

TIIVISTELMÄ

Jouko Isolauri. Terveysthuolto 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Helsinki 2001. 252 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita ISSN 1237-0606; 2000:21)
ISBN 952-00-0911-6

Terveysthuolto 2000-luvulle -hankkeen eräitä keskeisiä kysymyksiä olivat hoidon saatavuus sekä potilaan oikeudet. Jatkotyönä Terveysthuolto 2000-luvulle -hankkeelle selvitettiin erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden alueellisia eroja, tavallisimpien sairauksien hoitopäivä-, hoitajakso ja leikkausfrekvenssieroja sekä merkittävimpiä erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuusongelmia ja niiden syitä. Selvitys perustuu hoitoilmoitusrekisterin vuosien 1999 ja 1997 tietoihin, Stakesin ylläpitämään benchmarking-aineistoon sekä sairaanhoitopiireille toimitettuun kyselyyn. Tässä kyselyssä selvitettiin sellaisten sairauksien hoitojen jonotusaikoja, jotka rekisteritietojen perusteella olivat ongelmallisimpia jonotusaikojen suhteen.

Kaksi kolmasosa vuodeosastohoitoon tulevista potilaista tulee sairaaloihin joko päivystyspoliklinikoilta tai muuten kiireelliseen hoitoon. Erikoissairaanhoidon resursseista suurin osa kuuluu vuodeosastohoitoon. Yksittäisistä diagnooseista ja diagnoosiryhmistä eniten vuodeosastoresursseja kuluttavia ovat skitsofrenia, sepelvaltimoiden ahtautumiin, sydämen toiminnan vajavuuteen ja rytmihäiriöihin liittyvät tilat, valtimokovettumatautiin liittyvät tilat, normaali synnytys, reisiluun kaulamurtuma sekä polven ja lonkan nivelrikko ja sappikivitauti. Tavallisimpienkin vuodeosastohoidon resursseja kuluttavien sairauksien hoitofrekvensseissä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on suuria eroja. Perusleikkausten osalta erot ovat suurimmillaan viisinkertaisia ja harvinaisempien toimenpiteiden osalta jopa kymmenkertaisia. Eniten vuodeosastohoidon resursseja kuluttavien diagnoosiryhmien hoitokasojen, hoidettujen potilaiden sekä hoitopäivien määrässä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on huomattavia alueellisia eroja.

Avohoitokäyntien ja vuodehoitokasojen vertailu sellaisten hoitojen osalta, mihin ei liity leikkaustoimenpiteitä ei ole ongelmatonta. Osa aiemmin vuodeosastolla toteutetuista hoidoista on siirretty polikliiniseksi ja osa polikliinisista hoidoista perusterveydenhuoltoon. Hoitoilmoitusrekisteriin kirjautuu diagnoosi nykyisellään vain noin 50 %:sta poliklinikkakäyntejä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietojärjestelmät eivät kaikilta osin ole yhteensopivat. Samaa asiaa saatetaan jollakin alueella hoitaa pääosin perusterveydenhuollossa tai pääosin polikliinisesti, kun taas joillakin alueilla toimintatapa on erikoissairaanhoido- ja vuodeosastohoitopainotteisempi.

Pisimmät jonotusajat ovat kaihileikkauksiin, moniin ortopedisiin toimenpiteisiin ja erityisesti tekonivelkirurgiaan. Jonotusaikojen mediaanit kuitenkin näissäkin sairausryhmissä ovat yleensä 150 - 200 vuorokautta, joten valtaosan potilaista voidaan katsoa saavan näissäkin sairausryhmissä hoidon kohtuajassa.

Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien määrä on vuodesta 1994 lisääntynyt 5,7 miljoonasta vuoden 1999 6,2 miljoonaan. Päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on vastaavana ajanjaksona kolminkertaistunut. Päiväkirurgisia toimenpiteitä tehtiin vuonna 1994 50 000 ja vuonna 1998 158 000. Samana ajanjaksona vuodeosastohoitokasot ovat jon-

kin verran vähentyneet. Kokonaisuutena erikoissairaanhoidon tarjoamien palvelujen määrää on 1990-luvun viimeisellä puoliskolla selvästi lisääntynyt.

Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa on korkea tuki- ja liikuntaelinten sekä hermoston sairauksien vuodeosastohoidon frekvenssi. Verrattuna muihin Pohjoismaihin Suomessa tehdään paljon kohdunpoistoleikkauksia, nikamavälityräleikkauksia sekä sappileikkauksia. Lonkan ja polven tekonivelleikkauksia tehdään huomattavasti vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa.

Alueiden välisten erojen tasaaminen edellyttää hoitoindikaatioiden uudelleen tarkastelua sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tiivistämistä. Suomen Akatemian ja Lääkäriseura Duodecimin käynnistämä Käypä Hoito -projekti sekä alueelliset hoito-ohjelmat edesauttavat hoidon ja indikaatioasettelun yhdenmukaistamisessa ja järjeistämässä. Selvitysmies esittää, että vuoden 2002 loppuun mennessä niissäkin sairausryhmissä, missä jonotusajat ovat pisimmät, potilaille turvataan hoidon saaminen vuoden kuluessa hoitopäätöksestä sekä hoidon arvio kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaalaan. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää työn uudelleen organisointia, indikaatioasettelun uudelleen tarkastelua, hyvää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa, lisätyöjärjestelmien käyttöä sekä paikoin lisäresursointia.

Asiasanat: Terveystenhoito, palvelut, saatavuus, tuotanto

SAMMANDRAG

Jouko Isolauri. Terveysthuolto 2000-luvulle: Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999 (Specialiserad sjukvård - produktion av och tillgång på service i olika delar av landet 1999) Helsingfors 2001. 252 s. (Social- och hälsovårdsministeriets promemorior ISSN 1237-0606; 2000:21)
ISBN 952-00-0911-6

Tillgången på vård och patientens rättigheter var en av de viktigaste frågorna i projektet Hälsa- och sjukvård 2000. Som en fortsättning på projektet utreddes de regionala skillnaderna i tillgången på specialiserad sjukvård, skillnader i vårddagar, vårdtillfällen och operationsfrekvens för de vanligaste sjukdomarna samt problem i tillgången på specialiserad sjukvård och orsakerna till dem. Utredningen bygger på uppgifter i registret över anmälda behandlingar 1999 och 1997, benchmarking-material vid Stakes och en enkät bland sjukvårdsdistrikten. I enkäten utreddes kötiderna för de sjukdomar som utifrån uppgifterna i registret var de mest problematiska när det gällde kötiderna.

Två tredjedelar av patienterna på vårdavdelningar kommer till sjukhusen antingen från jourpoliklinikerna eller i övrigt för brådskande vård. Merparten av resurserna för specialiserad sjukvård går åt till behandling på vårdavdelning. Av de enskilda diagnoserna och diagnosgrupperna tar schizofreni, kranskärlsförträngningar, tillstånd vid hjärtinsufficiens och hjärtarytmi, tillstånd vid åderförkalkning, normal förlossning, frakturer i lårbenshalsen, knä- och höftartros och gallsten i anspråk mest av vårdavdelningsresurserna. Också när det gäller vårdfrekvensen i relation till en ålders- och könsstandardiserad population för de vanligaste sjukdomarna som förbrukar resurser på vårdavdelning förekommer det stora skillnader. I fråga om basala operationer är skillnaderna upp till fem gånger så stora och i fråga om mer sällsynta ingrepp upp till tio gånger så stora. Det finns betydande regionala skillnader i vårdtillfällen, behandlade patienter och vårddagar i relation till en ålders- och könsstandardiserad population när det gäller de diagnosgrupper som förbrukar mest vårdavdelningsresurser.

Det är inte helt oproblematiskt att jämföra öppenvårdsbesök och vårdtillfällen på vårdavdelning när det gäller behandling som inte inkluderar operation. Vissa behandlingar som tidigare genomfördes på vårdavdelning görs nu på poliklinik och en del polikliniska behandlingar ges inom primärvården. För närvarande registreras diagnosen för bara ungefär 50 procent av besöken på poliklinik i registret över anmälda behandlingar. Datasystemen för primärvården och den specialiserade sjukvården är inte kompatibla i alla hänseenden. En och samma sak kan inom vissa regioner huvudsakligen behandlas inom primärvården eller huvudsakligen polikliniskt, medan någon annan region är mer inriktad på specialiserad sjukvård och behandling på vårdavdelning.

Kötiderna är längst till starroperationer, många ortopediska ingrepp, särskilt till endoprotetisk kirurgi. Men mediantiden till dessa sjukdomsgrupper är vanligen 150 - 200 dagar. Merparten av patienterna kan således anses få behandling inom en rimlig tid inom dessa sjukdomsgrupper.

Antalet öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården ökade från 5,7 miljoner 1994 till 6,2 miljoner 1999. Under samma period tredubblades de dagkirurgiska ingreppen. År 1994 gjordes 50 000 ingrepp inom dagkirurgin, 1998 var antalet uppe i 158 000.

Under samma period minskade vårdtillfällena på vårdavdelning en aning. Sammantaget sett ökade tjänsterna inom den specialiserade sjukvården markant under senare hälften av 1990-talet.

Jämfört med de övriga nordiska länderna har Finland den högsta frekvensen vård på vårdavdelning när det gäller rörelseorganens sjukdomar och sjukdomar i nervsystemet. Jämfört med de övriga nordiska länder görs det många hysterektomier, diskbråcksoperationer och galloperationer i Finland. Däremot opereras det in betydligt färre endoprote-ser i höft och knän i Finland än i de övriga nordiska länderna.

Det behövs en översyn av behandlingsindikationerna och närmare samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården för att de regionala skillnaderna skall kunna jämnas ut. Projektet Gångse Vård som startats av Finlands Akademi och Läkarsällskapet Duodecim och de regionala vårdprogrammen medverkar till en samordning och rationalisering av behandlingen och indikationerna. Utredningsmannen föreslår att patienterna i sjukdomsgrupperna med de längsta kötiderna före utgången av 2002 skall garanteras tillgång till behandling inom ett år efter beslutet om behandling och en bedömning av behandlingen inom tre månader efter att remissen inkommit till sjukhuset. Om målet skall kunna nås måste arbetet omorganiseras och indikationerna ses över. Vidare behövs det gott samarbete mellan den specialiserade sjukvården och primärvården, nya möjligheter till mertidsarbete och större resurser på en del ställen.

Nyckelord: Hälso- och sjukvård, tjänster, tillgång, produktion

SUMMARY

Jouko Isolauri. Health Care into the 21st Century. Production and Availability of Specialised Health Care Services in Different Parts of Finland in 1999. Helsinki 2001. 252 p. (Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1237-0606; 2000:21)
ISBN 952-00-0911-6

The availability of health care and patients' rights were among the central issues of the project *Terveystenhoolto 2000-luvulle* (Health Care into the 21st Century). A further study linked with the project explored: regional differences in the availability of specialised health care services; differences in the number of patient days, service periods and frequencies of surgical procedures for the most common diseases; and the most important problems encountered in the availability of specialised health care services as well as the reasons for these problems. The investigation was based on data for the years 1999 and 1997, collected from the service notice register, on benchmarking material kept by STAKES (the National Research and Development Centre for Welfare and Health), and on a questionnaire sent to the hospital districts. The questionnaire investigated the duration of waiting for treatment in the case of diseases that the register data indicated were the most problematic as concerns waiting times.

Two-thirds of patients coming for inpatient care had either been referred from a hospital emergency room or had otherwise come to receive emergency care. Inpatient care consumed the bulk of resources for specialised health care. Of individual diagnoses or diagnosis groups, those consuming the most inpatient care resources were schizophrenia, coronary constrictions, conditions involving coronary insufficiency and arrhythmia, conditions involving arteriosclerosis, normal childbirth, femoral neck fractures, knee and hip arthroses, and cholelithiasis. With regard to even the most common diseases requiring inpatient care resources, there were great differences in the care frequencies when the population was standardised by age and gender. For basic surgical procedures the differences were at most fivefold, being as much as tenfold for more uncommon procedures. In the disease groups consuming the most inpatient care resources, when the population was standardised by age and gender, there were appreciable regional differences in the service periods, in the number of patients treated, and in the number of care days.

Comparison of outpatient service visits and inpatient service periods for types of care that do not involve surgical procedures is not without problems. Some types of care that used to be given as inpatient care have been transferred to outpatient departments, and some types of care that used to be given in outpatient departments have been transferred to primary health care units. Nowadays a diagnosis is entered in the service notice register for only about 50% of the visits to outpatient departments. The information systems used in primary health care and specialised health care are not compatible in all respects. Something may be treated mainly in primary health care or in outpatient departments in one area, while in other areas the approach to treatment is oriented more towards specialised health care and inpatient treatment.

Cataract operations, many orthopaedic procedures and especially arthroplasties entailed long waiting times. The median waiting times for these disease groups, however, was in

general 150-200 days, and so it can be said that even in these diseases groups, the majority of patients receive care within a reasonable period of time.

Outpatient service visits in specialised health care increased from 5.7 million in 1994 to 6.2 million in 1999. In the corresponding period, the number of day-surgery procedures tripled; 50,000 day-surgery procedures took place in 1994, 158,000 in 1998. During the same time, inpatient service periods decreased somewhat. On the whole, the number of specialised health care services rose clearly during the second half of the 1990s.

Compared against the other Nordic countries, Finland has a high frequency of inpatient care for musculoskeletal disorders and for diseases of the nervous system. Also in comparison against the other Nordic countries, many hysterectomies, many surgeries for intervertebral disk prolapse and many gall bladder related operations are performed in Finland. In contrast, the numbers of hip and knee arthroplasties are considerably less than those in the other Nordic countries.

Levelling out of regional differences requires a re-inspection of the indications for care as well as the intensification of co-operation between primary health care and specialised health care. The project *Käypä Hoito* (Good care) launched by the Academy of Finland and the Finnish Medical Society Duodecim, and regional care programmes will enhance the uniformity and rationalisation of care and indication settings. The rapporteur *ad interim* proposes that by the end of 2002, even for the disease groups with the longest waiting times, patients shall be ensured access to care within a year of the treatment decision and shall receive an assessment of the care needed within three months of the time when the referral reaches the hospital. Attainment of these goals calls for: reorganisation of work; re-inspection of indication settings; good co-operation between specialised health care and primary health care; the taking into use of additional work systems; and, in some places, additional resources.

