita usealla tavalla. Saattaa olla, että palvelujen laatu ja toiminnan tehokkuus eivät olekaan toisistaan riippuvia. Saattaa olla myös mahdollista, että terveyskeskusten palvelujen laadussa on tapahtunut vuoden aikana hienoista parannusta ja nämä seikat yhdessä vaikuttavat siihen, että tässä tutkimuksessa mukana olleiden terveyskeskusten keskimääräinen laatu on hieman parempi kuin koko maan terveyskeskusten palvelujen laatu. Todennäköistä on kuitenkin, että mukana olisi pitänyt olla myös suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksia, jolloin tutkittavien joukko olisi ollut paremmin koko maata edustava.

Terveyskeskukset erosivat etenkin yhteyden ja vastaanottoajan saamisen sekä odotusaikojen suhteen huomattavasti toisistaan. Tehokkaimmissa terveyskeskuksissa noin puolet asiakkaista sai ajan vastaanotolle saman päivän aikana, kun tehottomimmissa sama määrä oli saanut ajan yli viikon päähän. Näin suuret erot heijastunevat myös muihin palvelujen saatavuutta kuvaaviin laatumittareihin. Aaltosen (2008) mukaan tehokkaissa terveyskeskuksissa potilaiden yhteyden-

saanti onnistuu keskimäärin paremmin kuin tehottomissa terveyskeskuksissa.

Myös terveystalusten saavutettavuus ja yhteyden saaminen puhelimitse vaikuttavat muita mittareita voimakkaammin esimerkiksi terveyskeskustalustuista annettuun yleisarvosanaan. Pinta-alaltaan suurissa kunnissa terveyskeskusten saavutettavuus vaihteli paljon samalla kun myös tyytyväisyys terveyskeskuksen sijaintiin korreloi voimakkaasti saavutettavuuden kanssa. Etenkin pinta-alaltaan suurissa kunnissa, joissa on vain yksi terveyskeskus, pitkät asiointimatkat lisäsivät myös muuttoalttiutta.

Terveystalusten palvelujen käyttäjien taustaa kuvaavat muuttajat eivät selittäneet heidän antamiaan palveluarvosanoja, joten laatuarvojen vaihtelu johtunee asiakkaiden kokemista todellisista laatueroista. Tätä tukevat myös terveyskeskusten yleisarvosanaa selittävien regressiomallien tulokset. Odotusajat, henkilökunnan ammattitaito ja terveyskeskuksen sijaintia kuvaavat muuttajat selittivät parhaiten useimpien terveyskeskusten yleisarvosanan vaihtelua.

Lääkäreiden ammattitaidosta on sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Ulkomaalaisten lääkärien puutteellinen kielitaito aiheuttaa ongelmia. Lääkärin koetaan kuuntelevan potilasta vastaanotolla, mutta silti potilaan kannattaa olla valveutunut. Lääkärin koetaan pääsääntöisesti käyttäytyvän kohteliaasti. Asiakaspalvelutalustoissa olisi silti parannettavaa. Lääkäriltä saatavien tietojen ja ohjeiden selkeys ja riittävyys edellyttää aktiivisuutta myös potilaalta. Jatkotutkimuksiin ohjaavien läheteiden saamisen koetaan riippuvan lääkäristä. Lääkäreiden vaihtuvuus koetaan ongelmaksi. Potilaat suhtautuvat myönteisesti siihen, että terveyskeskuksissa on siirretty monia tehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille. Terveystalustalustuihin liittyvien läheteiden, potilaskertomusten ym. selkeyttä kritisoidaan, kuten myös tiedonkulkua eri yksiköiden välillä.

Teoreettisia lähtökohtia muotoillessa oletettiin, että kotitalouksien tarpeet ja niiden tyydyttämisessä esiintyvät ongelmat heijastuvat kotitalouksien käyttäytymiseen, joka äärimmillään johtaa asuinpaikan

vaihtoon. Väestörakenne heijastuu suoraan terveyskeskuskäyntien syihin. Väestöltään eläkeläisvoittoisissa kunnissa käyntien syyt painottuivat omaan sairauteen, kun taas väestöltään nuoremmissa kunnissa syiden kirjo oli laiveampi. Asiakasrakenne onkin otettava huomioon sekä laadun että tehokkuuden parantamiseen liittyviä muutoksia suunniteltaessa.

Terveyskeskuspalvelujen huono saatavuus lisäsi lähinnä pienituloisten eläkeläisten muuttoaikeita. Suurituloiset ovat muita vähemmän riippuvaisia palvelujen asumiseen liittyvistä ohjausvaikutuksista. Ilmiö on havaittu myös aiemmissa muuttoliiketutkimuksissa. Kotitalouksien käyttämien palvelujen määrällä, sijainnilla ja palveluissa esiintyneiden ongelmien määrällä on selvä yhteys muuttoaikeiden vaihteluun, joskin eri kotitalouksien erilaiset arvot ja tarpeiden jous-to lopuksi määräävät sen, miten merkitsevä osa palvelutarjonnalla on muuttoaikeiden synnyssä. (esim. Kytö ym. 2003, 104).

Tehokkuus, laatu ja saavutettavuus näyttäisivät riippuvan toisistaan niin, että tehokkaimpien terveyskeskusten laatua voidaan ainakin osittain selittää niiden hyvällä saavutettavuudella. Laadusta annettua yleisarvosanaa kuvasivat lisäksi henkilökunnan ammattitaito, vastaanottoajan saaminen ja odotusajat. Asiakkaat kokivat terveyskeskusten väliset erot palvelujen laadussa melko suuriksi. Myös yksittäisissä laatuindikaattoreissa oli suuria terveyskeskus- ja kuntakohtaisia eroja. Toisaalta samaan kuntayhtymään kuuluvat terveyskeskukset erosivat palvelujen laadultaan melko vähän toisistaan.

Terveyskeskuspalvelujen tehokkuuden, laadun ja saatavuuden välisten yhteyksien tunteminen korostuu lähivuosina etenkin kunta- ja palvelurakennemuutuksesta johtuen. Jotta terveyskeskuspalvelujen tehokkuuden ja laadun välisiä yhteyksiä voitaisiin arvioida, täytyy ensin olla tietoa siitä, heijastuuko palveluihin käytettyjen resurssien vaihtelu palvelujen laadun vaihteluun. Tällaisen tiedon saaminen onnistuu ainoastaan monipuolisella ja perusteellisella tutkimuksella.

Asiakkaiden kokemuksiin ja mielipiteisiin perustuvat laatuarviot voivat muuttua hitaammin ja eri intensiteetillä kuin aktiivisen toiminnan

pohjalta tuottavuutta ja muita taloudellisia tunnuslukuja kuvaavat, eksaktisti mitattavat muutokset. Lisäksi resurssien lisäämisestä johduvat palvelujen laatumuutokset näkyvät asiakkaille eri tavoin erikokoisissa terveyskeskuksissa. Tästäkin syystä tätä tutkimusta tulisi täydentää niin, että mukaan otettaisiin vielä noin 15–20 terveyskeskusta, joiden joukossa olisi myös suurten ja keskisuurten kaupunkien terveyskeskuksia. Näin voitaisiin terveyskeskuspalvelujen laadun ja tehokkuuden välinen yhteys tai sen puuttuminen todeta tilastollisesti luotettavasti.

Lähteet

- Aaltonen Juhon (2008a): Terveyskeskusten meno- ja tehokkuuserot: hoidon vaatavuuden ja tuotantorakenteiden vaikutukset. VATT-keskustelualoitteita 452. Helsinki.
- Aaltonen Juhon (2008b): Terveyskeskusten tehokkuuseroja selittävät tekijät. VATT -keskustelualoitteita 441. Helsinki.
- Aaltonen, Juhon – Järviö, Maija-Liisa – Luoma, Kalevi – Rätyn, Tarmo (2004): Terveyskeskusten tuottavuuden ja tehokkuuserojen kehitys vuosina 1988–2002. VATT-keskustelualoitteita 354. Helsinki.
- Allardt, Erik (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki.
- Clement, J.P. – Valdmanis, V.G. – Bazzoli, G.J. – Zhao, M. – Chukmaitov, A. (2008): Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health Care Management Science* 11: 67–77.
- Deily, M.E. – McKay, N.E. (2006): Cost inefficiency and mortality rates in Florida hospitals. *Health Economics* 15: 419–431.
- Giddens, A. (1984): *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Polity Press. Cambridge.
- Grönroos, Christian (1998): *Nyt kilpaillaan palveluilla*. WSOY, Porvoo.
- Helsingin terveyskeskus (2007): *Toiminnan laatu Helsingin terveyskeskuksessa vuonna 2006*. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2007:4.
- Hiidenhovi, Hannele (2001): *Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla*. Acta Universitatis Tamperensis 833. Tampere.