Key words: Health care, services, availability, production

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE

1.	TOIMEKSIANTO	1
2.	ERIKOISSAIRAANHOIDON RESURSSIEN JA TOIMINNAN VERTAILUA EUROOPAN MAISSA	1
	A. Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin	1
	B. Terveydenhuollon kokonaismenot 1980 - 1998.....	2
	C. Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus eräissä Euroopan maissa	4
	D. Terveydenhuollon henkilöstöresurssit.....	6
	E. Erikoissairaanhoidon vuodeosastoresurssit.....	7
	F. Jonotusaikoja skotlantilaisessa terveydenhuollossa	7
3.	SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN JA SUOMEN KUNTALIITON HOITO- TAKUUKOKEILU	8
4.	KOKEMUKSIA RUOTSIN HOITOTAKUUJÄRJESTELYISTÄ.....	9
5.	MENETELMÄT.....	11
6.	TULOKSET	11
	A. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon resursseja eniten kuluttavat toiminnot	11
	B. Vuonna 1999 ja vuonna 1997 päättyneiden hoitajaksojen hoitoilmoitustietoja ...	12
	I. Kaihileikkaukset.....	12
	II. Lonkan tekonivelleikkaukset	13
	III. Polven tekonivelleikkaukset.....	13
	IV. Suonikohjuleikkaukset	14
	V. Kohdunpoistoleikkaukset	14
	VI. Iskiasleikkaukset	14
	VII. Sydämen ohitusleikkaukset	14
	VIII. Sappileikkaukset	14
	IX. Umpisuolen poistoleikkaukset	15
	C. Yksityissairaaloiden osuus leikkaustoiminnasta	15
	D. Eräiden sisätautien erikoisalalan päättyneiden hoitajaksojen tietoja vuodelta 1999	15
	I. Sisätaudit	15
	II. Lastentaudit	15
	III. Aikuispsykiatria	16
	IV. Lastenpsykiatria	16
	V. Syöpätaudit.....	16
	E. Palvelujen saatavuuden kuntakohtaiset erot.....	16
	I. Eräät operatiiviset hoidot	16
	II. Eräitä konservatiivisen hoidon hoitopäiväfrekvenssejä kunnittain esimerk- kinä aivoinfarkti, epilepsia, elimelliset unihäiriöt ja sydäninfarkti	17
	F. Vaikuttaako sopimusohjausjärjestelmä hoitoon pääsyyn mitattuna jonotusajan pituuden mediaanilla kaihileikkauksiin sekä lonkan ja polven tekonivelleik- kauksiin?.....	18
	G. Erikoissairaanhoidon palvelujen määrät vuosina 1994 - 1999.....	19
	H. Palvelujen laatu esimerkkinä tekonivelkirurgia	23

I.	Sairaanhoitopiirien vastaukset palvelujen saatavuutta koskevaan kyselyyn.....	25
I.	Lastenpsykiatria	25
II.	Nuorisopsykiatria	26
III.	Aikuispsykiatria	26
IV.	Kirurgia	26
V.	Silmätaudit	27
VI.	Sisätaudit	27
VII.	Naistenaudit.....	27
VIII.	Syöpätaudit ja kuvantaminen, keuhkosairaudet ja korvataudit.....	28
IX.	Yli kolme kuukautta hoidon arviota ja yli vuoden hoitoa jonottaneet potilaat	28
7.	POHDINTA	28
8.	JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET	33
9.	KIRJALLISUUS	35

ESIPUHE

Kunnallisten palvelujen, erityisesti terveydenhuoltopalvelujen saatavuudesta ja laadusta on viime aikoina käyty vilkasta keskustelua. Terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmien muutokset ovat antaneet palvelujen järjestäjille, kunnille entistä laajempia valinnan mahdollisuuksia. Osin valinnan mahdollisuuksien lisääntymisen seurauksena osin kuntien taloudellisen tilanteen erilaisuudesta ja erojen kasvusta johtuen on esitetty kansalaisten eriarvoisuuden palvelujen saatavuudessa lisääntyneen. Väestön ikärakenteen muutos sekä hoitomenetelmien kehittyminen ja paraneminen ovat lisäämässä niiden kansalaisten määrää, joita voidaan terveydenhuollon keinoin auttaa. Vaikka kansantalous on viimeiset seitsemän vuotta elänyt voimakasta noususuhdannetta eivät terveydenhuollon resurssit ole lisääntyneet samassa suhteessa tai ne eivät ole lisääntyneet ollenkaan. Kun palveluja on kuitenkin 1990-luvun puolivälistä lähtien tuotettu vuosi vuodelta enemmän on tämä merkinnyt toimintojen kehittämistä, yhteistyön lisäämistä ja rationalisointia, mutta myös lisääntynyttä työmäärää yksittäisen työntekijän kannalta.

Terveydenhuolto 2000 -projekti käsitteli terveydenhuoltopalvelujen tuottamistapoja, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä sekä terveydenhuollon kustannuksia alueittain. Selvittelyn ja suositusten kohteena olivat myöskin potilaan oikeudet ja tätä kautta hoidon saatavuus. Hoidon saatavuutta on jatkotyönä Terveydenhuolto 2000 -projektille selvitetty nyt erikoissairaanhoidon osalta laajemmin.

Tämä selvitys valottaa erikoissairaanhoidon keskeisten palvelujen saatavuutta sairaanhoitopiireittäin, sairaaloittain ja kunnittain. Selvitys perustuu pääosin hoitoilmoitusrekisteriin, benchmarking-aineistoon sekä sairaanhoitopiireille toimitetun kyselyn tietoihin. Raportti ja siihen sisältyvät ehdotukset palvelujen saatavuuden parantamiseksi tuovat toivottavasti lisää tietoa keskustelun ja päätöksenteon tueksi.

Raportissa esitetyn, tietokannoista hankitun tiedon ovat käsitelleet kehittämispäällikkö Mikko Nenonen ja erikoissuunnittelija Jouni Rasilainen Stakesista, joita selvitysmies kiittää erinomaisesta yhteistyöstä.

Helsingissä 13.12.2000

Markku Lehto
Kansliapäällikkö

Jussi Huttunen
Osastopäällikkö, ylijhtaja

Jouko Isolauri
Selvitysmies

1. TOIMEKSIANTO

Työn tarkoituksena oli selvittää:

1. pääsy/odotusaika erikoislääkärin konsultaatioon (polikliinisesti) ja lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon sairaalaan erikoisaloittain kussakin sairaanhoitopiirissä osavastuualueittain ja kunnittain;
2. tavallisimpien sairauksien hoitopäivä- ja leikkausfrekvenssierot sairaanhoitopiireittäin;
3. merkittävimmät erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuusongelmat ja niiden syyt; sekä
4. tehdä mainittujen selvitysten ja muiden saatavissa olevien tietojen pohjalta raportti, johon sisältyy ehdotus erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuusongelmien poistamiseksi tarvittavista toimenpiteistä ja niiden aikataulusta. Ehdotusten tulee nojautua kuntien käytettävissä oleviin voimavaroihin. Jos lisävoimavarojen käytöllä on saavutettavissa olennaisesti parempi tulos, voi selvitykseen sisältyä ehdotus tällaisista lisävoimavaroista ja niiden aiheuttamista lisäkustannuksista.

2. ERIKOISSAIRAANHOIDON RESURSSIEN JA TOIMINNAN VERTAILUA EUROOPAN MAISSA

A. *Suomalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin*

Suurin osa eurooppalaisista on tyytyväisiä terveydenhuoltopalveluihinsa. Viimeisimmän EU:n toimeenpaneman Eurobarometri -selvityksen mukaan 78 % suomalaisista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä terveydenhuoltopalveluihinsa. Luku oli EU-maiden korkein. Vastaava luku Tanskassa oli 48.2, Ruotsissa 45.9, Saksassa 43.2, Ranskassa 58.7, Italiassa 14.9 ja Portugalissa 5.7 (Taulukko 1).

Taulukko 1. EU-maiden kansalaisten mielipiteitä maansa terveydenhuoltopalveluista

	Hyvin tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytymätön	Hyvin tyytymätön	Muu mielipide
EU-15	9.2	32.1	29.4	17.8	10.1	1.4
B	9.9	46.4	29.3	9.7	2.3	2.4
DK	14.1	34.1	24.9	18.3	7.2	1.4
D	10.8	32.4	28.0	18.5	9.0	1.3
EL	2.1	8.6	23.8	27.0	37.8	0.7
E	5.2	25.6	39.2	22.0	7.0	1.0
F	11.0	48.7	28.5	8.3	2.5	1.0
IRL	5.1	18.8	28.7	26.8	16.3	4.3
I	1.3	13.6	34.2	30.1	20.3	0.5
L	12.9	36.8	31.2	11.9	3.2	4.0
NL	7.9	61.8	22.3	4.8	1.8	1.4
A	34.8	35.8	17.3	6.4	1.9	3.8
P	0.6	5.1	21.1	32.8	39.9	0.5
FIN	29.0	49.0	13.4	5.5	2.2	0.9
S	13.3	32.6	30.6	16.4	5.7	1.4
UK	13.1	36.2	28.4	13.1	6.4	2.8

Lähde: Euroopan Komissio, Eurobarometri 1998

Kansalaisten tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluihin ei korreloi terveydenhuollon rahoittamiseen käytetyn bruttokansantuoteosuuden kanssa. Vuonna 1998 Suomessa käytettiin terveydenhuollon rahoittamiseen 6.9 % bruttokansantuotteesta, mikä oli EU maiden neljänneksi alhaisin luku. Italiassa, missä terveydenhuoltojärjestelmään tyytyväisten tai erittäin tyytyväisten osuus oli 14.9 % bruttokansantuoteosuus oli 8.4 % (Taulukko 2).

Taulukko 2. Terveydenhuollon kokonaismenot 1998

	BKT:sta %	Menot/asukas US\$ ostovoimainpariteetti EU ka. = 100	
Saksa	10.6	2 424	131
Ranska	9.6	2 077	112
Belgia	8.8	2 081	113
Hollanti	8.6	2 070	112
Italia	8.4	1 783	96
Ruotsi	8.4	1 746	94
Tanska	8.3	2 133	115
Kreikka	8.3	1 167	63
Itävalta	8.2	1 968	106
Portugali	7.8	1 237	67
Espanja	7.1	1 218	66
Suomi	6.9	1 502	81
Englanti	6.7	1 461	79
Irlanti	6.4	1 436	77
Luxemburg	5.9	2 215	120
EU:n keskiarvo			
- painotettu	8.7	1 849	100
- painottamaton	8.0	1 768	..

Lähde: OECD Health Data 2000 (3 Aug 2000)

B. Terveydenhuollon kokonaismenot 1980 - 1998

Suomessa käytettiin 6.4% bruttokansantuotteesta terveydenhuoltomenoihin vuonna 1980. OECD-maiden keskiarvo oli tuolloin 6.9 %. Vuonna 1990 terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus Suomessa oli 7.9 % ja vuonna 1992 vastaavasti 9.1 %. Muutos aiheutui pääasiassa bruttokansantuotteen voimakkaasta laskusta 1990-luvun alkuvuosina. Vastaavasti bkt:n kasvaessa 1990-luvun loppuvuosina terveydenhuoltomenojen osuus väheni vaikka terveydenhuollon menot kasvoivatkin. Terveydenhuollon menot dollareina asukasta kohden vuonna 1998 olivat vuonna 1998 USA:ssa 4 178, Ruotsissa 1 746, Saksassa 2 424, Espanjassa 1 218 ja Suomessa 1 502. (Taulukko 3).

Taulukko 3: Eräiden maiden terveydenhuoltomenoja 1980 - 1998

Terveydenhuoltomenot prosentteina BKT:stä						Menot henkilöä kohti US\$:na
	1980	1990	1992	1997	1998	1998
USA	8.9	12.4	13.6	13.6	13.6	4 178
Saksa	8.8	8.7	9.7	10.5	10.6	2 424
Sveitsi	6.9	8.3	9.3	10.3	10.4	2 794
Ranska	7.4	8.8	9.2	9.6	9.6	2 077
Kanada	7.2	9.2	10.2	9.3	9.5	2 312
Norja	7	7.8	8.2	8.1	8.9	2 425
Belgia	6.4	7.4	7.9	8.6	8.8	2 081
Alankomaat	8.3	8.8	9.2	8.6	8.6	2 070
Australia	7	7.9	8.2	8.3	8.5	2 043
Italia	7	8.1	8.5	8.4	8.4	1 783
Ruotsi	9.4	8.8	8.8	8.5	8.4	1 746
Tanska	9.2	8.4	8.4	8.2	8.3	2 133
Kreikka	6.6	7.6	8.3	8.5	8.3	1 167
Islanti	6.2	8	8.2	7.9	8.3	2 103
Itävalta	7.7	7.2	7.6	8.2	8.2	1968
Uusi Seelanti	6	7	7.6	7.6	8.1	1 424
Portugali	5.8	6.4	7.2	7.6	7.8	1 237
Japani	6.5	6.1	6.3	7.4	7.6	1 822
Tšekin Tasavalta	3.8	5	5.4	7.1	7.2	930
Espanja	5.6	6.9	7.4	7	7.1	1 218
Suomi	6.4	7.9	9.1	7.3	6.9	1 502
Unkari	..	..	7.8	6.9	6.8	705
Englanti	5.7	6	6.9	6.7	6.7	1 461
Irlanti	8.7	7	7.8	7	6.4	1 436
Puola	..	5.3	6.6	6.2	6.4	496
Luxemburg	6.2	6.6	6.6	6	5.9	2 215
Korea	3.4	4.8	4.8	5	5	730
Meksiko	..	3.6	4.4	4.7	..	...
Turkki	3.3	3.6	3.8	4	..	..
EU keskiarvo - painottamaton	7.3	7.6	8.2	8.0	8.0	1 768
EU keskiarvo - painotettu	7.3	7.9	8.5	8.7	8.7	1 849
OECD keskiarvo - painottamaton	6.9	7.6	8.2	8.2	8.3	1 891
OECD keskiarvo - painotettu	7.7	9.2	10,0	10.2	10.3	2 510

Lähde:: OECD Health Data 2000

..=ei tietoa

C. Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus eräissä Euroopan maissa

Erikoissairaanhoidon palvelujen tarjonnasta eri maiden väestölle on rajoitetusti tilastotietoa. NOMESCO:n (Nordic Medico Statistical Committee) viimeisin terveydenhuolto- palvelujen määrää Pohjoismaissa käsittelevä tilasto kuvaa vuoden 1998 toimintaa (Nomescos 2000). Yleislääkärikäyntejä oli Tanskassa 18.0 miljoonaa, Suomessa 12.5 ja Ruotsissa 12.2 miljoonaa. Erikoislääkärikäyntejä oli Tanskassa 8.5, Suomessa 9.3 ja Ruotsissa 14.1 miljoonaa. Sairaalahoitajaksia 1000 asukasta kohti oli Suomessa 205.8, Ruotsissa 155.9, Norjassa 178.3 ja Tanskassa 191.3. Selvästi muita Pohjoismaita enemmän Suomessa oli tuki- ja liikuntaelinten sekä hermoston sairauksien hoitajaksia (Taulukko 4). Kaikki sairausryhmät huomioiden sairaalahoittoaika oli Suomessa Pohjoismaista lyhin 4.6 vrk. Ruotsissa vastaava luku oli 5.7, Tanskassa 5.8, Norjassa 6.2 ja Islannissa 6.3. (Nomescos 60:2000)

Taulukko 4. Vuodeosastohoitajaksot erikoissairaanhoidossa diagnosoituvissa /1 000 asukasta vuonna 1998 Pohjoismaissa

	Tanska	Suomi	Islanti	Norja	Ruotsi
Infektio ja loissairaudet	4.5	4.6	4.3	3.6	4.5
Kasvaimet	22.1	21.3	15.9	18.1	17.2
Umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitsemussairaudet	4.4	3.2	3.7	2.3	3.6
Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet	1.9	1.7	1.2	0.9	1.2
Mielisairaudet	2.6	2.4	2.7	-	1.7
Hermoston ja aistinelinten sairaudet	7.7	19.7	7.6	6.2	7.2
Verenkiertoelinten sairaudet	25.2	28.5	21.7	23.9	29.2
Hengityselinten sairaudet	15.7	17.2	15.1	12.6	11.7
Ruuansulatuselinten sairaudet	16.2	16.3	13.5	11.0	13.2
Virtsaelinsairaudet	10.6	11.8	16.7	8.0	8.2
Ihon sairaudet	2.7	2.8	3.4	1.5	1.2
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	10.7	20.4	12.3	9.4	8.7
Epämuodostumat	2.0	2.5	2.7	2.3	1.4
Sikiökauden hoidot ja tutkimukset	3.4	1.4	1.4	1.7	1.5
Määrittelemättömien sairauksien hoidot	19.3	12.6	9.0	11.4	15.8
Tapaturmat ja myrkytykset	18.7	17.7	14.6	17.0	15.9
Potilaat, joilla ei ole oireita tai sairautta	6.1	4.1	9.3	5.3	4.9
Yhteensä	191.3	205.8	178.3	151.8	155.9
Joista sairaalahoido raskauden ja synnytyksen aikana	17.6	16.7	23.3	15.9	12.8

Lähde: Nomescos 60:2000

Mitattaessa erikoissairaanhoidon palvelujen määrä vuoden 1998 aikana sairaaloiden vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden lukumäärällä 1 000 asukasta kohti Suomi erottuu muista Pohjoismaista korkeilla tuki- ja liikuntaelinten ja hermoston sairauksien sairaalahoitofrekvensseillä. Ne ovat kaksinkertaisia muihin Pohjoismaihin verrattuna.

Taulukko 5. Vuonna 1998 sairaalassa hoidetut potilaat /1 000 asukasta diagnoosiryhmittäin Pohjoismaissa

	Tanska	Suomi ^{x)}	Norja	Ruotsi
Infektio ja loissairaudet	3.7	4.0	3.4	4.0
Kasvaimet	10.2	10.0	10.5	8.4
Umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitsemussairaudet	3.4	2.5	2.0	2.8
Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet	1.2	1.1	0.7	0.9
Mielisairaudet	2.0	2.0	..	1.5
Hermoston ja aistinelinten sairaudet	6.0	16.4	5.3	5.7
Verenkiertoelinten sairaudet	15.9	18.6	18.6	18.5
Hengityselinten sairaudet	11.5	13.5	10.8	8.9
Ruuansulatuselinten sairaudet	12.3	13.3	9.3	10.5
Virtsaelinsairaudet	8.2	10.0	7.0	6.9
Ihonsairaudet	2.2	2.2	1.4	1.1
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	8.3	16.4	8.4	7.0
Epämuodostumat	1.3	1.6	1.8	0.9
Sikiökauden hoidot ja tutkimukset	1.5	1.2	1.6	0.9
Määrittelemättömien sairauksien hoidot	16.6	10.9	10.4	13.4
Tapaturmat ja myrkytykset	15.1	14.5	15.4	13.0
Potilaat, joilla ei ole oireita tai sairautta	4.7	3.8	4.8	4.2
Yhteensä	139.4	132.7	125.6	119.7
Joista sairaalahoito raskauden ja synnytyksen aikana	15.2	14.3	14.4	11.1

^{x)} Psykiatristen sairaaloiden vuodeosastoja ja terveyskeskusten vuodeosastoja ei ole laskettu mukaan.

Lähde: Nomesco 60:2000

Verrattaessa neljäntoista keskeisen leikkaustoimenpiteen lukumäärää 100 000 asukasta kohti Suomi erottuu muista Pohjoismaista kaksinkertaisella kohdunpoistofrekvenssillä. Lonkan tekonivelleikkauksia tehtiin Suomessa 100 000 asukasta kohti puolet siitä, mitä muissa Pohjoismaissa. Sydämen ohitusleikkausten määrä vastasi muiden Pohjoismaiden toimenpidefrekvenssejä, mikä on yllättävää ottaen huomioon koronaaritautin suuremman esiintyvyyden Suomessa Ruotsiin, Norjaan ja Tanskaan verrattuna. Nikamavälilevytyräleikkausten määrä on Suomessa muihin Pohjoismaihin verrattuna 1.5 - 3-kertainen, sappileikkausten määrä 1.5 - 2-kertainen sekä umpisuolen poistojen määrä 1.5-kertainen.

Taulukko 6. Neljätoista merkittävää leikkaustoimenpidettä / 100 000 asukasta vuonna 1998 Pohjoismaissa

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
Sydämen ohitusleikkaukset (pallolaajennuksia ei ole laskettu mukaan)	59	77	80	75
Koronaarisuonten pallolaajennukset	73	40	94	60
Munuaissiirto	3	4	5	4
Kilpirauhasleikkaukset	31	40	22	27
Kohdunpoisto ¹⁾	223	393	210	176
Eturauhasen höyläys (TURP) ²⁾	200	143	187	184
Avoim eturauhasleikkaus ²⁾	2	24	20	11
Lonkan tekonivelleikkaus	146	88	139	151
Rinnan poisto	108	76	83	65
Rintarauhasen osapoisto ¹⁾	108	128	59	95
Umpisuolen poisto	141	175	118	142
Nikamavälilevytyrä (iskias) leikkaus	39	83	59	28
Sappileikkaus	104	175	74	119
Keisarinleikkaus ³⁾	171	151	126	122

- 1 Per 100,000 naista
 2 Per 100,000 miestä
 3 Per 1,000 elävänä syntynyttä

Lähde: Nomesco 60:2000

D. Terveysthuollon henkilöstöresurssit

Nomescon viimeisimmässä vuosiraportissa on vertailtu myöskin terveydenhuoltohenkilöstön määriä ammattiryhmittäin. Suomen tiedot perustuvat työiässä olevien henkilöiden määrään ammattiryhmittäin, kun taas muissa Pohjoismaissa terveydenhuollossa tehtyihin henkilötyövuosiin. 100 000 asukkaan väestöön suhteutettuna oli Suomessa sairaanhoitajia vuonna 1998 1 321, Ruotsissa 892, Norjassa 902 ja Tanskassa 721. Lääkäreiden ja perushoitajien määrissä ei Pohjoismaiden välillä ole juurikaan eroja. Fysioterapeutteja Suomessa sen sijaan on kaksinkertainen määrä muihin Pohjoismaihin verrattuna.

Taulukko 7. Terveysthuoltohenkilöstö ammattiryhmittäin /100 000 asukasta laskettuna henkilötyövuosina Pohjoismaissa 1998

	Tanska	Suomi ^{x)}	Islanti	Norja	Ruotsi
Lääkärit	290	299	309	271	278
Hammaslääkärit	88	93	104	82	81
Sairaanhoitajat	721	1 321	637	902	892
Perushoitajat	687	628	372	830	877
Kätilöt	20	77	50	31	
Fysioterapeutit	92	183	105	109	89
Yhteensä	1 898	2 604	1 578	2 226	2 217

- x) Suomen tiedot perustuvat työiässä olevien henkilöiden määrään ammattiryhmittäin eikä työssä olevien määrään
 (Nomesco 60:2000)

Erikoislääkäreiden määrä väestömäärään nähden suhteutettuna vaihtelee EU maissa spesialiteetista riippuen. Suomessa on EU maista kolmanneksi korkein psykiatriitiheys. Kirurgimäärä on Saksan jälkeen toiseksi korkein ja kardiologimäärä EU-maiden pienin. Huomioiden sydänsairauksien esiintyvyyden, kardiologien määrä on yllättävän alhainen (Eurostat 2000).

Suomessa lääkärien kokonaismäärä verrattuna väestömäärään on OECD-maiden keskitasoa. Asukasmäärä työkäistä lääkäriä kohden oli alkuvuonna 1999 Pohjoismaissa seuraava: Norja 300, Islanti 310, Tanska 315, Ruotsi 320 ja Suomi 335. Uudellamaalla ja yliopistosairaaloiden seutukunnilla on väestöön suhteutettu lääkäritiheys noin kaksinkertainen muuhun maahan verrattuna. (Lääkärit ja hammaslääkärit terveyskeskuksissa ja sairaaloissa lokakuussa 1999, Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:10)

E. Erikoissairaanhoidon vuodeosastoresurssit

Käytettävissä olevat erikoissairaanhoidon vuodepaikat ovat vähentyneet 1980-luvun puolivälistä lähtien kaikissa Euroopan maissa. Vuonna 1998 Suomessa oli edelleen eurooppalaista keskitasoa enemmän käytössä olevia vuodepaikkoja 100 000 asukasta kohti mitattuna kun psykiatriset sairaansijat on laskettu mukaan. Suomen luku oli 772.9, Englannin 420.6, Alankomaiden 504.3, Ruotsin 522.1, Tanskan 707.7 ja Itävallan 908.5. Myös psykiatrisia sairaansijoissa Suomessa on edelleen, 1990-luvun voimakkaiden supistusten jälkeenkin enemmän, kuin useimmissa EU maissa. Sataatuhatta asukasta kohti Suomessa oli psykiatrisia sairaansijoja vuonna 1997 113.8, Ruotsissa 70.9, Itävallassa 57.7, Englannissa 80.6, Tanskassa 79.9 Saksassa 75.8 ja Ranskassa 132.2. (Eurostat 2000)

F. Jonotusaikoja skotlantilaisessa terveydenhuollossa

Yksityiskohtaisia tietoja eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien jonotusajoista on saatavana rajoitetusti. Norjasta, Ruotsista ja Englannista on saatavana jonotietoja elektronisessa muodossa (Nenonen, Isolauri, Rasilainen 2000). Useiden kuukausien jonotusajat hoidon tarpeen arvioimiseksi ovat Euroopassa harvinaisia. Harvinaisia ovat myös yli vuoden jonotusajat itse hoitoihin hoidon tarpeen toteutamisesta laskettuna. Kattavaa tilastotietoa jonoista on julkaistu Skotlannista. Skotlannin asukasmäärä on melko tarkkaan sama kuin Suomen (5.1 miljoonaa). Vuodesta 1991 vuoteen 1998 elektiiivisten vuodeosastohoitojaksojen ja polikliinisten (päiväkirurgia tyyppisten) hoitojaksojen määrä nousi 886 000:sta 1.200000:een, mutta jonotusajan mediaani pysyi 30 ja 33 päivän välillä. Jonossa olevien potilaiden määrä lisääntyi 80 000:sta 85 000:een, mutta alle 3 kuukautta jonottaneiden määrä nousi 55.1 %:sta 62.9:ään. Yli 12 kuukautta jonottaneiden määrä väheni vuoden 1991 14 %:sta 1.3 %:iin vuonna 1998. Polikliiniseen hoidon arvioon lähetettiin vuonna 1991 1.2 miljoonaa kertaa ja vuonna 1998 1,4 miljoonaa kertaa. Jonotusajan mediaani piteni 38:sta päivästä 41:een. Yhdeksän viikon kuluessa hoidon arvioon pääsi vuonna 1998 66.9 % ja 9 - 18 viikon kuluessa 23.3 % potilaista. Yli 18 viikkoa jonottaneita oli 9.8 %.

Erikoisalakohteisessa tarkastelussa pisimmät jonotusajat olivat silmäleikkauksiin (mediaani 72 vrk) ja ortopedisiin leikkauksiin (mediaani 63 vrk). Kolmen kuukauden kuluessa 60.3 % silmäleikkauksiin jonottaneista ja 63 % ortopedisiin leikkauksiin jonottaneista pääsi leikkaukseen. (Taulukko 8)

topiirissä erikoissairaanhoidon terveystakeskuksesta (41 %). Viidesosa (22 %) potilaista oli tullut ilman lähetystä. Sairaalan toinen osasto oli lähettävä taho 19 %:ssa tapauksista. Sairaalakyselyn potilaista 43 % ilmoitti, että heidän vaivansa tai oireensa olivat alkaneet yli vuosi sitten. Kolmanneksella vastanneista (29 %) oireiden alkamisesta oli kulunut kuukaudesta puoleen vuoteen, 9 %:lla kahdesta viikosta kuukauteen ja 19 %:lla kaksi viikkoa tai vähemmän. Viimeksi mainitussa potilasryhmässä tavallisimmat diagnoosit olivat vammat, sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet sekä ruuansulatus- ja hengityselinten sairaudet.

Sairaalaan pääsyä piti helppona 81 % vastanneista ja huonona 7 %. Yleisimmät päädiagnoosiryhmät niiden potilaiden joukossa, jotka olivat arvioineet oman pääsynsä sairaalan tai poliklinikalle huonoksi olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, hengityselinten sairaudet, ruuansulatuselinten sairaudet ja kasvaimet. Sairaaloitten sisäänotoista neljä viidesosaa oli päivystysluonteisia.

Sairaalalääkäreiden mielestä 3 % sairaalassa vuodeosastolla tai poliklinikalla hoidetuista potilaista oli joutunut odottamaan liian kauan hoitoon pääsyä. Yleisimmät päädiagnoosit näillä potilailla, olivat vanhuuden kaihi, lonkan nivelrikko ja polven nivelrikko.

Lääkärit arvioivat 92 %:lla potilaista olevan sellaisen ongelman, johon voidaan terveydenhuollon keinoin vaikuttaa. ”Turhien” hoitoon hakeutumisten tai lähettämisten osuus oli vähäinen.