- Huuskonen, Juha – Ijäs, Niko – Lehtoranta, Olavi (1997): Julkisten palvelujen laadunarviointi. Arviointikehikko ja näkökulmia. Tilastokeskus & Suomen Kuntaliitto. Kansallinen tuottavuusohjelma Tuottavuudella tulevaisuuteen. Saarijärvi.
- Kalenoja, Hannele – Vihanti, Kaisuliina – Voltti, Ville – Korhonen, Annu – Karasmaa, Nina (2008): Liikennetarpeen arviointi maankäytön suunnittelussa. Suomen ympäristö 27/2008. Ympäristöministeriö.
- Kekki, Pertti (1994): Väestön arviot ja kokemukset terveyskeskuspalveluista. Tutkimus neljästä erityyppisestä terveyskeskuksesta. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Julkaisusarja: no 13. Yliopistopaino. Helsinki.
- Kekki, Pertti (2001): Terveyspalvelujen laatu ja vaikuttavuus kahdessatoista terveyskeskuksessa väestön kokemana ja arvioimana. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Julkaisusarja: No 15. Yliopistopaino. Helsinki.
- Kinnunen, Juha – Makkonen, Ritva – Grönfors, Ritva – Mäki-Ojala, Tiina – Poikajärvi, Kristiina (1988): Kuopion terveyskeskuksen lääkärin vastaanottokyky. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 2/1988. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kivinen, Tuula – Sinkkonen, Sirkka – Laitinen, Anna – Kinnunen, Juha (1988) : Lääkärinvastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 51. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Kytö, Hannu – Aatola, Leena – Lehtinen, Anna-Riitta (2003) Kotitalouksien palvelutarpeet ja palvelujen käyttö. Tutkimus kolmella aluerakenteeltaan erilaisella seudulla. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 4/2003.
- Linna, Miika – Häkkinen, Unto – Magnussen, Jon (2003): Suomen ja Norjan sairaaloiden tuottavuusvertailu. Teoksessa: Kiiskinen Urpo (toim.) Terveystaloustiede 2003. Stakes. Aiheita 3/2003.
- Luoma, Kalevi – Moisio Antti (2005) Kuntakoko, kuntien menot ja palvelujen tuotannon tehokkuuserot. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-muistioita 69.
- Naukkari, Heli (1999): Potilaiden arviot turvallisuuden tilanteestaan ensiapupoliklinikalla. Pro gradu tutkielma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Nurmi, Johanna – Virtanen, Petri (1999): Asiakaspalautteen kerääminen valtion virastoissa ja laitoksissa. Valtiovarainministeriö. Tutkimukset ja selvitykset 9/99. Helsinki.

- Onnela, Eila (1998): Hoidon laatu sairaalaan tulotilanteessa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu No 7/1998. Oulu.
- Ranta, Esa – Rita, Hannu – Kouki, Jari (1989): Biometria. Tilastotiedettä ekologeille. Helsinki.
- Salmela, Tuula (1996): Tyytyväisyys-käsitteen ongelmallisuus julkisen sektorin asiakaskyselyissä. Hallinnon tutkimus 1/1996.
- Sayer, A. (1983): Review of Giddens's. A Contemporary Critique of Historical Materialism, Volume 1, Environment and Planning D: Society and Space, Vol 1.
- Sipilä, J. (1992): Asiantuntijapalvelujen markkinointi. Jyväskylä.
- Soikkeli, Juha (2002): Perusterveydenhuollon yöpäivystysjärjestelyjen muutos Joensuussa: suoritekohtaisten kustannusten, vaikuttavuuden, kustannusvaikuttavuuden, asiakasprofiilin ja hoidon järjestymisen vertailu.
- Suomen Kuntaliitto ja valtiovarainministeriö (1998a): Julkisten palvelujen laatustrategia. Osa 1. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti. Helsinki.
- Sutela, Marja (2000): Kuntalaisen roolin muutos asukkaasta asiakkaaksi – tarkastelukohteena sosiaalihuollon asiakaslähtöisyys. Oikeus 4/2001 s. 418–436.
- Taloustutkimus Oy (2007): Julkisten palvelujen laatubarometri 2007. Valtiovarainministeriö.
- Tuorila, Helena (2000): Potilaskuluttaja terveystarkkainnoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toetutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Acta Universitatis Tamperensis 764. Tampere.
- Tuorila, Helena (2006): Onnistunut lääkärisäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Kuluttajatutkimuskeskus.
- Uitus-Mäntylä, Katja (2003): Raha ratkaisee – vai ratkaiseeko? Palveluiden taloudellisen resursoinnin vaikutus kuntalaisten mielipiteisiin kunnan sosiaali- ja terveyspalveluista. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma.
- Valtiovarainministeriö (2007): Julkisten palvelujen laatubarometri 2007. Taloustutkimus Oy.

LUKU 4

KYSELYTUTKIMUS OTOSTERVEYSKESKUKSILLE: VASTAUSTEN YHTEYS MITATTUUN TEHOTTOMUUTEEN

Juho Aaltonen
juho.aaltonen@vatt.fi

Maija-Liisa Järviö
maija-liisa.jarvio@vatt.fi

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Terveyskeskuskysely lähetettiin 105 terveyskeskuksen johtavassa asemassa olevalle lääkärille. Vastaus saatiin 49 terveyskeskukselta, eli vastausprosentiksi jäi 46,7. Kyselyyn valittiin terveyskeskuksia, jotka olivat saaneet joko korkean tai alhaisen tehottomuusluvun aiemmin tehdyissä terveyskeskusten kustannus- ja tehokkuuseroja käsittelevissä tutkimuksissa (Aaltonen 2006, 2008a, 2008b). Kyselyllä haluttiin saada sellaista tietoa terveyskeskusten toiminnasta, joka ei ilmene säännöllisesti kerättävistä tilastotiedoista, mutta jota usein käytetään selitettäessä tai arvioitaessa terveyskeskusten tehokkuuseroja.

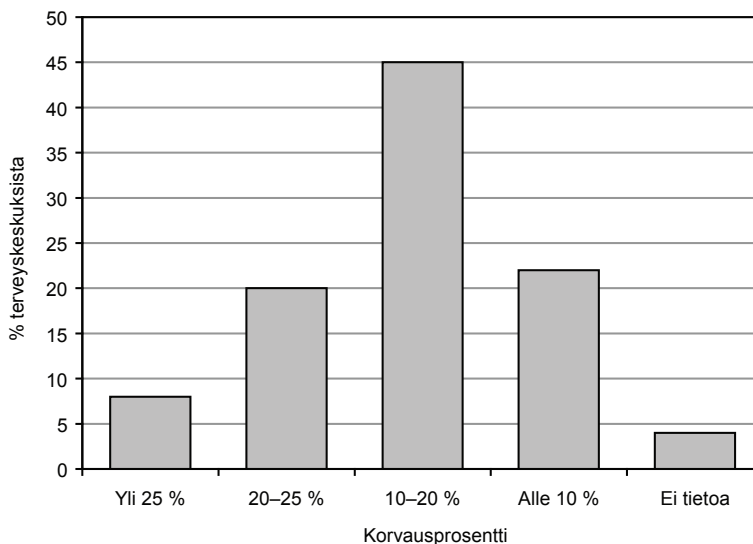
Vastaukset on ryhmitelty niin, että ne antaisivat vastauksen yleisimmille julkisuudessa esitetyille väittämille tehokkuuserojen ja palvelutuotannon tuottavuuden laskun syiksi. Ensin tarkastellaan lääkärien vastaanottotyötä. Seuraavaksi kuvataan terveyskeskuksen hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä ja lopuksi terveyskeskuksen hallintoa ja organisointia koskevia vastauksia. Lisäksi tutkitaan, miten vastausten jakautuminen on yhteydessä ko. terveyskeskusjoukon saamiin tehottomuusarvioihin.

4.1 Lääkärinvastaanottokäynnit

Terveyskeskusten lääkärikäyntien vähenemisen on usein arveltu johtuvan esimerkiksi puhelinkonsultaatioiden käyttöönotosta (Kokko 2005). Puhelinkonsultaatioiden lisääntyminen saattaa näkyä perusterveydenhuollon palvelutuotannon tuottavuuden laskuna. Muita yhteydenottoja lääkäreihin kuin vastaanottokäynntejä ei ole kuitenkaan tilastoitu ja kyselymme pyrki selvittämään tilannetta.

Kyselyn perusteella noin neljäsosassa terveyskeskuksia puhelimen ja sähköpostin avulla tehtävät konsultaatiot olivat korvanneet vähemmän kuin 10 prosenttia lääkärinvastaanottokäynneistä ja toisaalta noin kahdeksassa prosentissa oli korvattu vähinään 25 prosenttia käynneistä. Lähes puolessa terveyskeskuksista korvausprosentti oli 10–20 prosenttia ja viidenneksessä 20–25 prosenttia eli lähes kahdessa kolmanneksessa terveyskeskuksia 10–25 prosenttia lääkärin vastaanottokäynneistä oli korvattu puhelinkonsultaatioilla.

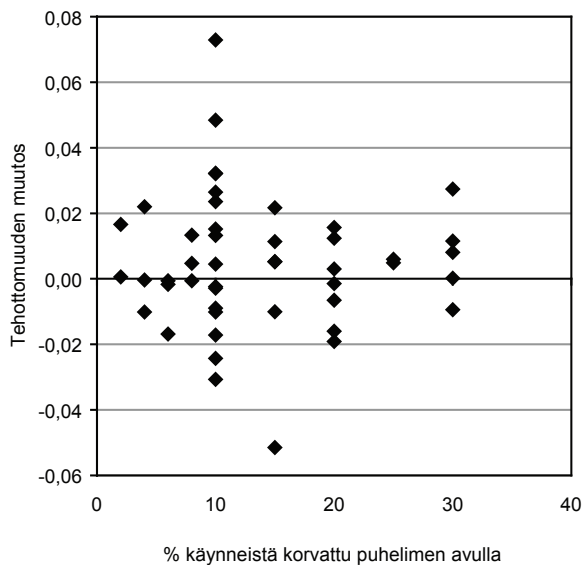
Kuvio 4.1 Lääkärin vastaanottokäyntien korvaaminen puhelimella tai sähköpostilla vuosina 2002–2007, prosenttia



Kyselyn avulla pyrittiin selvittämään, onko terveyskeskuksissa, joissa puhelinkonsultaatioiden määrä (vuosina 2002–2007) kasvoi keskimääräistä enemmän myös tuottavuuden lasku keskimääräistä suurempaa (vuosina 2002–2006). Tehottomuus ei systemaattisesti lisääntynyt niissä terveyskeskuksissa, joissa lääkärikäyntejä oli korvattu keskimääräistä enemmän puhelinkonsultaatioilla. Tässä tapauksessa ei voida sanoa, miten puhelinkonsultaatioiden määrän lisääntyminen on vaikuttanut teknologiseen rintaman siirtymään.