Hoitotakuukokeilun suositukset

Loppuraportti asetta seuraavat tavoitteet hoidon saatavuudelle erikoissairaanhoidossa:

- tavoitteena on, että potilas pääsee lääkärin tutkittavaksi kolmen viikon kuluessa lähteen saapumisesta, ellei potilaan tilasta muuta johdu
- tutkimuksiin perustuen tiedetään, että noin neljäsosalla potilaista ei ole tarvetta tai halua päästä erikoissairaanhoidon tältä nopeammin
- erikoissairaanhoidon tutkimuksiin pääsyä tulee seurata säännöllisesti paikallisesti ja valtakunnallisesti
- tavoitteena on, että potilas pääsee lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon kolmen kuukauden kuluessa, ellei potilaan tilasta tai tilanteesta muuta johdu. Hoidon tarpeen arvioi hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa

4. KOKEMUKSIA RUOTSIN HOITOTAKUUKÄRÄJESTELYSTÄ

Ruotsissa kokeiltiin vuodesta 1993 vuoteen 1996 hoitotakuujärjestelmää, joka koski 20 % sairaaloissa tehtävistä leikkaustoimenpiteistä. Takuuseen kuuluneita hoitoja olivat mm. sappileikkaus, polven ja lonkan tekonivelleikkaukset, eturauhasen liikakasvun hoito, kaihileikkaukset osa sydänleikkauksista sekä virtsanpidätyskyvyn korjausleikkaukset naisilla. Hoitotakuupotilaille tuli tarjota toimenpide kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoitopäätös oli tehty. Ellei hoitoa voitu antaa määräajassa omassa sairaalassa hoito siirrettiin toiseen julkiseen tai yksityiseen hoitolaitokseen, joka pystyi järjestämään hoi-

don kolmen kuukauden määräajan kuluessa. (Kärvinge C. Vård- och behandlingsgarantier. Socialstyrelsen 1999; 10:22)

Kokeilun aikana osoittautui, että potilaiden halukkuus siirtyä jonoon asettaneesta hoitolaitoksesta toiseen niissäkään tapauksissa, missä kolmen kuukauden jonotusaika ylittyi, ei ollut suurta. Huomattavalla osalla yksiköistä ei ollut ongelmia hoitotakuuaikojen noudattamisessa. Syyt siihen, mikseivät kaikki sairaalat pystyneet noudattamaan hoitotakuuaikoja eivät kaikilta osin selvinneet. Resurssien epätasainen jakautuminen, hoitokäytäntöjen ja jonokäytäntöjen erot sekä yksiköiden erilaiset hoitoprioriteetit selittivät osan eroista. Kokeilun yhteydessä havaittiin, että hoitofrekvensseissä oli suuria alueiden välisiä eroja. Korkeampi leikkausfrekvenssi ei ilman muuta merkinnyt sitä, että jonotusajat olisivat olleet lyhyet.

Hoitotakuuta käsittelevässä loppuraportissa todetaan, että kokeilu lyhensi jonoja ja odotusaikoja niissä toiminnoissa mihin se oli suunnattu, mutta vaikutus jäi lyhytaikaiseksi. Kokeilun ensimmäisenä vuotena jonojen ja jonotusaikojen lyheneminen saatiin aikaan useissa yksiköissä rationalisointitoimin. Kokeilun viimeisinä vuosina jonot pitenivät uudelleen, minkä katsottiin aiheutuneen mm. terveydenhuollon säästötoimista. Ruotsalaisessa hoitotakuukokeilussa osoittautui ongelmalliseksi myös se, että osin hoidon saatavuuden paraneminen takuun piiriin kuluneissa hoidoissa tapahtui muiden hoitojen kustannuksella ts. niiden saatavuus huononi, kun resursseja suunnattiin hoitotakuusta selviämiseen.

Kokeilu toi esiin myös muita ongelmia. Kun sairaaloiden jonotiedot pääosin eivät olleet kansalaisten tiedossa, heiltä puuttui kokonaiskuva hoidon saatavuudesta muissa yksiköissä. Tätä yritettiin korjata saattamalla jonotietoja julkisiksi ja antamalla potilaille arvio odotettavissa olevasta jonotusajasta. Julkisia jonotietoja alueittain on nykyisin saatavissa kaikista Pohjoismaista, ei kuitenkaan kattavasti. Ruotsin ja Norjan sairaala- ja aluekohtaiset jonotiedot ovat sähköisessä muodossa saatavina samoin kuin Englanninkin. Suomen Hilmo aineisto kertoo mm. toteutuneen jonotusajan hoitokohtaisesti sekä erilaisten hoitojen frekvenssit ikä ja sukupuolivakioitua väestöä kohti. Kansallista reaaliaikaista, aluekohtaista jonotiedostoa ei Suomessa ole.

Norjassa ja Tanskassa potilaalla on huomattavat vapaudet hoitopaikan valinnan suhteen. Samaan suuntaan ollaan menossa myös Ruotsissa. Syksyllä 1998 Ruotsissa oli yli 100 000 potilasta jonottamassa leikkausta tai muuta ei kiireellistä hoitoa. Ruotsalaisesta kaihileikkausraportista vuoden 1998 toiminnasta käy ilmi, että maassa tehtiin yhteensä 54 695 kaihileikkausta. Kolmasosalle potilaista leikkaus tehtiin 3 kuukauden kuluessa leikkaustarpeen toteutumisesta, 61 %:lle 6 kuukauden kuluessa ja 88.2 %:lle vuoden kuluessa. (Lundström M et al. Kataraktkirurgi i Sverige. Årsrapport 1998). Jonotusajoissa on sairaalakohtaisesti merkittäviä eroja. Kaihileikkaustoimintaa harjoittavasta 51 sairaalasta 15 (30 %) kykeni hoitamaan 70 % potilastaan kuudessa kuukaudessa. Raportissa on tietoja myös leikkausindikaatiosta. Hajonta oli melko vähäinen. Noin 40 %:lla potilaista näkökyky paremmassa silmässä oli alle 0.5 ennen leikkausta. Leikkausmäärä tuhatta asukasta kohti vaihteli alueittain neljän ja kahdeksan välillä.

Norjassa sairaaloihin jonotti syyskuussa 2000 noin 280 000 potilasta. Marraskuussa suurkäräjät myönsi miljardi kruunua (740 miljoonaa markkaa) yli kolme kuukautta hoitoon jonottaneiden potilaiden hoitoon. Näitä potilaita oli syyskuussa 2000 noin 100 000. He voivat hakea hoitoa halutessaan muista Pohjoismaista, Englannista, Ranskasta ja Saksasta.

5. MENETELMÄT

Työ on toteutettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin Tilastot ja rekisterit yksikön kanssa sekä Lääkelaitoksen Endoproteesirekisterin kanssa. Käytettyjä tietokantoja olivat Hilmo aineistot vuosilta 1996 - 1999, Stakesin benchmarking aineisto sekä Lääkelaitoksen Endoproteesirekisteri vuosilta 1990 - 1999. Osittain ym. tietokannoista saatujen tietojen varmistamiseksi lähetettiin sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille kysely (liite 5). Kyselyllä selvitettiin hoidon saatavuuden kannalta muiden tietolähteitten perusteella kaikkein ongelmallisimmiksi osoittautuneita erikoissairaanhoidon alueita. Käytössä olevassa diagnoosiluokituksessa (ICD - 10) ja toimenpideluokituksessa on useita satoja nimikkeitä. Keskeisten toimintojen löytämiseksi vuoden 1999 Hilmo-aineistosta etsittiin erikoisalakohtaisesti ne diagnoosit ja diagnoosiryhmät, jotka käsittivät 70 - 80 % hoidetuista potilaista, käytetyistä hoitopäivistä ja hoitajaksoista sekä käytetyistä taloudellisista resursseista. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien osalta tämä ei ollut mahdollista, koska poliklinikkakäyntien hoitoilmoituksista puuttuu diagnoosi 50 % käynneistä.

6. TULOKSET

A. *Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon resursseja eniten kuluttavat toiminnot*

Sydäninfarkti ja sydänlihaksen hapenpuutteeseen ja rytmihäiriöihin liittyvät tilat olivat sisätautien erikoisalalan selvästi eniten vuodeosastohoidon resursseja kuluttavat sairausryhmät. Sydäninfarktien ja angina pectoriksen vuodeosastohoidosta aiheutui molemmista n. 100 mmk:n kustannukset. Infarktien vuodeosastohoitajaksoja oli 10778 ja angina pectoriksen 17 061. Aikuistyyppin diabeteksen vuodeosastohoidon kustannukset olivat 23.7 mmk. Hoitajaksoja oli tässä sairausryhmässä 4 205 ja hoitopäiviä 30 804. Nivelreuman vuodeosastohoitoon käytettiin 52 599 hoitopäivää ja 6 296 hoitajaksoa. Kustannukset olivat 41 mmk. (Liite 1, sivu 1)

Kirurgiassa eniten vuodeosastohoidon resursseja käytettiin angina pectoriksen, ateroskleroosin, reisiluun kaulan murtumien sekä polven ja lonkan nivelrikon hoitoon. Angina pectoriksen hoitoon käytettiin 32 662 hoitopäivää ja 4 162 hoitajaksoa. Kustannukset olivat 140 mmk. Reisiluun kaulan murtumien vuodeosastohoidon kustannukset olivat 90 mmk, polven nivelrikon 81 mmk ja lonkan nivelrikon 71 mmk. Syöpäsairauksista kirurgian resursseja käytettiin eniten rintasyövän hoitoon. Kustannukset olivat kirurgiassa 37 mmk. Tämä on rintasyövän hoidon kustannuksista vain osa. (Liite 1, sivu 3)

Alatiesynnytys ja keisarinleikkaus olivat naistentautien ja synnytysten erikoisalalan eniten resursseja kuluttavia toimintoja. Edellisessä hoitajaksoja oli 36 760 ja hoitopäiviä 141 090. Kustannukset olivat 198 mmk. Jälkimmäisen vastaavat luvut olivat 3 159, 22 305 sekä 45 mmk. (Liite 1, sivu 5)

Pieni sikiöikä ja syntymäpaino yksittäisenä diagnoosiryhmänä oli lastentautien selkeästi eniten resursseja kuluttava diagnoosi. Hoidon kustannukset olivat 87.7 mmk. Hoitopäivien ja jaksojen lukumäärät olivat 38 176 ja 2 009. Nuoruustyyppin diabetes ja astma eivät ole viiden eniten resursseja kuluttavan toiminnan joukossa. Diabeteksen hoitoon käytettiin 6 870 hoitopäivää ja astman hoitoon vastaavasti 6 207. Kustannukset olivat 13 ja 11 mmk. Merkittävä osa näiden sairauksien hoidosta toteutetaan nykyisin polikliini-

sesti tai perusterveydenhuollossa, joten luvut kuvaavat vain osaa hoitoon käytetyistä resursseista. (Liite 1, sivu 6)

Vanhuuden kaihin hoitoon käytettiin 31 527 hoitajaksoa. Hoidon kustannukset olivat 66.5 mmk. Kaihileikkaukset kuluttivat selvästi eniten silmätautien resursseja. Kaihileikkausten kustannuksiksi saatuun summaan on suhtauduttava varauksella. Yksityisten palveluntuottajien leikkaukset eivät pääosin ole kirjautuneet mukaan summaan. Erikoismaksuluokan potilaiden kustannusten kirjautuminen on osittain myös puutteellista. Todennäköisesti kaihileikkaustoiminnan kokonaiskustannukset olivat 1.5 - 2-kertaiset laskelmassa esitettyyn verrattuna. Toiseksi eniten resursseja kuluttavan verkkokalvon irtautuman hoidon kulut olivat 11 mmk. (Liite 1, sivu 7)

Syöpätautien esiintyvyys on kasvussa. Keskeisten syöpäsairauksien hoitomenetelmät kehittyvät nopeasti ja samalla hoidon tulokset paranevat. Rintasyövän hoidon kustannukset syöpätautien erikoisalalla olivat 199 mmk. Hoitopäiviä kertyi 15 897 ja jaksoja vastaavasti 3 094. Toiseksi eniten resursseja kuluttava sairaus on keuhkosityöpä, jonka hoidon kustannukset vuonna 1999 olivat 160 mmk. Imusolmukeesyövän hoidon kustannukset olivat 148 mmk ja eturauhassyövän 50 mmk. (Liite 1, sivu 11)

Kaikki erikoisalot mukaan lukien selvästi eniten yksittäisistä diagnooseista tai diagnosiryhmistä vuodeosastohoidon resursseja kului skitsofrenian hoitoon. Hoitopäiviä oli vuonna 1999 1 077 528 ja hoitajaksoja 11 164. Kustannukset olivat 266 mmk. Masennuksen vuodeosastohoidon kustannukset aikuispotilailla olivat 107 mmk. Lastenpsykiatriassa samanaikaisten tunne- ja käytöshäiriöiden hoitoon käytettiin 29 mmk ja 575 hoitajaksoa sekä masennustilan hoitoon 12 mmk ja 292 hoitajaksoa. (Liite 1, sivut 10 ja 12)

Aivoinfarktien vuodeosastohoitoon erikoissairaanhoidossa käytettiin 7 453 hoitajaksoa ja 72 425 hoitopäivää. Kustannukset olivat 83 mmk. Kun kuntoutus ja osa välittömästi sairastumisen jälkeisestä hoidosta annetaan useissa kunnissa perusterveydenhuollon laitoksissa ovat hoidon kokonaiskustannukset selvästi tätä korkeammat. (Liite 1, sivu 12)

Edellä esitetyn resurssien käytön perusteella on Hilmo-aineistosta haettu erikoisaloittain keskeiset eniten resursseja kuluttavat hoidot ja tarkasteltu niiden frekvenssejä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden sairaanhoitopiireittäin. (Liite 4, sivut 61-120) sekä kunnittain liite 2 sivut 1-27). Tarkastelussa on myös huomioitu toteutuneet jonotusajat.

B. Vuonna 1999 ja vuonna 1997 päättyneiden hoitajaksojen hoitoilmoitustietoja

I. Kaihileikkaukset

Jonotusajan mediaani kaihileikkauksiin oli vuonna 1999 koko maassa 200 vrk ja vuonna 1997 vastaavasti 231 vrk. Leikkaustoiminta on lisääntynyt vuodesta 1997, jolloin hoitajaksoja koko maassa 10 000 asukasta kohti oli 56.4. Vuonna 1999 hoitajaksoja oli vastaavasti 63.7.

Leikkausmäärissä ikä ja sukupuolivakioituun väestöön nähden oli vuonna 1999 jopa nelinkertaisia eroja. Toimenpiteellisiä hoitajaksoja oli eniten Pohjois-Karjalassa

(96.8/10 000 as) ja vähiten Ahvenanmaalla (20.7/10 000 as) sekä Etelä-Savossa (41.2/10 000 as).

Pohjois-Karjalassa tehtiin väestöön nähden eniten kaihileikkauksia vuonna 1999 ja toteutuneiden jonotusaikojen mediaani oli siellä pisin; 419 vrk. Päijät-Hämeessä jonotusajan mediaani oli myös 419 vrk. Maan pisimpiä jonotusaikoja olivat Pirkanmaan 267 vrk, Helsingin 249 vrk ja Vaasan 257 vrk. Nopeimmin hoitoon pääsi Etelä-Karjalassa (jonotusajan mediaani 56 vrk) ja Keski-Pohjanmaalla (57 vrk). Samalla kun jonotusaika koko maassa on lyhentynyt ja toimenpiteiden määrä lisääntynyt vuodesta 1997 vuoteen 1999 lähes neljällä tuhannella, ovat eräät sairaanhoitopiirit lisänneet kaihileikkausten määrää merkittävästi. Varsinais-Suomessa leikkausten määrä lisääntyi 987:llä ja Pohjois-Karjalassa 592:lla. (Liite 3, sivu 1 ja liite 4, sivu 61)

Lääninhallitukset raportoivat Sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä alkusyksystä 2000 erikoismaksuluokan käyttöön liittyviä tietoja. Erikoismaksuluokan potilaiden prosentuaalinen osuus kaikista kaihileikkauspotilaista näyttää korreloivan jonotusajan pituuteen. Erikoismaksuluokkapotilaiden osuus oli korkeimmillaan 70 %. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000. Erikoismaksuluokan käyttö vuonna 1999.)

II. Lonkan tekonivelleikkaukset (uusintaleikkauksia lukuun ottamatta)

Toimenpiteelliset hoitajakset lisääntyivät vuodesta 1997 vuoteen 1999 4 592:sta 4 678:aan. Samalla kuitenkin toimintaan käytetyt hoitopäivät vähenivät 48 504:stä 45 454:ään. Jonotusajan mediaani piteni hieman. Se oli vuonna 1997 128 vrk ja vuonna 1999 vastaavasti 133 vrk. Leikkausmäärissä 10 000 asukasta kohti oli vähemmän hajontaa kuin useimmissa muissa selvitettyissä leikkaustoiminnoissa. Leikkausfrekvenssi oli vuonna 1999 korkein Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (13.0/10 000 as) ja matalin Helsingin sairaanhoitopiirissä (7.8/100 000 as). Korkeat toimenpidefrekvenssit olivat Varsinais-Suomessa (11.8), Vaasassa (11.4) ja Päijät-Hämeessä (11.2). Korkeimman leikkausfrekvenssin sairaanhoitopiirissä, Länsi-Pohjassa oli pisin jonotusajan mediaani (250 vrk) vuonna 1999. Jonotusajan mediaani oli Kainuussa 216 vrk, Keski-Pohjanmaalla 214 vrk, Varsinais-Suomessa 99 vrk, Itä-Savossa 83 vrk ja Ahvenanmaalla 48 vrk. (Liite 3, sivu 9 ja liite 4, sivu 69)

Kuten kaihileikkauksistakin myös lonkan- ja polven tekonivelleikkauksista huomattava osa tehdään erikoismaksuluokan potilaille. Erikoismaksuluokan potilaiden osuus on näissäkin sairausryhmissä suurin siellä, missä jonotusajat ovat pisimmät. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000. Erikoismaksuluokan käyttö vuonna 1999)

III. Polven tekonivelleikkaukset (uusintaleikkauksia lukuun ottamatta)

Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä nousi vuodesta 1997 vuoteen 1999 7.6:sta 8.3:een 100 000 asukasta kohti. Jonotusajan mediaani piteni 161:stä 174 vuorokauteen. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrissä on suurempi hajonta kuin lonkan tekonivelleikkauksissa. Vuonna 1999 korkeimmat toimenpidefrekvenssit olivat Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (15.9), Varsinais-Suomessa (12.0), Päijät-Hämeessä ja Vaasassa (11.4) ja matalimmat vastaavasti Uudenmaan (5.7) ja Helsingin (5.8) sairaanhoitopiireissä. Pisimmät jonotusaikojen mediaanit olivat Etelä-Karjalan 413, Länsi-Pohjan 331

ja Pirkanmaan 229 vrk ja lyhimmät Uudenmaan 124, Varsinais-Suomen 134 ja Etelä-Savon 117 vrk. (Liite 3, sivu 10 ja liite 4 sivu 70)

IV. Suonikohjuleikkaukset

Monet kunnalliset sairaalat suhtautuvat aikaisempaa kriittisemmin suonikohjuleikkausten suorittamiseen. Pelkän kosmeettisen haitan vuoksi leikkauksia tehdään kunnallisissa sairaaloissa aikaisempaa harvemmin. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrissä oli vuonna 1999 kuusinkertaisia eroja. Lapin sairaanhoitopiirissä luku oli 2.9 ja Satakunnan vastaavasti 19.2. Jonotusaikojen mediaanit vaihtelevat Etelä-Savon 23:sta Pohjois-Karjalan 416 vuorokauteen. Valtaosa suonikohjuleikkauksista tulisi voida suorittaa päiväkirurgisesti. Päiväkirurgian prosentiosuuksissa vaihtelu on erittäin suurta. Osuuksiin vaikuttaa olennaisesti se, että merkittävä osa suonikohjuleikkauksista tehdään erikoismaksuluokan potilaille. Nämä potilaat eivät kirjaudu päiväkirurgisiksi. (Liite 3, sivu 11 ja liite 4, sivu 71)

V. Kohdunpoistoleikkaukset

Verrattuna muihin Pohjoismaihin Suomessa tehdään selvästi enemmän kohdunpoistoleikkauksia. Alueelliset erot ovat tässäkin toimenpideryhmässä huomattavat. Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä oli vuonna 1999 toimenpiteellisiä hoitajaksoja/10 000 as 0.7. Vaasassa luku oli 5. Koko valtakunnan jonotusajan mediaani on 48 vrk. (Liite 3, sivu 12, liite 4, sivu 2)

VI. Iskiasleikkaukset

Nikamavälilevytyräleikkauksia tehdään Suomessa myös selvästi muita Pohjoismaita enemmän. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin toimenpiteellisten hoitajaksojen lukumäärä/10 000 as. oli vuonna 1999 12.1 ja Vaasan 3.2. Muita sairaanhoitopiirejä, missä leikkauksia tehdään maan keskilukua enemmän ovat Itä-Savo (11.8), Länsi-Pohja (11.1) sekä Keski-Pohjanmaa (11.2). (Liite 3, sivu 14, liite 4, sivu 74)

VII. Sydämen ohitusleikkaukset

Jonotusajan mediaani koko massa näihin toimenpiteisiin oli vuonna 1999 39 vrk. Ainoastaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä jonotusaika oli tätä merkittävästi pidempi; 110 vrk. Vuoden 2000 aikana ovat ohitusleikkausjonot tästä lyhentyneet niin, että lähes kaikki ohitusleikkaukset voidaan suorittaa kuukauden kuluessa hoitopäätöksestä. Toimenpidemäärissä väestöön nähden oli varsin vähäinen hajonta sairaanhoitopiireittäin. Leikkauksia tehdään enemmän Itä- ja Pohjois-Suomessa, missä sairauden esiintyvyydenkin on suurinta. (Liite 3, sivu 16, liite 4, sivu 76)

VIII. Sappileikkaukset

Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomessa tehdään sappileikkauksia selvästi eniten. Sairaanhoitopiiri-kohtaiset erot ovat suuret. Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä toimen-

piteellisiä hoitajaksoja 10 000 asukasta kohti oli vuonna 1999 10.3, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 10.8 ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 13.4. Vastaavasti Uudellamaalla luku oli 3.1, Helsingissä 2.5, Varsinais-Suomessa 2.7 ja Kanta-Hämeessä 3.2. Erot ovat suurimmillaan nelinkertaiset. (Liite 3, sivu 13, liite 4, sivu 3)

IX. Umpisuolen poistoleikkaukset

Toimenpiteellisten hoitajaksojen lukumäärä oli alhaisin Pohjois-Karjalassa; 10.9 hoitajaksoa 10 000 asukasta kohti. Luku oli korkein Kanta-Hämeessä, missä se oli 18.1. Lähes kaksinkertaiseen eroon toimenpidefrekvenssissä vaikuttamaan muun muassa leikkauspäätöksiä tekevien yleensä ensiapupoliklinikalla toimivien lääkäreiden koulutus ja kokemus. (Liite 3, sivu 18, liite 4, sivu 78)

C. Yksityissairaaloiden osuus leikkaustoiminnasta

Lukumääräisesti eniten yksityissairaaloissa tehtiin kaihileikkauksia. Kun toimenpiteellisiä hoitajaksoja oli yhteensä 32 910 vuonna 1999, niistä 2 092 (6.3 %) tehtiin yksityissairaaloissa. Kitarisan poistoista 1 456 (12.5 %) tehtiin yksityisessä terveydenhuollossa, polviproteesileikkauksista 340 (8 %), lonkkaproteesileikkauksista 396 (8.5 %), suonikohjuleikkauksista 446 (8.7 %) ja sappileikkauksista 15 (0.6 %). Sydämen ohitusleikkauksista 227 (6.7 %) tehtiin yksityissairaaloissa. (Liite 3, sivut 1-18, liite 4, sivut 61-78)

D. Eräiden sisätautien erikoisan päättäneiden hoitajaksojen tietoja vuodelta 1999

I. Sisätaudit

Sydäninfarktin hoitoon kuluu yksittäisistä diagnoosiryhmistä eniten sisätautien erikoisan resursseja. Hoitajaksojen lukumäärissä oli vuonna 1999 melko vähän alueellista vaihtelua. Jaksojen määrät olivat jokin verran muuta maata suuremmat Itä- ja Pohjois-Suomessa. Koko maan keskiluku oli 20.8. Itä-Savossa hoitajaksojen määrä oli 29.0/10 000 as, Pohjois-Karjalassa 28.2 ja Pohjois-Savossa 26.3. Suurta vaihtelua ei ollut myöskään hoitoaikojen pituudessa (Liite 2, sivu 23). Hoitoaikojen mediaani vaihteli kuudesta vuorokaudesta yhdeksään.

Sydäninfarktin hoitoa paljon suurempia vaihteluita oli sydämen vajaatoiminnan vuodeosastohoidossa. Jaksojen määrä oli pienin Etelä-Karjalassa (5.7) ja suurin Itä-Savossa (35.8). Myös nivelreuman vuodeosastohoidossa on suuria alueellisia eroja. Kun Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä hoitajaksoja oli 3.2/10 000 as niin Satakunnassa vastaava luku oli 24.6. Suurta alueellista vaihtelua oli myös hoitoaikojen pituudessa. Mediakit vaihtelivat kahdesta vuorokaudesta kahdeksaentoista. (Liite 3, sivut 24 ja 25)

II. Lastentaudit

Akuutin hengitystietulehduksen hoitajaksojen määrissä oli melko vähäisiä vaihteluita. Enemmän vaihtelua oli hoitopäivien määrässä. (Liite 3, sivu 28) Sekä hoitajaksojen määrässä, että hoitopäivien määrässä oli suuri aluevaihtelu virusperäisten suolistotulehdusten hoidossa lapsilla. Hoitajaksojen määrä vaihteli Helsingin 5.5/10 000 as Itä-

Savon 114.8:aan ja hoitopäivien 12.1:stä/10 000 as 305.5 edellä mainittujen piirien osalta. (Liite 3, sivu 29)

Sairaanhoitopiirien välinen vaihtelu oli vähäisempää astman ja diabeteksen vuodeosastohoidon hoitajaksojen ja hoitopäivien suhteen. (Liite 3, sivut 30, 33)

III. Aikuispsykiatria

Kaikkien eniten yksittäisistä diagnooseista tai diagnoosiryhmistä erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon resursseja kuluu skitsofrenian hoitoon. Skitsofrenian hoitajaksojen määrän aluevaihtelu on vähäistä lukuun ottamatta Lapin sairaanhoitopiirin alhaista lukua. Hoitopäivien lukumäärä 10 000 asukasta kohti jakautuu myös melko tasaisesti. Pohjois-Savon 984.4 hoitopäivää on alhaisin luku. Koko maan mediaani oli 2 085.3. (Liite 3, sivu 35) Yllättävän pieni aluevaihtelu oli myös toisessa paljon psykiatrisen vuodeosastohoidon resursseja kuluttavassa diagnoosissa depressiossa. (Liite 3, sivu 36)

IV. Lastenpsykiatria

Suurin osa erikoisalan vuodeosastohoidon resursseista kuluu käytös- ja tunnehäiriöiden ja masennuksen hoitoon. Alueelliset erot ovat suuria. Käytös- ja tunnehäiriöiden hoitajaksojen määrät vaihtelivat 1.9:sta 36.2:een /10 000 as. Vaihtelua kuvaa hyvin myös hoidettujen potilaiden määrä/10 000 as. Itä-Savossa luku oli 1.3 ja Helsingissä 7.4. (Liite 3, sivu 39) Samantapainen jakauma oli masennusdiagnoosilla hoidetuilla. Hoidettujen potilaiden lukumäärä/10 000 as oli Uudellamaalla 1.8, Helsingissä 6.8, Etelä-Pohjanmaalla 0.3, Lapissa 0.8 (Liite 3, sivu 40). Koska luotettavaa tietoa avohoitokäyntien diagnooseista ei ole on hoidon saatavuuden kokonaiskuvan hahmottaminen näissä diagnoosiryhmissä vaikeaa. Monissa yksiköissä hoidon painopiste on avohoidossa.

V. Syöpätaudit

Rintasyöpä, keuhkosityöpä ja non-Hodgin lymfoma ovat syöpätautien vuodeosastohoidon eniten resursseja kuluttavat toiminnat. Huomattavia alueellisia eroja rintasyövän hoitoon käytetyissä hoitajaksoissa ja hoitopäivissä on. Nämä erot eivät selity sairauden esiintyvyyden eroilla. On kuitenkin otettava huomioon, että painotukset avohoidon ja vuodeosastohoidon kesken samoissa tilanteissa vaihtelevat yksiköittäin. Varsinais-Suomessa rintasyövän hoitajaksoja oli 12.3, Kymenlaaksossa 12.0 Vaasassa 15.2, Kainuussa 0.9, Länsi-Pohjassa 0.7 ja Itä-Savossa 1.9/10 000 as. (Liite 3, sivu 54) Saman suuruinen hajonta oli keuhkosityövän hoidossa. (Liite 3, sivu 55)

E. Palvelujen saatavuuden kuntakohtaiset erot

I. Eräät operatiiviset hoidot

Tiedot perustuvat vuoden 1999 Hilmo-aineistoon. Hoitajakset on ikä- ja sukupuolivakioidu. Maan keskilukua on merkitty sadalla. Kunnat on ryhmitelty sairaanhoitopiireittäin. Asukasluvultaan pienten kuntien osalta on otettava huomioon satunnaisvaihtelun mahdollisuus.