Tehottomuuden muutos kuvaakin terveyskeskuksen tuottavuuden tason muutosta suhteessa tehokkuusrintamaan. Keskimääräinen tuottavuuden taso on vakioitu eri vuosien välillä. Puhelinkonsultaatioiden lisääntyminen saattaa näkyä perusterveydenhuollon tuottavuuden laskuna siksi, että puhelinkonsultaatioita ei ole tilastoitu eikä niitä siten voi ottaa suoritteina huomioon tuottavuuslaskelmissa.

Kuvio 4.2 Lääkärikäyntejä korvattu puhelinkonsultaatioilla (prosenttia) ja tehottomuuden muutos 2002–2006

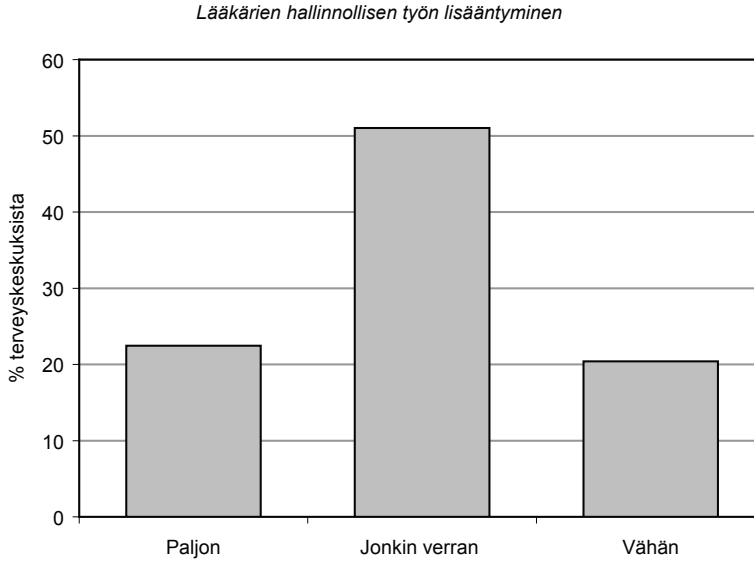


Toinen syy, millä lääkärikäyntien vähenemistä on selitetty, on lääkärin tehtävien siirtäminen sairaanhoitajille. Kyselytutkimus tukeekin tätä käsitystä, sillä 90 prosentissa kyselyyn osallistuneista terveyskeskuksista näin oli tehty. Eniten sairaanhoitajille oli siirretty kansansairauksiin liittyvää ehkäisytoimintaa (75 % terveyskeskuksia). Aikaisemmin lääkärin allekirjoittamien todistusten kirjoittamista oli siirretty sairaanhoitajille lähes 60 prosentissa terveyskeskuksia ja pienten tapaturmien hoitamista noin puolessa terveyskeskuksia. Muita sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä olivat mm. infektiosairauksien hoito, rokotukset, hoidon tarpeen arviointi ja lääkehoidon seuranta. Kaikissa kyselyyn osallistuneissa terveyskeskuksissa toimi sairaanhoitajien avokäynnin vastaanotto.

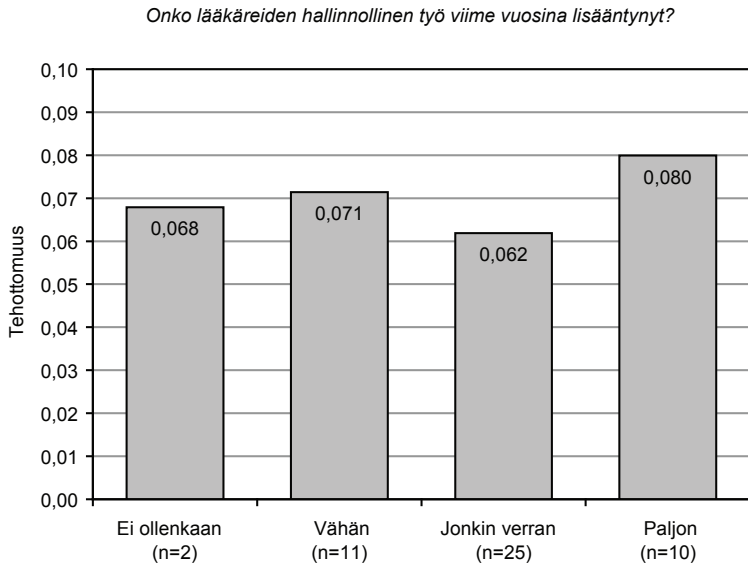
Lääkärin vastaanottokäyntien vähentymistä on selitetty myös lääkärin toimenkuvan muuttumisella eli, että lääkärin potilastyöhön käyttämä aika olisi vähentynyt hallinnollisten töiden lisääntyttyä, esimerkiksi Kangas ja Vänskä (2008). Kyselyn vastausten mukaan lääkärin hallinnolliset työt olivat lähes neljäsosassa terveyskeskuksissa lisääntyneet paljon, yli puolessa jonkin verran ja viidenneksessä vain vähän. Eniten olivat lisääntyneet kokoukset, 61 prosentissa terveyskeskuksia. Yli puolessa terveyskeskuksista myös lausunnot, kehitystyö, kyselyt ja hankepalaverit ovat vieneet lisääntyvästi lääkärin työaika. Lääkärin henkilöstöhallintoon liittyvät tehtävät olivat lisääntyneet vain kuudesosassa terveyskeskuksia.

Terveyskeskusten palvelutuotannon tuottavuuden alenemisen yhdeksi syyksi on myös esitetty lääkäreiden hallinnollisten töiden lisääntymistä. Vertailtaessa kyselytutkimusten vastausten ja arvioidun kustannustehottomuuden yhteyttä nähtiin, että niissä terveyskeskuksissa, joissa hallinnollinen työ on viime vuosina lisääntynyt paljon, myös keskimääräinen tehottomuus oli korkein. Tosin erot luokkien välillä olivat verrattain pieniä.

Kuvio 4.3 *Lääkärien hallinnollisen työn lisääntyminen, prosenttia terveyskeskuksista*



Kuvio 4.4 *Hallinnollisen työn lisääntyminen ja tehottomuus*



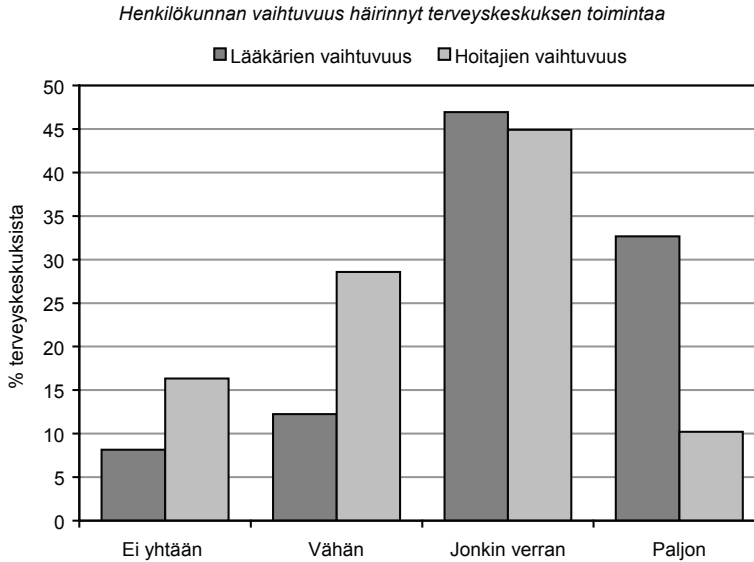
Näiden tulosten perusteella lääkärikäyntien vähenemisen syynä on ainakin tehtävien siirto hoitajille ja lääkärien hallinnollisen työn lisääntyminen. Lähes kaikissa kyselytutkimuksen terveyskeskuksissa aikaisemmin lääkäreille kuuluvia töitä oli siirretty hoitajille ja ainoastaan viidesosassa terveyskeskuksia lääkärien hallinnollisen työn ei katsottu lisääntyneen. Saattaa olla, että terveyskeskuksen toiminnan laskennalliseen tehokkuuteen on vaikuttanut hallinnollisen työn lisääntyminen, koska analyysiin ei kuulunut hallinnollisen työn suoritteita, joita olisikin varsin vaikea määritellä ja mitata.