Lonkan tekonivelleikkaukset

Kauniaisten luku oli 156 ja Porvoon 70. Maan keskiluvun ylittävät luvut miltei kaikissa kunnissa oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Vastaavasti keskiluvun alittavat frekvenssit yhtä lukuun ottamatta kaikissa kunnissa oli Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Korkeimmat toimenpidefrekvenssit olivat Aurassa (260), Lemussa (351), Merimaskussa (221), Taivassalossa (222), Jämijärvellä (252), Peräseinäjoella (284) ja Luhangalla (235). Suurimpien kaupunkien frekvenssit olivat lähellä maan keskilukua lukuun ottamatta Turkua, missä luku oli 77. (Liite 2, sivu 16)

Kaihileikkaukset

Jakauma sairaanhoitopiirien eri kuntien kesken on tasaisempi kuin tekonivelleikkauksissa. Selvästi maan keskiluvun ylittäviä frekvenssejä on useimmissa Kainuun sairaanhoitopiirin kunnissa sekä Lounais-Suomen saaristokunnissa. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kaikkien kuntien leikkausfrekvenssit ovat maan keskiluvun alapuolella. (Liite 2, sivu 10)

Kohdunpoistoleikkaukset

Kuntakohtaiset erot sairaanhoitopiirien ryhmässä ovat suuret. Useimmissa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa leikkausfrekvenssit olivat huomattavasti maan keskiluvun yläpuolella; Aurassa 214, Taivassalossa 217, ja Kustavissa 227 ja Turussa 143. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin lähes kaikissa kunnissa frekvenssit olivat maan keskiluvun alapuolella; Iisalmessa 39, Kuopiossa 75, Varkaudessa 73 ja Kaavilla 27. (Liite 2, sivu 12)

II. Eräitä konservatiivisen hoidon hoitopäiväfrekvenssejä kunnittain esimerkkeinä aivoinfarkti, epilepsia, elimelliset unihäiriöt ja sydäninfarkti

Aivoinfarkti

Neljä viidesosaa konservatiivisten alojen vuodeosastoille tulevista potilaista otetaan sairaalaan päivystysluontoisesti. Elektiivinen I. suunniteltu vuodeosastohoito vähenee koko ajan hoitomenetelmien muuttuessa kevyemmiksi ja polikliinisesti toteutettaviksi. Aivoinfarkti on sairaus, jonka vuoksi vuodeosastolle tullaan pääasiassa päivystyksenomaisesti. Kuntakohtaiset erot ovat huomattavan suuret, mikä kuvaa mm. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä työnjakoa. Osassa kunnista alkuvaiheen hoitoa lukuun ottamatta aivoinfarktin hoito toteutetaan perusterveydenhuollon laitoksissa. Maan keskilukuun nähden korkeita hoitopäiväfrekvenssejä on Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kunnissa. Kuitenkin näissäkin piireissä on suuria kuntakohtaisia eroja. Savonlinnan luku oli 210 ja Parikkalan 71. Matalimmat hoitopäiväfrekvenssit olivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa. Helsingin luku oli 124, Turun 51, Tampereen 140, Oulun 307 ja Espoon 105. (Liite 2, sivu 1)

Epilepsia

Epilepsian hoitopäiviä erikoissairaanhoidossa ei useissa etenkin pienissä kunnissa ollut ollenkaan vuonna 1999. Vastaavasti on kuntia, joissa hoitopäivämäärät ovat hyvin korkeita; Kuopio 600, Hirvensalmi 842 ja Maaninka 635. Koska erikoissairaanhoidon avo-
hoitopalveluista ei ole luotettavaa tilastotietoa kokonaiskuva epilepsian hoidosta jää puutteelliseksi. Näyttää kuitenkin siltä, että esim. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä epilepsian hoito on vuodeosastokeskeisempää kuin muualla maassa (Liite 2, sivu 2)

Elimelliset unihäiriöt

Esimerkkinä hoidosta ja tutkimuksesta, jonka indikaatioasettelu on muuttumassa, on elimellisten unihäiriöiden hoito. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin monissa kunnissa hoitopäiväfrekvenssit ovat maan keskilukuun nähden monikertaiset kun taas Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin useimmissa kunnissa ei vuonna 1999 ollut ainuttakaan hoitopäivää. (Liite 2, sivu 3)

Sydäninfarkti

Huomattavasti tasaisempi jakautuma on sydäninfarktinv hoitopäivien kohdalla. Maaseutukunnissa hoitopäiväluku on yleensä suurten kaupunkien lukuja alhaisempi, mikä kuvanee sitä, että perusterveydenhuollossa on enemmän vuodeosastohoitomahdollisuuksia. Suurimmilla kaupungeilla on vuonna 1999 ollut omaa erikoissairaanhoidoa, jossa on hoidettu mm. sydäninfarkteja. Nämä hoitopäivät on huomioitu kunnissa (liite 2, sivu 19).

F. Vaikuttaako sopimusohjausjärjestelmä hoitoon pääsyyn mitattuna jonotusajan pituuden mediaanilla kaihileikkauksiin sekä lonkan ja polven tekonivelleikkauksiin?

Sopimusohjausjärjestelmä erikoissairaanhoidon palvelujen käytön määrittämisessä ja toiminnan suunnittelussa on otettu käyttöön eri asteisena joissakin sairaanhoitopiireissä. Pirkanmaan ja Keski-Suomen järjestelmät poikkeavat jonkin verran. Pirkanmaata ja Keski-Suomea käytettiin tässä työssä sopimusohjaussairaanhoitopiirien esimerkkeinä ja verrokkeina Satakuntaa ja Kymenlaaksoa, missä palveluista sopimista eri ole viety yhtä pitkälle. Näiden sairaanhoitopiirien kuntia verrattiin jonotusaikojen suhteen. Sopimusohjauksen lisäksi testattuja muuttujia olivat: korkea-asteinen koulutus (prosenttiosuus 15 vuotta täyttäneistä), väestötiheys (asukkaita/km²), maa- ja metsätalous (% työllisistä), veroprosentti (verotulot yhteensä mk/asukas), sosiaalitoimen nettokustannukset (mk/asukas), terveystoimen nettokustannukset (mk/asukas), vuosikate (mk/asukas), lainakanta (mk/asukas), suhteellinen velkaantuneisuus %, toimeentulotuki (mk/asukas), huoltosuhde (65 vuotta täyttäneet prosentteina väestöstä), työkyvyttömyyseläkkeen saajat/1 000 työkäistä, työttömät prosentteina työvoimasta, pitkäaikaisyöttömät prosentteina työvoimasta, keskiväkiluku, väestö yhteensä, 65 vuotta täyttäneet yhden hengen asuntokunnat prosentteina, yhden hengen asuntokunnat prosentteina asuntokunnista. Näiden muuttujien joukosta sopimusohjaus osoittautui voimakkaimmin kuntien välisiä jonotusaikojen eroja selittäväksi tekijäksi kaihileikkauksen jonotusaikojen suhteen. Vastaavaa ei havaittu tekonivelkirurgian jonotusajoissa. Sopimusohjauk-

nessa jonotusaika on keskimäärin 41.4 vuorokautta pidempi (95% luottamusväli erotukselle 13.5 - 69.72 vuorokautta) kuin verrokkikunnissa. Malli selittää kuitenkin ainoastaan viidenneksen kuntien välisistä eroista.

Muita jonotusaikaan vaikuttavia muuttujia olivat veroprosentti (jokainen äyripenni lyhentää jonotusta 37 vrk) ja sosiaalitoimen nettokustannukset, jotka lyhentävät jonotusta sekä kunnan velkaantuminen. (Nenonen M. Kunnallislääkäri 8, 2000)

G. Erikoissairaanhoidon palvelujen määrät vuosina 1994 - 1999

Avohoitokäynnit lisääntyivät tarkasteluajanjaksona 8.4 % ja päiväkirurgian määrä kolminkertaistui. Vuodeosastohoitojaksot vähenivät 7.2 % (Taulukko 9). Mielenterveyshäiriöiden avohoitokäyntien kokonaismäärä, perusterveydenhuollon alaisuudessa toimivat mielenterveysyksiköt mukaan lukien lisääntyi 33.4 %. Lastenpsykiatristen avohoitokäyntien määrä lisääntyi 56.3 % ja nuorisopsykiatristen 59.8 %. Aikuispsykiatristen avohoitokäyntien määrä erikoissairaanhoidossa väheni 7 % (Taulukko 10), mutta perusterveydenhuollon lääkäreiden mielenterveyskäynnit kaksinkertaistuivat ja muut perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (hoitajien luokse) lähes viisinkertaistuivat. Huomattava avohoitokäyntien määrän lisäys oli tarkastelujaksona sisätaudeissa (16 %) ja pienempi kirurgiassa (3.2 %). (Taulukko 11)

Taulukko 9. Erikoissairaanhoidon toiminta 1994 - 1999

Vuosi	Avohoitokäynnit	Päiväkirurgia	Vuodeosaston hoitojaksot
1994	5 717 425	50 149	1 019 994
1995	5 852 144	83 861	990 187
1996	6 272 002	112 967	1 015 595
1997	6 281 993	130 171	990 797
1998	6 197 116	142 547	967 863
1999	6 195 951	158 354	946 445

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000

Vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrät lisääntyivät sisätaudeissa ja kirurgiassa. Hoidettujen potilaiden määrä väheni selvästi silmätaudeissa, naistentaudeissa ja synnytöksissä sekä ihotaudeissa. Kaikilla näillä erikoisaloilla polikliininen toiminta ja erityisesti päiväkirurgia lisääntyivät (Taulukko 12). Psykiatriassa hoidettuja potilaita oli lähes sama määrä koko tarkasteluajanjakson.

Taulukko 10. Mielen terveyden häiriöiden avohoito 1994 - 1999

Sarake 1	Sarake 2	Sarake 3	Sarake 4	Sarake 5	Sarake 6	Sarake 7	Sarake 8
1994	5 951	86 709	1 120 063	55 020	50 104	1 317 847	0,26
1995	24 361	190 441	1 103 947	56 314	58 615	1 433 678	0,28
1996	25 086	230 632	1 157 876	67 550	62 699	1 543 843	0,3
1997	28 992	298 048	1 128 769	76 437	67 115	1 599 361	0,31
1998	44 739	350 510	1 113 672	80 882	67 311	1 657 114	0,32
1999	108 623	441 340	1 041 372	86 103	80 980	1 758 418	0,34

Sarake 1	Vuosi
Sarake 2	PTH:n mielen terveyskäynnit/v., lääkäri
Sarake 3	PTH:n mielen terveyskäynnit/v., muu kuin lääkäri
Sarake 4	ESH:n avohoitokäynnit/v., psykiatria (aikuiset)
Sarake 5	ESH:n avohoitokäynnit/v., lastenpsykiatria
Sarake 6	ESH:n avohoitokäynnit/v., nuorisopsykiatria
Sarake 7	Mielen terveyskäynnit yhteensä
Sarake 8	Käynnit yhteensä/as.

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000

Taulukko 11. Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit erikoisaloittain vuosina 1994 - 1999

	Erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit yht./v	ESH:n avohoitokäynnit/v. sisätaudit	ESH:n avohoitokäynnit/v. kirurgia	ESH:n avohoitokäynnit/v. neurokirurgia	ESH:n avohoitokäynnit/v. naistentaudit ja synnytykset	ESH:n avohoitokäynnit/v. lastentaudit	ESH:n avohoitokäynnit/v. silmätaudit	ESH:n avohoitokäynnit/v. korva-, nenä- ja kurkkutaudit	ESH:n avohoitokäynnit/v. foniatria	ESH:n avohoitokäynnit/v. hammas- ja suurairaudet
1994	5 717 425	809 981	892 110	10 365	446 859	288 983	275 187	333 477		28 648
1995	5 852 144	897 191	947 984	10 807	463 499	320 702	283 415	349 807	1 567	32 267
1996	6 272 002	975 318	990 790	11 984	489 004	338 962	301 365	388 733	5 112	36 444
1997	6 281 993	931 918	938 900	12 493	468 402	353 121	297 435	386 497	6 957	40 227
1998	6 197 116	940 307	920 563	12 553	466 717	330 975	288 453	354 965	6 674	40 999
1999	6 195 951	946 082	920 567	10 804	464 156	335 832	298 552	351 327	4 946	46 474

	ESH:n avohoitokäynnit/v. Iho- ja sukupuolitaudit	ESH:n avohoitokäynnit/v. syöpätaudit ja sädehoito	ESH:n avohoitokäynnit/v. neurologia	ESH:n avohoitokäynnit/v. lastenneurologia	ESH:n avohoitokäynnit/v. keuhkosairaudet	ESH:n avohoitokäynnit/v. työlääkätiede	ESH:n avohoitokäynnit/v. fysiatria	ESH:n avohoitokäynnit/v. geriatria	ESH:n avohoitokäynnit/v. psykiatria (aikuiset)	ESH:n avohoitokäynnit/v. lastenpsykiatria	ESH:n avohoitokäynnit/v. nuorisopsykiatria
1994	255 396	162 286	141 138	25 706	161 287	433	155 517	2 356	1 120 063	55 020	50 104
1995	270 130	205 443	155 145	29 351	165 161	465	160 356	1 519	1 103 947	56 314	58 615
1996	303 439	234 094	168 687	31 823	172 149	542	176 696	1 714	1 157 876	67 550	62 699
1997	271 104	238 018	172 510	34 075	175 515	371	191 092	1 871	1 128 769	76 437	67 115
1998	303 182	245 777	174 933	26 719	170 073	319	163 154	1 683	1 113 672	80 882	67 311
1999	290 148	271 686	175 957	24 967	167 286	326	155 788	1 559	1 041 372	86 103	80 980

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000

Taulukko 12. Erikoissairaanhoidon laitoshoido erikoisaloittain 1992 - 1999

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sisätaudit							
hoitajaksot	219 562	229 812	240 523	244 839	256 755	248 282	246 817
keskimääräinen hoitoaika	9	8.5	7.5	7.5	7.2	7.3	6.4
hoitopäivät	1 953 850	1 893 467	1 813 146	1 814 837	1 833 065	1 663 897	1 578 165
potilaat	173 037	181 492	183 129	188 064	197 917	190 087	189 308
Kirurgia							
hoitajaksot	273 993	280 298	302 128	289 529	295 462	291 831	285 661
keskimääräinen hoitoaika	5.7	5.3	5	5	4.9	4.8	4.6
hoitopäivät	1 544 306	1 491 892	1 528 564	1 449 480	1 452 183	1 393 232	1 314 758
potilaat	236 884	240 384	256 267	244 174	249 054	246 727	240 911
Neurokirurgia							
hoitajaksot	7 135	7 157	7 974	8 295	8 376	9 144	9 312
keskimääräinen hoitoaika	6.3	6	5.6	5.7	5.8	5.6	5.6
hoitopäivät	44 901	43 525	44 440	47 665	48 645	51 313	52 046
potilaat	6 095	6 053	6 684	7 067	7 173	7 941	8 035
Naistentaudit ja synnytykset							
hoitajaksot	148 425	138 843	143 067	130 690	128 900	124 404	120 335
keskimääräinen hoitoaika	4.4	4.2	4	4	3.9	3.9	3.7
hoitopäivät	654 082	586 416	577 854	528 470	506 976	485 538	449 980
potilaat	129 427	120 440	122 651	111 754	109 146	105 353	101 379
Lastentaudit							
hoitajaksot	71 746	76 246	70 495	74 184	73 022	71 984	67 441
keskimääräinen hoitoaika	4.3	4.1	4.1	3.9	3.9	4	3.9
hoitopäivät	311 120	309 965	290 561	293 951	283 901	288 677	260 772
potilaat	57 487	60 308	54 096	56 632	55 666	54 613	50 937
Silmätaudit							
hoitajaksot	31 085	29 386	31 600	28 536	28 742	23 708	20 002
keskimääräinen hoitoaika	3.6	3.2	2.7	2.5	2.2	2	2
hoitopäivät	110 392	93 263	83 868	71 065	63 186	48 158	40 809
potilaat	27 234	25 867	27 473	25 118	25 339	20 850	17 445
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit							
hoitajaksot	39 437	37 284	43 978	38 447	39 236	38 420	37 927
keskimääräinen hoitoaika	3.1	2.9	2.5	2.6	2.5	2.3	2.3
hoitopäivät	120 274	107 220	110 945	99 415	96 291	89 157	87 498
potilaat	36 664	34 350	40 770	35 552	36 421	35 605	35 232
Iho- ja sukupuolitaudit							
hoitajaksot	8 360	7 984	8 923	8 713	8 979	9 308	7 563
keskimääräinen hoitoaika	9.3	8.9	8.3	7.7	7.4	7	6.7
hoitopäivät	77 803	71 347	73 961	66 945	66 185	64 940	50 677
potilaat	6 753	6 456	7 043	6 990	7 099	7 017	5 677
Syöpätaudit ja sädehoito							
hoitajaksot	15 130	15 057	15 386	16 365	17 645	17 947	18 501
keskimääräinen hoitoaika	7.6	7.3	7.2	6.9	6.3	6.1	5.7
hoitopäivät	114 289	109 927	110 337	113 039	111 586	109 852	104 916
potilaat	6 285	6 348	6 094	6 411	6 743	6 899	6 956

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Psykiatria							
hoitajaksot	37 863	38 005	42 702	44 024	46 472	46 419	48 232
keskimääräinen hoitoaika	171.6	135.9	90.2	62.1	66.7	51.5	46.7
hoitopäivät	2 955 989	2 658 228	2 514 585	2 385 041	2 280 972	2 137 079	2 049 911
potilaat	34 312	33 415	32 386	32 706	33 898	33 369	34 029
Neurologia							
hoitajaksot	28 872	30 920	37 135	40 392	42 041	41 984	42 171
keskimääräinen hoitoaika	9.6	7.7	8.8	8.4	7.9	8.2	7.8
hoitopäivät	241 323	260 792	333 221	337 945	338 792	338 952	334 165
potilaat	23 568	25 687	30 745	33 195	34 959	35 103	35 120
Keuhkosai- raudet							
hoitajaksot	42 510	42 135	42 544	44 650	46 731	44 924	43 524
keskimääräinen hoitoaika	7.2	6.7	6.2	5.8	5.6	5.6	5.5
hoitopäivät	300 907	280 189	264 452	262 504	264 032	251 057	237 296
potilaat	29 098	28 893	28 795	30 908	32 014	30 944	30 567
Muut							
hoitajaksot	8 121	8 911	15 199	16 541	17 981	15 413	14 994
keskimääräinen hoitoaika	32.2	32.1	27.7	28.8	23	16.8	13.4
hoitopäivät	239 024	317 313	405 767	412 388	406 400	226 293	217 236
potilaat	7 009	8 176	13 678	14 851	15 837	13 650	13 182
Muut kuin psykiatria yht.							
hoitajaksot	919 560	920 378	959 589	941 214	964 301	938 068	914 639
keskimääräinen hoitoaika	6.5	6.2	5.8	5.9	5.7	5.6	5.2
hoitopäivät	5 866 262	5 669 653	5 643 963	5 498 180	5 477 453	5 016 867	4 733 838
potilaat	758 196	755 003	777 990	760 758	777 684	755 264	735 057

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000

Vuodeosastolla hoidettujen potilaiden kokonaismäärä, kun psykiatria ei oteta huomioon, väheni jonkin verran 1992 vuoteen 1998. Keskimääräinen hoitoaika lyheni 6.5 vrk:sta 5.2:een. Hoitajaksojen määrä pysyi lähes muuttumattomana, mutta hoitopäivien määrä väheni merkittävästi.

Vuodeosastolla hoidettujen potilaiden lukumäärissä on yllättäviä eroja väestömääriltään samankokoisten piirien välillä. Siten esim. Varsinais-Suomessa hoidettuja potilaita oli vuonna 1999 70 742 ja väestömäärältään saman suuruisella Pirkanmaalla vastaavasti 57 428.

H. Palvelujen laatu esimerkkinä tekonivelkirurgia

Tekonivelkirurgiaa tehdään Suomessa vähän verrattuna muihin Pohjoismaihin. Tässä toiminnassa on pitkiä jonoja useissa sairaanhoitopiireissä. Lääkelaitoksen alainen Endo-proteesirekisteri kerää tiedot kaikista Suomessa suoritetuista tekonivelleikkauksista. Tietoja on kerätty 1980-luvulta lähtien. Proteesien irtoamisfrekvenssi on eräs tekonivelkirurgian laadun mittareista. Sellaisenaan se on eräs selkeimmistä ja helpoimmin mitattavista erikoissairaanhoidon toiminnan laadun mittareista. Irtoamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. käytetyn proteesimallin ominaisuudet, leikkaustekniikka ja leikkaajan kokemus sekä eräät potilaasta johtuvat syyt. Sekä polvi, että lonkkaproteesien irtoamisfrekvensseissä on sairaanhoitopiireittäin ja yksittäisten sairaaloidenkin välillä huomatta-

via eroja. Uusintaleikkausten määrä vuosina 1990 - 1999 lonkkaproteesien osalta vaihteli Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen 42/100000 asukasta Länsi-Pohjan 9.9 ja Uudenmaan 13.1:een. Vuosina 1998-1999 Pirkanmaan luku oli huomattavasti pienempi; 35.4. Varsinais-Suomen luku oli 43.9. (Taulukko 13) Polviproteesin uusintaleikkausten suhteen korkein luku vuosina 1998 - 1999 oli Itä-Savon 20.9 ja matalin Vaasan 1.9 (Taulukko 14). Uusintaleikkaukset ovat primaarileikkauksia huomattavasti vaativampia ja kalliimpia. Sekä polven- että lonkan tekonivelleikkausten uusintaleikkausten frekvenssi Suomessa on muita Pohjoismaita korkeampi. Polven tekonivelleikkausten osalta se on Pohjoismaihin verrattuna kaksinkertainen.

Taulukko 13. Lonkan tekonivelleikkausten uusintaleikkaukset sairaanhoitopiireittäin / 100 000 asukasta vv. 1990 - 1999 sekä 1998 - 1999

Väestö	1990 - 1999/ 1000 000 as.	1998 - 1999/ 100 000 as.
Pirkanmaa	42.62	35,39
Varsinais-Suomi	42.11	43,94
Ahvenanmaa	39.35	39,60
Etelä-Pohjanmaa	33.67	32,05
Itä-Savo	31.31	35,22
Satakunta	28.75	31,27
Kanta-Häme	27.33	26,96
Päijät-Häme	27.15	37,30
Pohjois-Savo	21.94	21,78
Keski-Suomi	21.54	23,45
Kymenlaakso	20.70	20,76
Pohjois-Karjala	20.61	24,75
Keski-Pohjanmaa	19.46	16,84
Vaasa	18.76	18,97
Etelä-Savo	17.94	17,17
Kainuu	17.30	18,72
Helsinki	17.25	19,53
Lappi	16.32	18,19
Pohjois-Pohjanmaa	15.83	15,00
Etelä-Karjala	14.42	13,61
Uudenmaa	13.18	13,12
Länsi-Pohja	9.88	11,33

Lähde: Lääkelaitos, Endoproteesirekisteri, 2000

Taulukko 14. Polven tekonivelleikkausten uusintaleikkaukset sairaanhoitopiireittäin / 100 000 asukasta vv. 1990 - 1999 sekä 1998 - 1999

Väestö	1990 - 1999/ 100 000 as.	1998 - 1999/ 100 000 as.
Itä-Savo	19.57	20,91
Pohjois-Savo	17.10	17,54
Ahvenanmaa	15.88	10,33
Varsinais-Suomi	13.88	19,02
Kymenlaakso	11.04	13,84
Pirkanmaa	10.04	11,60
Kainuu	9.49	7,95
Satakunta	8.37	8,63
Päijät-Häme	7.92	9,26
Kanta-Häme	7.60	6,53
Pohjois-Pohjanmaa	7.37	8,08
Etelä-Pohjanmaa	6.65	7,24
Keski-Suomi	6.44	7,75
Etelä-Karjala	6.08	4,98
Keski-Pohjanmaa	5.82	7,86
Pohjois-Karjala	5.27	6,34
Etelä-Savo	5.07	5,89
Helsinki	4.37	5,07
Länsi-Pohja	4.30	3,85
Lappi	4.08	4,83
Uudenmaa	3.83	4,72
Vaasa	1.67	1,93

Lähde: Lääkelaitos, Endoproteesirekisteri, 2000

I. Sairaanhoitopiirien vastaukset palvelujen saatavuutta koskevaan kyselyyn

Kyselyllä haluttiin selvittää jonotusaikoja keskeisiin ei kiireellisiin hoitoihin, joissa Hilmo-aineiston perusteella oli saatavuusongelmia. Kysely osoitettiin sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille. Kyselykaavake on liitteenä (liite 5). Tietoja pyydettiin myös aluesairaaloiden osavastuualueiden jonoista.

Kyselyyn vastasivat 10 viikon kuluessa yhtä lukuun ottamatta kaikki sairaanhoitopiirit. Aluesairaaloiden tietoja saatiin vähemmän. Useista vastauksista puuttuvat jonotusaikojen mediaanit ja/tai aritmeettiset keskiarvot. Joissakin vastauksissa ilmoitetaan tietojen perustuvan arvioon. Kysymyskaavakkeen johdanto-osassa pyydettiin vastauksia, jotka perustuvat 20 viimeksi hoidetun potilaan toteutuneisiin jonotusaikoihin. Näistä syistä vastausten tiivistäminen kaikki sairaanhoitopiirit käsittäväksi erikoisalakohtaiseksi yhteenvedoksi ei ollut mahdollista. Sairaanhoitopiirien vastaukset sellaisenaan ovat liitteenä (liitteet 6-11).

I. Lastenpsykiatria

Ei kiireellinen polikliininen hoidon arviointi voidaan valtaosalle potilaista tehdä useimmissa sairaanhoitopiireissä alle kahdessa kuukaudessa. Hajonta on suurta ja pitkiä jono-

tusaikoja on mm. HUS:n lasten ja nuorten sairaalassa, Etelä-Savossa sekä Keski-Suomessa. Kiireellinen polikliininen hoidon tarpeen arviointi voidaan lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä suorittaa muutaman vrk:n kuluessa. Sama pätee kiireelliseen vuodeosastohoitoon. Ei kiireellisen vuodeosastohoidon aloittaminen hoidon tarpeen toteamisesta kestä useissa sairaanhoitopiireissä useita kuukausia. Nämä potilaat ovat kuitenkin useimmiten vuodeosastolle pääsyä odottaessaan polikliinisessä hoidossa ja joidenkin lastenpsykiatristen osastojen ei kiireellinen vuodeosastohoito jaksottuu siten, että potilaita otetaan hoitoon tiettyinä ajankohtina useamman potilaan ryhminä (Liite 6).

II. Nuorisopsykiatria

Kiireellinen hoidon tarpeen arviointi sekä polikliinisen ja vuodeosastohoidon aloitus voidaan hoitaa kaikissa sairaanhoitopiireissä muutamassa vrk:ssa. Jonotusajat ei kiireellisen polikliiniseen hoidon tarpeen arviointiin ja hoidon aloitukseen vaihtelevat paljon. Pitkiä jonotusaikoja (2 - 4 kk) on HUS:n lasten ja nuorten sairaalassa. Useimmat yksiköt voivat kuitenkin aloittaa nämäkin hoidot alle kuukauden jonotusajan jälkeen. Ei kiireelliseen vuodeosastohoitoon on useiden kuukausien jonotusaikoja HUS:ssa ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (Liite 7)

III. Aikuispsykiatria

Aikuispsykiatrian jonotusajat ovat lasten- ja nuorisopsykiatrian jonotusaikoja lyhyempiä. Sekä kiireellisissä, että ei kiireellisissä tapauksissa hoidon tarve voidaan arvioida heti tai muutaman vuorokauden kuluessa ja aloittaa kiireellisissä tapauksissa muutaman vuorokauden kuluessa. Ei kiireelliseen hoitoon pääsee kuukaudessa yhtä lukuun ottamatta kaikissa sairaanhoitopiireissä (Liite 8).

IV. Kirurgia

Tekonivelkirurgia

Tekonivelkirurgian sekä polikliinisen hoidon arvion että leikkaushoidon jonotusajat ovat koko erikoissairaanhoidon pisimpiä. Suomessa on kaikkiaan 67 tekonivelkirurgiaa tekevää sairaalaa. Vain harvassa sairaanhoitopiirissä hoidon tarpeen arviointi voidaan suurimmalla osalla arvioon lähetetyistä potilaista suorittaa alle kolmessa kuukaudessa. Pisimmät jonotusajat hoidon arvioonkin ovat lähes vuoden mittaisia. Pisimmät jonotusajan mediaanit leikkaushoitoon ovat 500 päivän luokkaa. Peijaksen sairaalassa jonotusajan aritmeettinen keskiarvo (mediaania ei ole ilmoitettu) lonkan tekonivelleikkaukseen oli 750 vrk ja polvileikkaukseen vastaavasti 1095 vrk. Jorvin sairaalassa vastaavat luvut olivat 180 ja 150 vrk. Kaikki kyselyyn vastanneet pääkaupunkiseudun ulkopuolella olevat aluesairaalat ilmoittivat kykenevänsä hoitamaan tekonivelpotilaansa vuoden kuluessa. Keskussairaaloista lyhyimmät jonotusajat olivat Savonlinnassa, Oulussa ja Rovaniemellä. (Liite 9).