4.2 Henkilökunta; toiminnan organisointi ja yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa

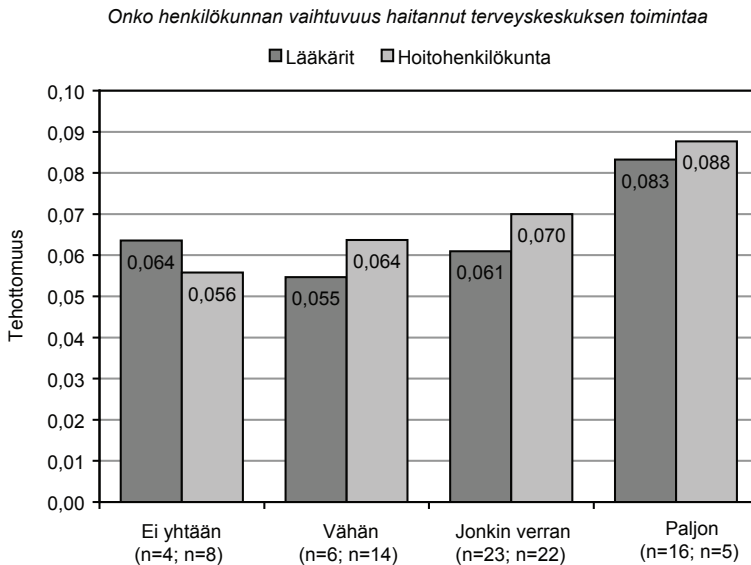
Terveyskeskusten toimintaa on monin paikoin häirinyt henkilökunnan, lähinnä lääkäreiden ja hoitajien vaihtuvuus. Lääkärien vaihtuvuus vaikuttaa lääkärin vastaanottokäyntien saatavuuteen. Omalääkärijärjestelmässä olevien terveyskeskusten lääkärien vaihtuvuus merkitsee potilaille tutun hoitosuhteen katkeamista. Hoitajien vaihtuvuus vaikuttaa terveyskeskuksen vastaanottotoimintaan yhä enemmän myös siksi, että lääkärien tehtäviä on siirretty hoitajille.

Lähes puolessa terveyskeskuksista sekä lääkärien että hoitajien vaihtuvuus on häirinyt terveyskeskuksen jokapäiväistä toimintaa. Terveyskeskuksia, joissa lääkärien vaihtuvuus ei ollut häirinyt lainkaan tai vain vähän (20 %), oli selvästi vähemmän kuin terveyskeskuksia, jotka olivat kokeneet hoitajien vaihtumisen toimintaa korkeintaan vain vähän haittaavana (45 %). Lääkärien vaihtuvuus häiritsi kolmannesta terveyskeskuksista paljon, hoitajien osalta vain kymmentä prosenttia.

Kuvio 4.5 Henkilökunnan vaihtuvuuden vaikutus
terveyskeskusten toiminnan häiriintymiseen

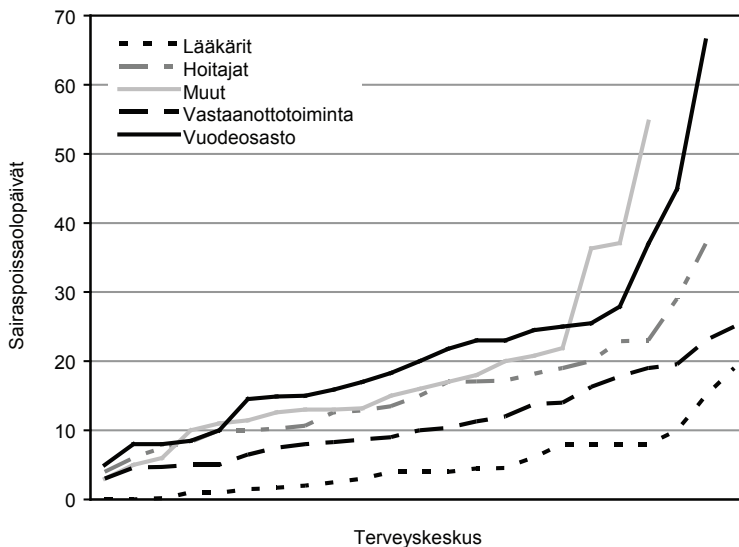


Kuvio 4.6 Lääkärien ja hoitajien vaihtuvuus ja tehottomuus



Niissä terveyskeskuksissa, joissa lääkärien vaihtuvuus oli haitannut terveyskeskusten toimintaa, keskimääräinen tehottomuus oli yli kaksi prosenttia korkeampaa kuin muissa ryhmissä yhteensä. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($hmt=0,002$). Suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtyminen tulee entisestään vaikeuttamaan syrjäisten ja pienten terveyskeskusten toimintaa ammattitaitoisen henkilökunnan saataavuuden edelleen heikentyessä. Terveyskeskukset, joissa hoitajien vaihtuvuus oli haitannut terveyskeskusten toimintaa, olivat myös keskimäärin tehottomampia. Tuottavuuden kannalta henkilökunnan vaihtuvuus on terveyskeskuksille suuri ongelma.

Kuvio 4.7 Sairaspoissaolopäivät henkilöä kohden terveyskeskuksittain vuonna 2007

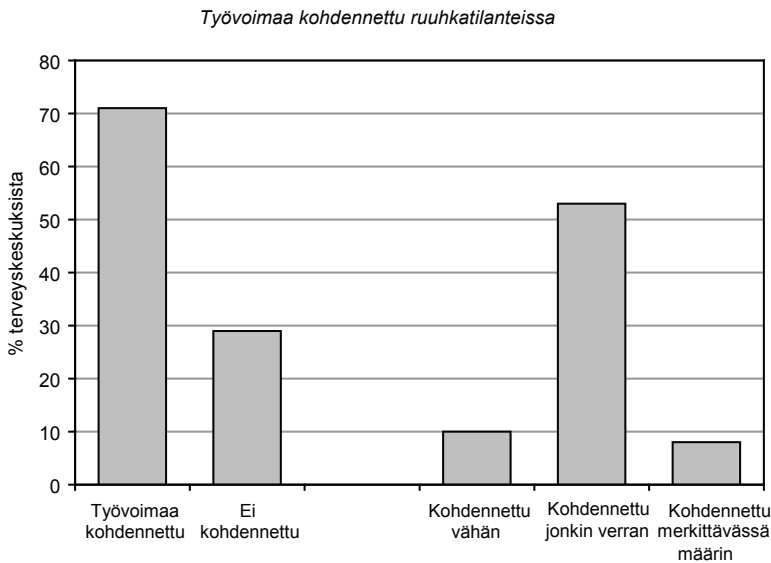


Henkilökunnan sairaspöissaolopäivät henkilöä kohden vaihtelivat suuresti paitsi terveyskeskuksittain, niin myös ammattiryhmittäin. Sairaspöissaoloja koskevaan kysymykseen vastasi vain puolet kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista. Suurimmat arvot voivat johtua yksittäisen henkilön poikkeuksellisen pitkästä sairauslomasta ja siksi ne on syytä sivuuttaa. Kautta linjan vuodeosaston henkilökunnalla

on selvästi enemmän sairaspöissaoloja kuin vastaanottotoiminnassa työskentelevillä. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkärit olivat kaikkein terveimpiä ja hoitajat ja muu henkilökunta sairastivat suunnilleen yhtä paljon ja heillä oli pöissaolopäiviä merkittävästi enemmän kuin lääkäreillä.

Terveyskeskusten toimintaa on väitetty voitavan tehostaa toisaalta työvoiman kohdentamisella potilasruuhkan mukaan ja toisaalta potilaiden kiireellisyysjärjestykseen ohjaamisella ja saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisoinnilla erityisesti päivistystoiminnassa. Suurimmassa osassa kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista molemmat keinot olivat olleet käytössä jo useamman vuoden.

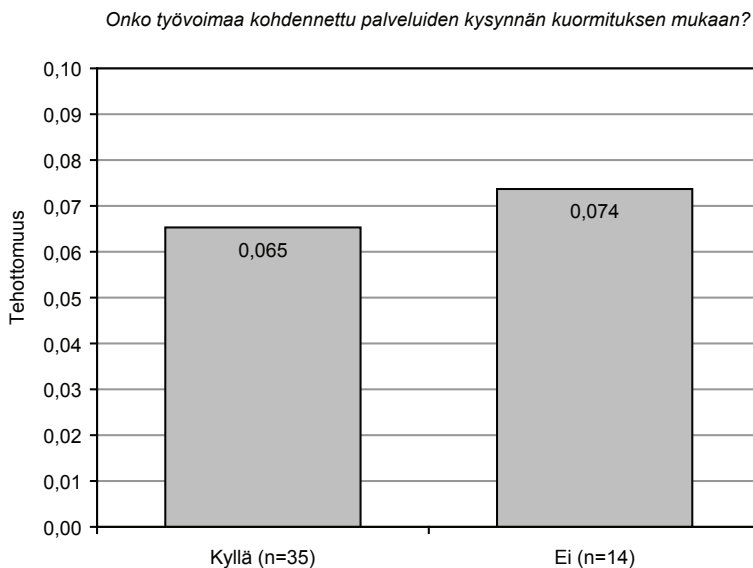
Kuvio 4.8 Työvoiman kohdentaminen potilasruuhkan mukaan, prosenttia terveyskeskuksista



Terveyskeskuksissa, joissa työvoimaa kohdennettiin kysynnän kuorituksen mukaan, tehottomuus oli keskimäärin 6,5 prosenttia ja useimmiten alle kaikkien terveyskeskusten keskiarvon. Sen sijaan terveyskeskuksissa, joissa työvoimaa ei kohdennettu kysynnän kuor-

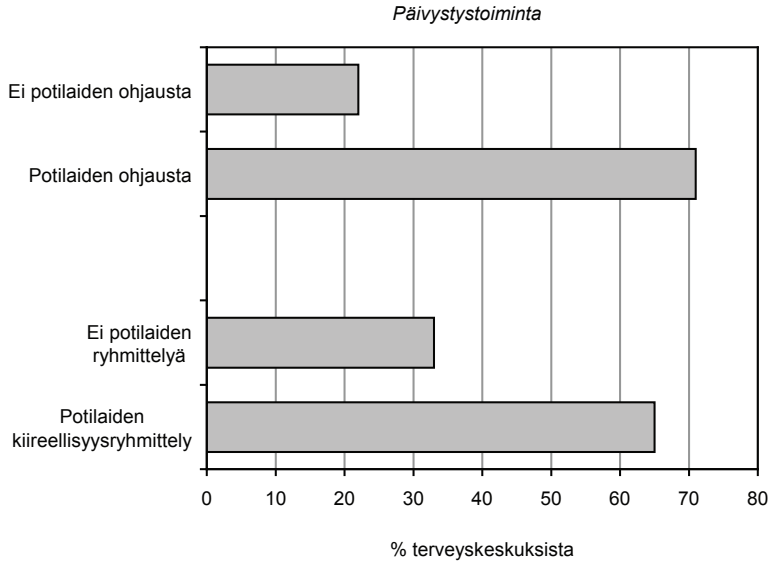
mituksen mukaan, tehottomuus oli keskimäärin 7,4 prosenttia. Vaikka tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä, se on kuitenkin hyvin mielenkiintoinen. Esimerkiksi Mattilan ym. (2008) tutkimuksesta selvisi, että työvoiman kohdentaminen palveluiden kysynnän kuormituksen mukaan helpottaa ruuhkatilanteiden hallintaa. Terveyskeskusten työvoiman kohdentaminen ei kuitenkaan ollut yhteydessä tehottomuuteen.

Kuvio 4.9 Työvoiman kohdentaminen kysynnän kuormituksen mukaan ja tehottomuus



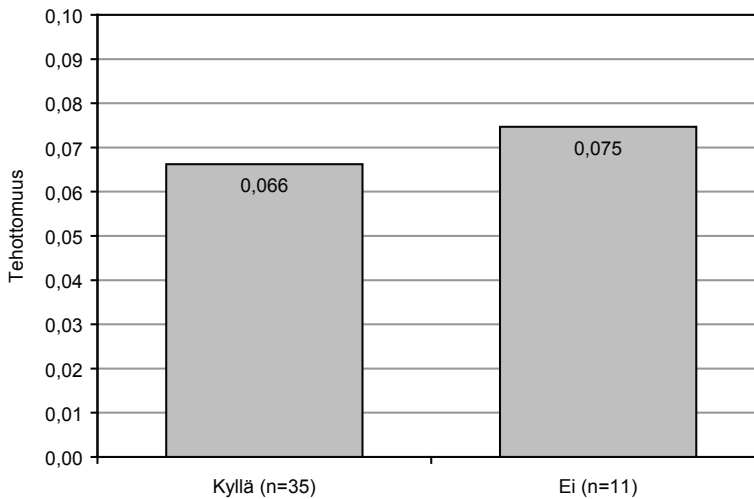
Alhon (2004), Lillrankin ym. (2004) ja Peltokorven ym. (2004) tutkimuksissa löydettiin mahdollisuuksia parantaa tuottavuutta työn- ja potilaanohjauksella. Keskeinen tekijä näyttäisi olevan löytää palvelua eniten tarvitsevat ja ohjata heidät tehokkaasti hoitoon. Potilaiden kiireellisyysryhmittelyllä ei kuitenkaan ollut yhteyttä tehokkuuseroihin.

Kuvio 4.10 Potilaiden uudelleenryhmittely ja ohjaus päivystyksessä, prosenttia terveyskeskuksista



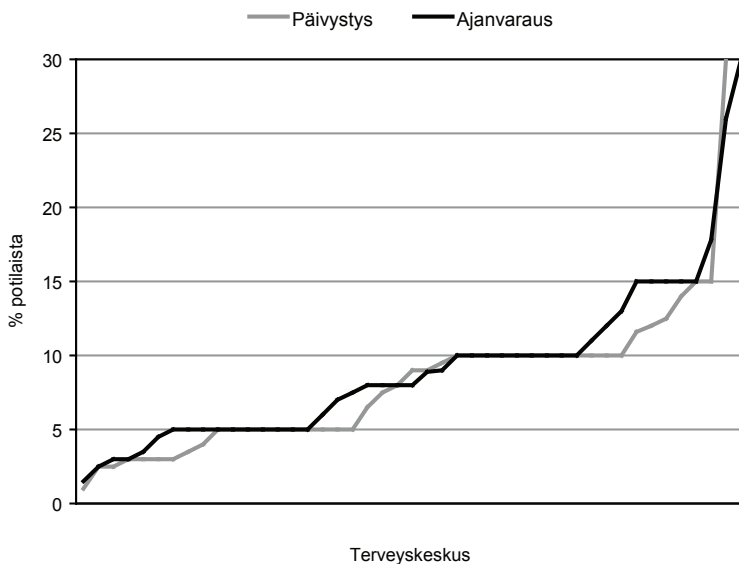
Kuvio 4.11 Potilaiden ohjauksen tai potilaiden saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointi ja tehottomuus

Onko päivystyksen ruuhkatilanteissa potilaiden ohjausta tai potilaiden saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointia?



Mattilan ym. (2008) tutkimuksen mukaan päivystysklinikan potilaiden saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointi nopeuttaa hoitoon pääsyä ruuhkatilanteessa. Niissä terveyskeskuksissa, joissa oli järjestetty potilaiden ohjausta tai potilaiden saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointia, keskimääräinen tehostomuus oli alhaisempi (6,6 %) kuin terveyskeskuksissa, joissa potilaiden ohjausta tai potilaiden saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointia ei ollut toteutettu (7,5 %). Vaikka otoskoon pienuus häiritsee johtopäätösten tekemistä, tulosta voidaan pitää suuntaa antavana.

Kuvio 4.12 Lähetteen erikoissairaanhoidon saaneiden potilaiden osuus ajanvarauksen ja päivystyksen potilaista terveyskeskuksittain vuonna 2008, prosenttia

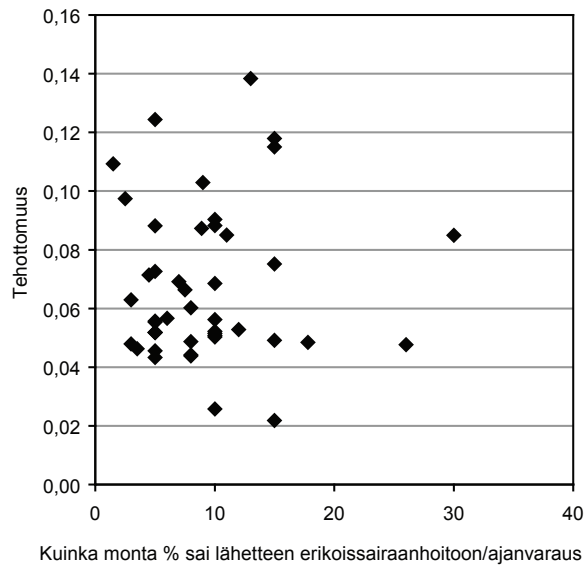


Suurin osa (86 %) kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista oli korvannut avoimia lääkärivirkoja ostamalla palveluja yksityisiltä lääkäreiltä, ns. keikkalääkäreiltä. On epäilty, että keikkaläkärit tulevat kunnalle kalliiksi paitsi palkkakustannuksiltaan myös siksi, että he mahdollisesti kirjoittavat läheteitä erikoissairaanhoidon ”virkalää-

käreitä” enemmän. Kyselyn perusteella oletus ei saa selvää vahvistusta, sillä puolet terveyskeskuksista katsoi, että keikkalääkärien mukaan tulo lisäsi lähetteitä erikoissairaanhoidon ja puolet, ettei muutosta ollut nähtävissä.

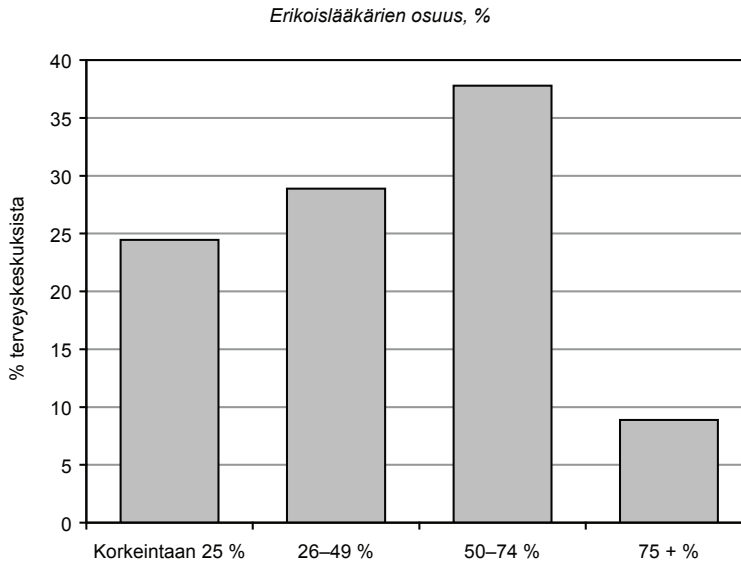
Lähetteen saaneiden potilaiden osuuden ja tehottomuuden välillä ei havaittu yhteyttä (kuvio 4.13).

Kuvio 4.13 Lähetteen erikoissairaanhoidon saaneiden potilaiden osuus ja tehottomuus

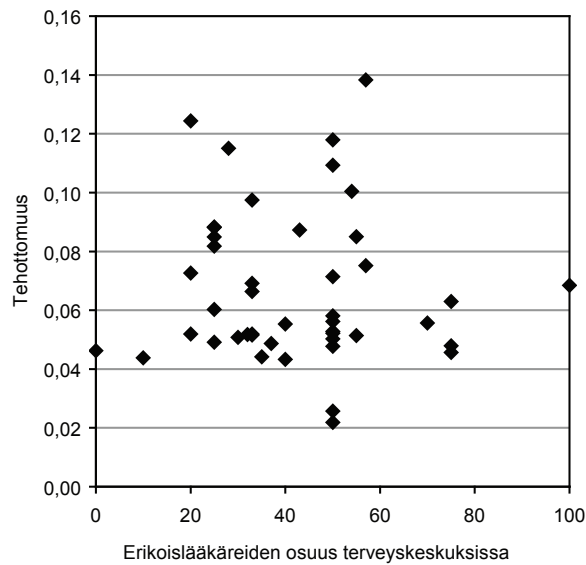


Kyselyyn osallistuneiden terveyskeskusten lääkäreiden koulutus vaihteli suuresti. Keskimäärin 42 prosenttia lääkäreistä oli erikoislääkäreitä, mutta lähes neljäsosassa terveyskeskuksista erikoislääkäreiden osuus oli korkeintaan neljännes vuonna 2007. Suuressa osassa terveyskeskuksia (38 %) erikoislääkäreiden osuus vaihteli 50 prosentin ja 74 prosentin välillä. Vain yhdessä terveyskeskuksessa kaikki lääkärit olivat erikoislääkäreitä terveyskeskusten antamien vastausten mukaan. Erikoislääkäreiden määrän voidaan olettaa vaikuttavan esimerkiksi erikoissairaanhoidon annettavien läheteiden määrään.

Kuvio 4.14 Erikoislääkäreiden osuus vuonna 2007, prosenttia



Kuvio 4.15 Erikoislääkäreiden osuus ja tehottomuus

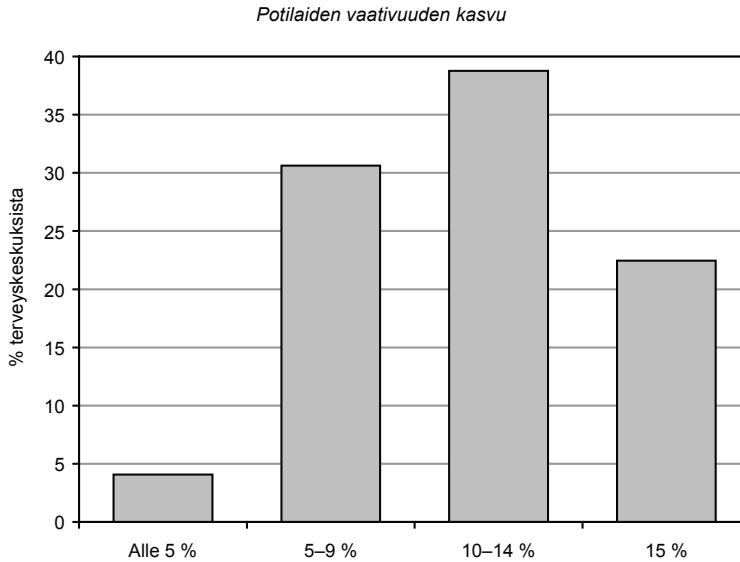


Erikoislääkäreille maksettava palkka on keskimäärin korkeampi kuin yleislääkärin palkka. Tehottomuusluvussa terveyskeskusten väliset palkkaerot on kuitenkin jo otettu huomioon. Ei siis ole yllätys, että myöskään erikoislääkäreiden osuudella terveyskeskuksen lääkäreistä ja tehottomuudella ei ollut yhteyttä, kuten kuviosta 4.15 nähdään.

Avohoidon potilaiden vaatavuustason on arveltu lisääntyneen mm. väestön ikääntymisen ja sosiaalisten ongelmien lisääntymisen seurauksena. Siitä johtuen lääkärin vastaanottokäyntikin olisi muuttunut aikaisempaa vaativammaksi ja pitkäkestoisemmaksi ja selittäisi lääkärin vastaanottokäyntien määrän vähentymistä. Vajaassa kahdessa kolmasosassa kyselyaineiston terveyskeskuksista katsottiin, että avohoidon potilaiden vaatavuustaso on kohonnut 10–15 prosenttia viiden viime vuoden aikana. Ainoastaan hieman yli kymmenen prosenttia terveyskeskuksista oli sitä mieltä, että sosiaalisten ongelmien lisääntymisellä on ollut ainoastaan vähän tai ei ollenkaan vaikutusta avohoidon vaatavuuden kasvuun. Sitä vastoin noin 40 prosentin mielestä sosiaaliset ongelmat ovat vaikuttaneet merkittävästi tai paljon potilaiden vaatavuuden kohoamiseen ja lähes puolet terveyskeskuksista katsoi, että sosiaaliset ongelmat ovat osaltaan vaikuttaneet vaatavuuden kasvuun.

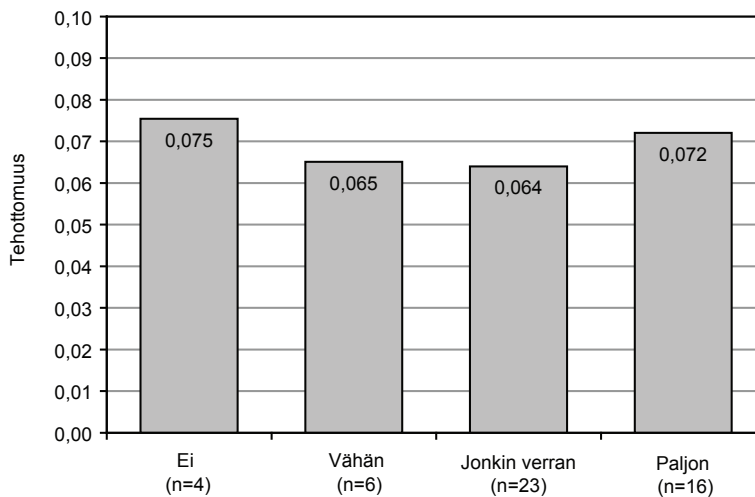
Niissä terveyskeskuksissa, joissa avohoidon potilaiden vaatavuustaso kohosi paljon, tehottomuus oli keskimääräistä hieman korkeampi, mutta erot olivat luokkien välillä pienet. Palvelutuotannon tuottavuus ei kuitenkaan keskimäärin laskenut niissä terveyskeskuksissa enempää kuin terveyskeskuksissa, joissa vaatavuuden kasvu oli maltillisempaa.

Kuvio 4.16 Avohoidon potilaiden vaativuustason kohoaminen viiden viime vuoden aikana, prosenttia



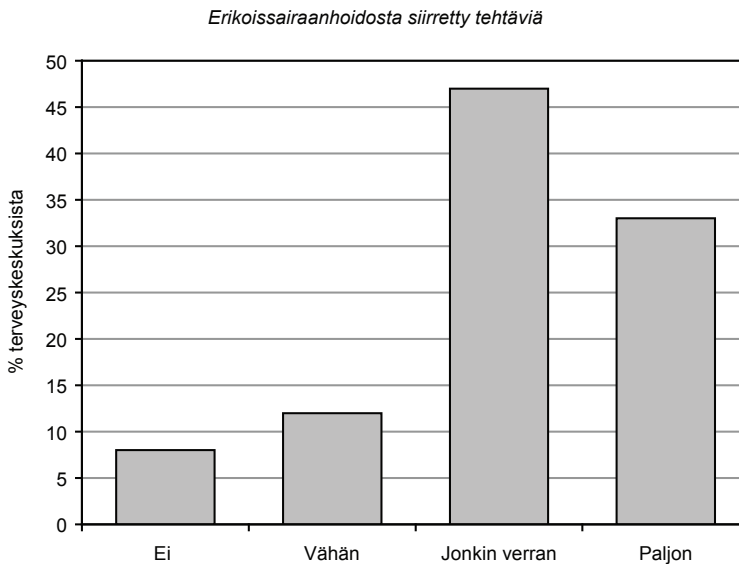
Kuvio 4.17 Avohoidon potilaiden vaativuustason kohoaminen ja tehottomuus

Onko terveyskeskukseen siirretty vaativampia seuranta- ym. tehtäviä erikoissairaanhoidon puolelta?



Terveyskeskusten toiminta on muuttunut paitsi potilaiden vaativuuden noustua myös siksi, että erikoissairaanhoidosta on siirretty yhä vaativampia tehtäviä terveyskeskuksiin. Tällaisia tehtäviä ovat esimerkiksi erilaisten sairauksien seuranta (astma, reuma, CPAP, syöpä, diabetes, munuaissairaudet), lonkka- ja sydänkontrollit, leikkauspotilaiden jatkohoito ja perus- ja keskivaikean depression hoito.

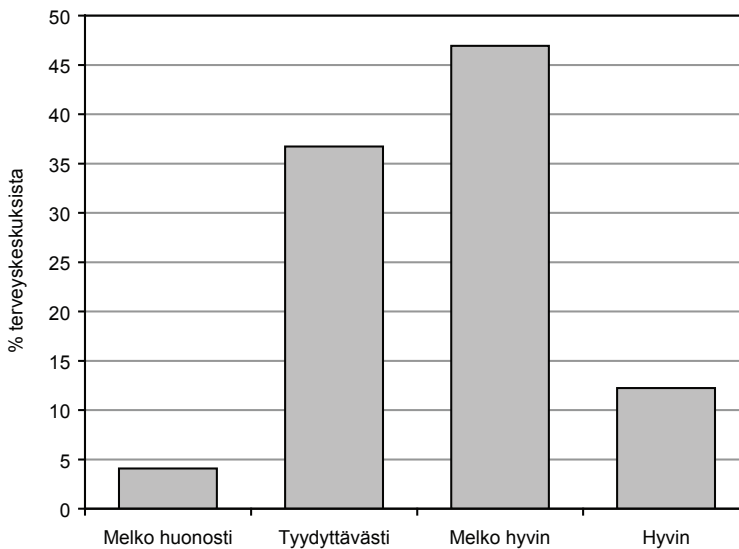
Kuvio 4.18 Erikoissairaanhoidosta siirretty tehtäviä terveyskeskukseen



Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sujuu kyselyn vastausten perusteella pääsääntöisesti suhteellisen hyvin, sillä lähes kaikissa terveyskeskuksissa yhteistyö sujuu vähintään tyydyttävästi. Suurimassa osassa terveyskeskuksista on yhteinen sähköinen lähetepalautusjärjestelmä erikoissairaanhoidon kanssa ja se toimii vähintään kohtuullisen hyvin. Potilastietojen saamisessa erikoissairaanhoidosta näyttäisi kuitenkin olevan kehittämisen varaa, sillä yli puolessa terveyskeskuksista on vähintään joskus ollut ongelmia potilastietojen saamisessa. Lisäksi neljä viidesosaa katsoi, että potilastietojen saamisessa on joskus tai usein ollut turhaa viivettä.

Asiakastietojen kulussa terveyskeskuksen ja vanhustenhuollon välillä ei ollut ongelmia, sillä lähes 60 prosenttia katsoi, että asiakastietojen vaihto sujui kohtuullisen hyvin ja lähes 40 prosentin mielestä hyvin.

Kuvio 4.19 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön sujuminen



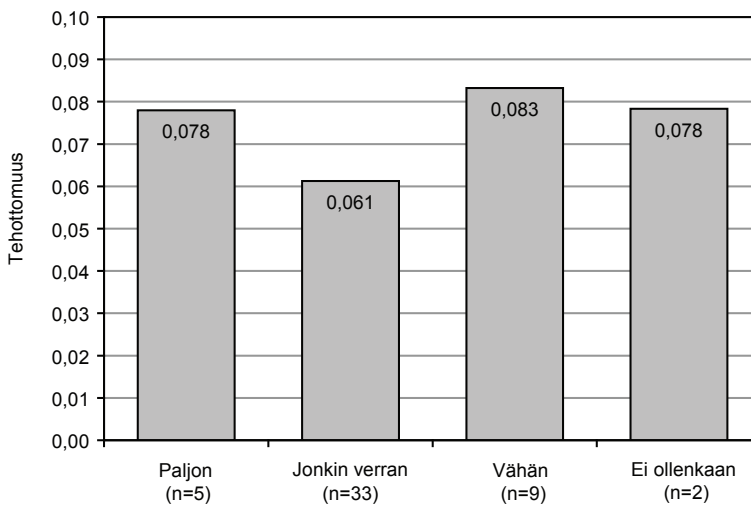
Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välisten potilastietojen nopeampi kulku voisi nopeuttaa hoitoon pääsyä ja täten parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta. Nopeammalla tiedonkululla ei myöskään tulosten mukaan ole negatiivisia vaikutuksia palvelutuotannon tuottavuuteen. Suurimmassa osassa terveyskeskuksia potilastietojen saapumisessa oli jonkin verran turhaa viivettä, joten tiedonkulun parantaminen voisikin jatkossa olla yksi perusterveydenhuollon kehittämisen alue.

Sähköisen lähetepalautejärjestelmän avulla voidaan helpottaa informaation kulkua ja nopeuttaa hoitotoimenpiteitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Terveyskeskukset, joissa toimi

sähköinen lähete palautusjärjestelmä, olivat hieman tehokkaampia kuin ne terveyskeskukset, joissa järjestelmää ei ollut. Ero ei ollut tässä tapauksessa kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

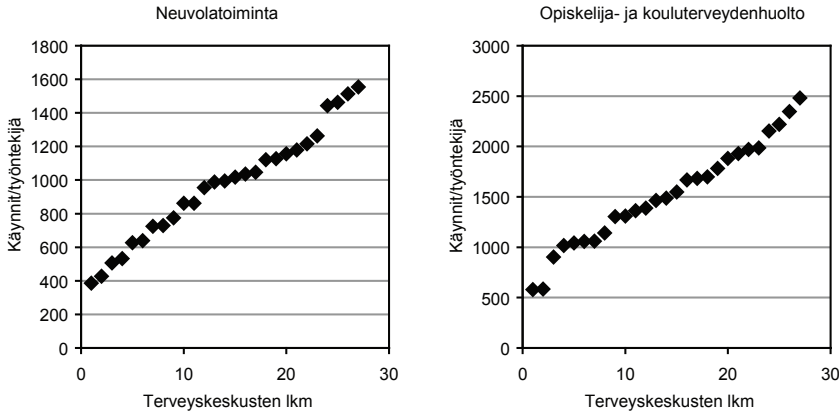
Kuvio 4.20 Potilastietojen kulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja tehottomuus

Koetko, että erikoissairaanhoidosta saatavien potilastietojen saapumisessa on turhaa viivettä?



Kyselyn terveyskeskuksista 28 ilmoitti neuvola-, opiskelija-, kotisairaanhoido- sekä mielenterveydenhuollon työskentelevien henkilötyövuodet vuodelta 2007. Kuvio 4.21 nähdään, että terveyskeskusten välillä on erittäin suuria eroja työntekijää kohden tehtyjen käyntien määrissä. Neuvolatoiminnassa vuoden aikana tehtyjen käyntien määrä oli alimmillaan noin 400 ja korkeimmillaan vajaa 1600. Myös opiskelija- ja kouluterveydenhuollossa erot olivat hyvin suuret, sillä käyntejä tehtiin työntekijää kohden noin 500:sta 2500:een. Tuloksista voidaan päätellä, että terveyskeskusten välillä on huomattavia eroja työntekijöiden tekemässä työn määrässä. Pienempi työpanos näkyy laskelmissa tehottomuutena.

Kuvio 4.21 *Neuvola- sekä opiskelija- ja kouluterveydenhuollon käynnit työntekijää kohden*



Kyselyn vastausten perusteella terveyskeskusten henkilöstössä, potilaiden vaativuudessa tai yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa ei ollut sellaisia eroja, jotka olisivat merkittävästi vaikuttaneet niiden toiminnan taloudelliseen tehokkuuteen. Potilaiden ohjaus tai saapumisjärjestelyjen uudelleenorganisointi kohotti hieman tehokkuutta mutta esimerkiksi erikoislääkärien osuudella ei tehokkuuteen ollut vaikutusta.

4.3 Hallinto

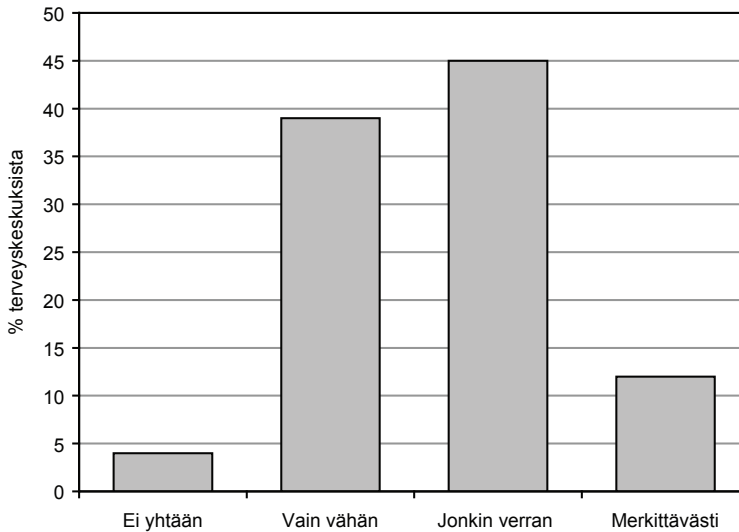
Terveyskeskuksen johtaminen on keskitetty yhtä usein yhdelle kuin kahdelle henkilölle. Suurimmalla osalla tulosvastuullisista johtajista oli lääketieteellinen koulutus ja samoin taloudellinen tulosvastuu oli useimmiten lääkäreillä. Kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksista johtavalla ylilääkärillä oli esittelijän valtuudet lautakunnassa.

Sillä, onko johtaminen keskitetty yhdelle vai useammalle henkilölle ei ollut vaikutusta terveyskeskuksen toiminnan tehokkuuteen. Myöskään tulosvastuullisen johtajan koulutuksella tai johtavan lääkärin esittelijän valtuuksilla ei ollut yhteyttä terveyskeskuksen tehokkuuteen.

Terveyskeskuksissa seurataan budjettia tiiviisti, sillä 57 prosentissa terveyskeskuksia budjettia käsiteltiin vähintään kuukausittain. Tehokkuusvertailun mukaan keskimääräistä aktiivisempi terveyskeskusten budjetin seuranta- ja talousraporttien käsittely ei kuitenkaan ollut yhteydessä terveyskeskusten tehokkuuseroihin.

Useimmissa terveyskeskuksissa oli mahdollista allokoida resursseja jonkin verran tai merkittävästi. Terveyskeskuksissa, joissa budjetin sisällä joustoa on paljon, myös suunnitellut budjetit saattavat ylittyä helposti ja menojen kasvu nopeutua. Suurimmassa osassa terveyskeskuksia kokonaisbudjetin sisällä joustoa oli kuitenkin vain vähän tai jonkin verran. Budjetin joustolla ei näyttänyt olevan vaikutusta terveyskeskusten tehokkuuseroihin.

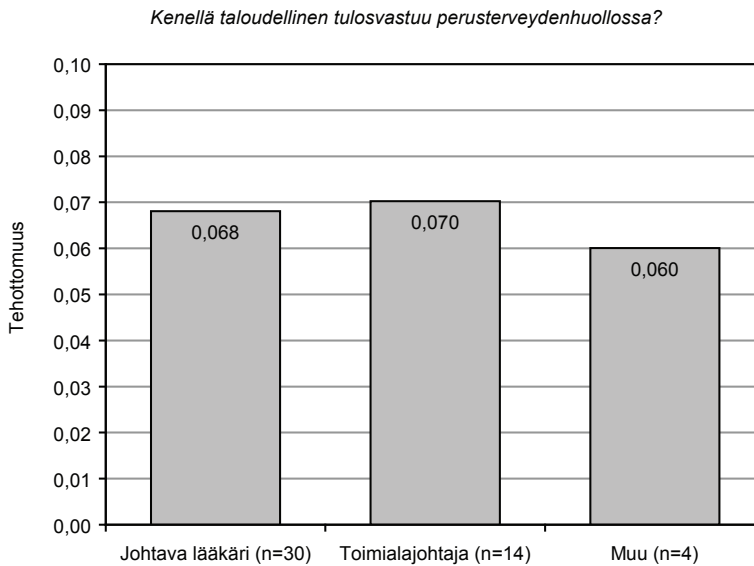
Kuvio 4.22 Mahdollisuus allokoida resursseja



Terveyskeskusten välillä on myös eroja siinä, kuka terveyskeskuksessa käyttää taloudellista päätäntävaltaa. Yksi syy terveyskeskusten meno- ja tehokkuuseroihin saattaa olla johtamiskulttuurissa ja tavoissa. Yleensä taloudellista päätäntävaltaa terveyskeskuksessa käyttää

johtava lääkäri tai toimialajohtaja. Saattaa olla, että toimialajohtaja esimerkiksi koulutustaustansa ja työkokemuksensa perusteella painottaa eri asioita kuin johtava lääkäri. Tehokkuuserot eivät kuitenkaan selittyneet sillä, kenelle taloudellinen päätäntävalta oli keskitetty. Terveyskeskuksia, joissa taloudellinen päätäntävalta oli keskitetty muulle henkilölle kuin johtavalle lääkärille tai toimialajohtajalle, oli otoksessa vain neljä kappaletta, joten tältä osin johtopäätöksiä ei voida tehdä.

Kuvio 4.23 Taloudellinen tulosvastuu ja tehottomuus



4.4 Johtopäätöksiä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää aikaisemmista tutkimuksista löydettyjä terveystieteiden kustannustehokkuuseroja. Tehokkaiden toimintatapojen kartoitus onkin erittäin tärkeä tutkimuskohde ja yksi keino nostaa terveydenhuoltopalveluiden tuottavuutta olisi se, että tehottomat palveluiden tuottajat pystyisivät omaksumaan tehokkaimpien yksiköiden hyväksi koettuja toimintatapoja. Henkilös-

tön vaihtuvuuden ja tehottomuuden välillä havaittiin selkeä yhteys. Työvoiman kohdentaminen ruuhkatilanteiden mukaan ja potilaiden kiireellisyysryhmittely voivat parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta, mutta tulosten mukaan näillä tekijöillä saattaa olla myös positiivisia tuottavuusvaikutuksia. Myös tietojärjestelmien yhteensovittaminen voisi jatkossa tuoda suuria tuottavuushyötyjä. Potilastietoja ei tarvitsisi kirjata useisiin eri tietojärjestelmiin vaan tiedot välittyisivät järjestelmästä toiseen. Potilaiden hoitoprosessit nopeutuisivat ja voimavaroja voitaisiin siirtää muihin toimintoihin. Tulosten mukaan potilastietojen saamisessa erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin näyttäisi olevan turhaa viivettä. Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välisen potilastietojen nopeampi kulku organisaatioiden välillä voisikin jatkossa vaikuttaa positiivisesti tuottavuuskehitykseen.

Tällä hetkellä varsinkin vuodeosastoilla työskentelevillä on huomattavasti enemmän sairauspoissaoloja kuin vastaanotossa työskentelevillä. Myös ammattiryhmien välillä erot ovat suuret. Työolojen kehittäminen voisi osaltaan vähentää sairauspoissaoloja ja vaikuttaa positiivisesti tuottavuuteen. Kyselyn tulosten mukaan avohoidon potilaiden vaativuus kasvoi keskimäärin noin 10 prosenttia viimeisen viiden vuoden aikana. Lääkäreiden vastaanottokäyntejä korvattiin puhelinkonsultaatioiden ja sähköpostin välityksellä mediaaniterveyskeskuksessa arviolta kymmenen prosenttia vuosina 2002–2007. Nämä tekijät eivät kuitenkaan selittäneet eroja otoksen terveyskeskusten tuottavuuskehityksessä. Terveyskeskusten välillä on eroja siinä, kuka terveyskeskuksessa käyttää taloudellista päätäntävaltaa. Yksi syy terveyskeskusten meno- ja tehokkuuseroihin saattaakin olla johtamiskulttuurissa ja tavoissa. Tehokkuuserot eivät kuitenkaan selittyneet sillä, kenelle taloudellinen päätäntävalta oli keskitetty.

Lähteet

Aaltonen, J. (2008a): Terveyskeskusten meno- ja tehokkuuserot: Hoidon vaativuuden ja tuotantorakenteiden vaikutukset. VATT-keskustelualoitteita 452. Helsinki.

- Aaltonen, J. (2008b): Terveyskeskusten tehokkuuseroja selittävät tekijät. VATT-keskustelualoitteita 441. Helsinki.
- Aaltonen, J. (2006): Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveyskeskusten kustannustehottomuus. VATT-keskustelualoitteita 403. Helsinki.
- Alho, A. (2004): Kysynnän hallinta suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Teknillinen Korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto. Diplomityö. Espoo.
- Kangas, M. – Vänskä, J. (2008): Vastaanottokäyntien määrä ei kerro terveyskeskusten tehokkuudesta. Suomen Lääkärilehti 6/2008.
- Kokko, S. (2005): Mistä terveydenhuollon tuottavuuskeskustelussa keskustellaan. Esitelmä seminaarissa Tulos ja Ulos – Hyvinvointi, terveydenhuolto ja tuottavuus. Stakes, 1.6.2005, Helsinki.
- Lillrank, P. – Kujala, J. – Parvinen, P. (2004): Keskenikäinen potilas – Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tuotannonohjaus. Talentum, Helsinki.
- Mattila, J. – Granfelt, T. – Harjola, V.P. – Holmlund, L. – Koskinen, A. – Mustonen, E. – Paloheimo, M. – Pohjola-Sintonen, S. (2008): Päivystysprosessin tarkastelu tuo apua päivystyspoliklinikan ruuhkiin. Suomen Lääkärilehti 6/2008.
- Peltokorpi, A. – Kujala, J. – Lillrank, P. (2004): Keskenikäisen potilaan kustannukset. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut 45. Helsinki.

VATT-JULKAISUJA / VATT PUBLICATIONS

VATT-JULKAISUJA SARJASSA AIEMMIN ILMESTYNEET JULKAISUT

41. Verotus, talouspolitiikka ja kansantalous – Taxation, Economic Policy and the Economy. Vesa Kannianen – Seppo Kari (toim.). Helsinki 2005.
42. Suomi 10 vuotta Euroopan unionissa – Taloudelliset vaikutukset. Jaakko Kiander – Antti Romppanen (toim.). Helsinki 2005.
43. Suomi 2025 – Kestävän kasvun haasteet. Reino Hjerppe – Juha Honkatukia (toim.). Helsinki 2005.
44. Kasvumallin muutos ja veropolitiikan haasteet. Reino Hjerppe – Seppo Kari – Jaakko Kiander (toim.). Helsinki 2006.
45. Finance and Incentives of the Health Care System. Proceedings of the 50th Anniversary Symposium of the Yrjö Jahnesson Foundation. Antti Suvanto – Hannu Vartiainen (Eds.). Helsinki 2007.
46. Hyvinvointipalvelujen tuottavuus: Tuloksia opintien varrelta. Aki Kangasharju (toim.). Helsinki 2007.
47. Vaikuttavaa tutkimusta – miten arviointitutkimus palvelee päätöksenteon tarpeita? Seija Ilmakunnas – Teuvo Junka – Roope Uusitalo (toim.). Helsinki 2008.
48. Hyvinvointipalveluja entistä tehokkaammin. Uudistusten mahdollisuuksia ja keinoja. Seija Ilmakunnas (toim.). Helsinki 2008.



VALTION TALOUDELLINEN TUTKIMUSKESKUS
STATENS EKONOMISKA FORSKNINGSCENTRAL
GOVERNMENT INSTITUTE FOR ECONOMIC RESEARCH

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus
Government Institute for Economic Research
P.O.Box 1279
FI-00101 Helsinki
Finland

ISBN 978-951-561-833-7
ISSN 0788-4990