Kirurgia, yleiskirurgia ja gastroenterologia

Nivustyrä, suonikohju- ja sappileikkaukset ovat näiden alojen eniten tehtyjä toimenpiteitä. Sekä nivustyrä- että suonikohjuleikkaukset suoritetaan nykyisin valtaosin päiväkirurgisesti. Täyhystystekniikalla tehty sappileikkaus on Suomessa nykyisin hyvin harvoin päiväkirurginen toimenpide. Jonotusaikojen mediaanit ja aritmeettiset keskiarvot ovat pisimmät suonikohjuleikkauksissa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ilmoituksen mukaan suonikohjuleikkaukseen jonottaminen kestää keskimäärin neljä vuotta ja pisimmillään seitsemän vuotta. Usean vuoden jonotusaikoja on myös Keski-Suomessa, Jorvin sairaalassa sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Nivustyräleikkausten ja sappileikkausten osalta jonotusaikojen mediaanit ja aritmeettiset keskiarvot ovat suurimmasa osassa sairaanhoitopiireistä selvästi alle vuoden mittaisia ja useissa aluesairaaloissa ainoastaan 2 - 3 kuukauden mittaisia. (Liite 10)

V. Silmätaudit

Leikkaushoidon tarpeen arvio tehdään silmätautien erikoislääkäreiden yksityisvastaanotolla hyvin monessa sairaanhoitopiirissä. Näissä tapauksissa lähetteen tultua erikoissairaanhoidon yksikköön potilaat asetetaan suoraan leikkausjonoon. Niissä sairaaloissa, missä leikkaustarve arvioidaan sairaalan poliklinikalla valtaosassa leikkausarvio voidaan tehdä kolmen kuukauden kuluessa. Vaihtelut jonotusajoissa itse leikkaukseen ovat suuret. Lyhimmillään jonotusaika on Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä, missä se on selvästi alle kuukauden mittainen. Jonotusajan mediaani tai keskiarvo alittaa kuusi kuukautta myös Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä, TYKS:ssä ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä. Jonotusaika on pisin Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä, missä jonotusajan aritmeettinen keskiarvo on sairaanhoitopiirin ilmoituksen mukaan 18 kuukautta. (Liite 11)

VI. Sisätaudit

Valtaosa sisätautien vuodeosastojen potilaista tulee sairaalaan päivystyspoliklinikoiden kautta tai muuten kiireelliseen hoitoon. Hilmo-aineiston perusteella jonotusajat sisätautihoitoihin ovat lyhyet. Sairaanhoitopiireille toimitetussa kyselyssä haluttiin selvittää ruoansulatuskanavan täyhystysten ja sydämen ultraäänitutkimusten jonotusaikoja. Usean kuukauden jonotusaikoja täyhystystutkimuksiin on vain muutamissa sairaanhoitopiireissä. Valtaosassa jonotusaikojen keskiarvot ja mediaanit ovat kuukauden luokkaa. (Liite 12)

VII. Naistentaudit

Naistentautien osalta selvitettiin kohdunpoistoleikkausten jonotusaikoja. Jonotusaikojen keskiarvot ja mediaanit eivät missään kyselyyn vastanneessa yksikössä ja sairaanhoitopiirissä ylitä kolmea kuukautta. (Liite 13)

VIII. Syöpätaudit ja kuvantaminen, keuhkosairaudet ja korvataudit

Syövän levinneisyystutkimuksissa käytettäviin magneetti- ja tietokonekerroskuvaustutkimuksiin on joissakin yksiköissä jonoja. Jonoja on pyritty purkamaan mm. lisätyöjärjestelyin. Syöpäpotilaiden osalta tutkimukset voidaan tämän kyselyn vastausten perusteella järjestää kohtuujassa, yleensä 1 - 2 viikon kuluessa. Keuhkosairauksien polikliinisiin hoitoihin (COPD-sairaus) jonotusajat ovat myöskin alle kuukauden mittaisia. Pitkiä jonotusaikoja sen sijaan on valtaosassa sairaanhoitopiireistä kuulolaitteen tarpeen arviointiin ja laitteen sovittamiseen. Koulutuksen saaneita kuulontutkijoita ei ole riittävästi. Useat sairaanhoitopiirit olisivat valmiita palkkaamaan heitä, jos kuulontutkijoita olisi tarjolla. Toinen jonotukseen vaikuttava seikka on apuvälinemäärärahojen vähyys. Laitteita ei voida kustantaa nykymäärärahoilla kaikille niitä tarvitseville. (Liite 13)

IX. Yli kolme kuukautta hoidon arviota ja yli vuoden hoitoa jonottaneet potilaat

Sairaanhoitopiireiltä pyydettiin arvioita yli 3 kuukautta hoidon arvioita ja yli vuoden hoitoa jonottaneiden potilaiden määrästä erikoisaloittain sekä näiden potilaiden hoidon kustannuksista. Tietoja saatiin vain muutamista piireistä ja ainoastaan Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit toimittivat laskelman jonottajien hoidon hinnasta. Pohjois-Savon ja Pohjois-Karjalan osalta laskelma päättyi 45 mmk:aan, mikäli hoito toteutettaisiin nyt kunnille myytävillä hinnoilla eikä esim. lisätyönä omassa sairaalassa tehtynä. Yli vuoden jonottaneita oli Pohjois-Savossa 2953, joista 2345 jonotti kirurgiaan ja 503 silmätauteihin. Pirkanmaalla yli vuoden jonottaneita oli 1 551, joista 963 jonotti kirurgiaan, 195 silmätauteihin ja 204 korvatautien toimenpiteisiin. Yli kolme kuukautta hoidon arviota odottaneita oli Pirkanmaalla 4 670, joista kirurgiaan jonotti 1441, silmätauteihin 998 ja korvatauteihin 864. Pohjois-Savossa vastaava luku oli 1 777, joista kirurgiaan jonotti 664, silmätauteihin 64 ja korvatauteihin 257.

7. POHDINTA

Neljä viidesosa vuodeosastohoidossa olevista potilaista tulee sairaaloihin joko päivystyspoliklinikoilta tai muuten kiireelliseen hoitoon. Erikoissairaanhoidon resursseista suurin osa kuluu vuodeosastohoitoon.

Tässä työssä selvitettiin erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuutta selvittämällä jonotusaikoja vuosien 1999 ja 1997 Hilmo-tiedostojen avulla sekä keskeisten toimintojen osalta kyselyllä, joka toimitettiin sairaanhoitopiireihin. Hilmo-aineistoista selvitettiin myös eri erikoisalojen tärkeimpien diagnoosien tai diagnoosiryhmien vuodeosastohoidon määriä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden sairaanhoitopiireittäin. Avohoitokäyntien poistoilmoituksista puuttuu diagnoosi n. 50 %:sta, mikä vaikeuttaa kokonaiskuvan saamista erikoissairaanhoidon toiminnasta. Vuodeosastohoitojen piirikohtaiseen vertailuun on suhtauduttava varauksella, koska osa hoidoista on siirretty polikliiniksiksi eräissä sairaaloissa. Toimenpiteellisten hoitajaksojen osalta luvut ovat vertailukelpoisia. Lukumäärä merkitsee suoritettuja leikkauksia leikkaustyypeittäin. Tulosten arvioinnissa on myös huomioitava, että perusterveydenhuollon toiminnasta diagnoosiryhmittäin ei ole käytettävissä samanlaisia tietokantoja kuin erikoissairaanhoidosta. Kun joissakin sairaaloissa vuodeosastohoitoja on siirretty polikliiniksiksi niin hoito-

ketjuja on myös kehitetty siten, että aikaisemmin erikoissairaanhoidon kuuluneita tehtäviä on siirretty perusterveydenhuoltoon.

Hilmo-aineisto perustuu erikoissairaanhoidossa palveluja saaneiden potilaiden hoitoilmoituksiin. Hoitoilmoitukset eivät ole virheettömiä. Paitsi avohoidossa olleitten potilaitten diagnooseja puuttuu mm. vuodeosastohoitopotilaiden sivudiagnooseja. DRG-laskutukseen siirtyminen on lisännyt hoitoilmoitusrekisterin luotettavuutta. Rekisterin luotettavuus on parhaimmillaan niissä vuodeosastohoidoissa, joihin sisältyy leikkaustoimenpide. Hilmo-rekisteristä saatuihin hoidon kokonaiskustannuksiin on suhtauduttava varauksella. Yksittäisen potilaan hoidon kustannukset ilmoitetaan hoitoilmoituksessa. Kaikki hoidon kustannukset eivät kaikkien yksiköiden osalta ole todennäköisesti kirjautuneet.

Sairaanhoitopiirien vastaukset olivat siinä määrin heterogeenisiä, ettei yhteenvedon luominen niistä lukuina ollut mahdollista. Kyselyn tarkoituksena oli varmistaa Hilmo-aineistoista saatua kuvaa selvittämällä 20 viimeksi hoidetun potilaan toteutuneet jonotusajat eri erikoisalojen keskeisissä toiminnoissa.

Suomessa jonotetaan pisimpään tekonivelkirurgiaa ja kaihileikkauksia. Näissä jonoissa on myös eniten potilaita. Useiden kuukausien jonotusaikoja on myös lastenpsykiatriseen vuodeosastohoitoon sekä paikoin nuorisopsykiatriseen vuodeosastohoitoon. Näiden potilaiden osalta on huomioitava, että useimmat heistä ovat polikliinisessä hoidossa eivät siis kokonaan hoidotta jonotusaikanaan. Alueelliset erot ovat huomattavia. Kyselyyn vastanneet aluesairaalat selviävät ei kiireellisestäkin hoidosta useimmiten 6 kuukaudessa. Monissa väestömääriltään keskikokoa pienemmissä sairaanhoitopiireissä jonotusajat olivat muita lyhyemmät.

Jonotusaikojen mediaanit kuvaavat aritmeettisiä keskiarvoja paremmin jonotusaikoja. Valtaosa tekonivelleikkaukseen ja kaihileikkaukseen jonottavista potilaista saa hoidon kahdeksassa kuukaudessa. Jonotusaikojen aritmeettiset keskiarvot ovat mediaaneja pidempiä, mikä kuvaa sitä, että jonoissa on potilaita, jotka jonottavat huomattavan pitkään. Mitä nämä potilaat ovat? Onko jonoissa potilaita, jotka on jo hoidettu, jotka eivät halua enää hoitoa tai jotka eivät tiedä olevansa jonossa tai ovat jopa kuolleet? Kanadan terveysministeriö selvitti kolme vuotta sitten maansa sairaaloiden kirurgisia jonoja ja päätyi tulokseen, jonka mukaan 30 % jonoissa olevista kuului ym. ryhmiin. Tuoretta julkaistua tutkimustietoa Suomesta vastaavasta asiasta ei ole. Jonojen osalta selvitystyötä tulisi jatkaa niin, että sairaala ja erikoisalakohtaisesti tutkitaan millaisia ovat hyvin pitkään jonottavat potilaat. Ovatko hoitoindikaatiot kohdallaan ja ovatko jonottajat hukkaita hoitoon?

Tässä työssä ei ole selvitetty hoitoindikaatioiden alueellisia eroja. Indikaatiot kuitenkin vaihtelevat sairaaloittain ja saman yksikön eri lääkäreiden välillä. Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian käynnistämät hoito-ohjelmaprojektit pyrkivät näyttöön perustuvaan lääketieteeseen nojaten luomaan nykyistä yhtenäisempiä hoitokäytäntöjä keskeisiin sairausryhmiin. Alueelliset hoito-ohjelmat soveltavat näitä suosituksia sekä määrittelevät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa.

Jonotus yksinään ei kuvaa hoidon saatavuutta kovinkaan hyvin. Tässä tutkimuksessa selvitettiin myös erikoissairaanhoidon palvelujen määriä ikä ja sukupuolivakioituun väestöön nähden sairaanhoitopiireittäin. Joidenkin leikkaustoimenpiteiden osalta havaittiin, että siellä missä toimenpidefrekvenssit olivat korkeita myös jonotusajat olivat pit-

kiä. Kun perusleikkausten määrissä ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on jopa viisinkertaisia eroja täytyy hoitoindikaatioissakin olla huomattavia eroja. Osaselitys on palvelujen tarjonta. Jos jotakin palvelua tarjotaan paljon sitä myös kysytään paljon. Terveystieteidenhuollossa on hyvin harvoin ”käyttämättömiä” resursseja. Kun jokin hoito korvataan uudella vähemmän resursseja kysyvällä näin vapautuva kapasiteetti tulee yleensä heti käyttöön ja väestölle tarjotaan aikaisempaa enemmän erikoissairaanhoidon palveluita.

Indikaatioiltaan relatiivisten hoitojen frekvenssit vaihtelevat alueittain ja kunnittain paljon. Esimerkkeinä ovat uniapnean tutkimukset ja hoito sekä suonikohjuleikkaukset. Molempia hoidetaan vain erikoissairaanhoidossa, joten työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei selitä eroja. Suomessa on alueita, joissa näitä hoitoja ei tarjota juuri ollenkaan ja keskisuuria tai suuria kuntia, joissa hoitopäiviä tai toimenpiteitä ei juuri ole. Toisaalta esim. Varsinais-Suomessa erityisesti uniapnean tutkimuksia tehdään hyvin paljon. Yllättävän suurta vaihtelua on myös syöpäsairauksien vuodeosastohoidossa. Osa vaihtelusta selittyy kuitenkin hoitotapojen erilaisuudella. Paikoin annetaan polikliinisesti sellaisia hoitoja, mitä muualla annetaan vuodeosastolta käsin.

Useimmilla erikoisaloilla valtaosa vuodeosastohoidon resursseista kuluu muutaman diagnoosiryhmän potilaiden hoitoon. Tällaisia paljon resursseja kuluttavia diagnooseja ovat skitsofrenia, angina pectoris, nivelreuma, diabetes, kaihi sekä lonkan ja polven nivelrikko. Hoitopäivien ja toimenpiteiden määrissä näissäkin ryhmissä on suuria alueellisia vaihteluita, jotka hoitopäivien osalta voivat selittyä vuodeosastohoidon ja polikliinisen hoidon painotusten eroilla.

Sopimusohjauksella pyritään erikoissairaanhoidon palvelujen määrän ja kustannusten parempaan ohjattavuuteen ja kustannusten hallintaan. Tässä työssä haettiin vastausta siihen, lisääkö sopimusohjaus kuntien välisiä eroja hoidon saatavuudessa. Testatuista muuttujista sopimusohjauksella näytti olevan selvin vaikutus palvelujen saatavuuteen. Jonotusaika kaihileikkaukseen oli sopimusohjauksessa 45.5 vrk pidempi kuin ilman sitä. Tekonivelleikkausten osalta vastaavaa eroa ei saatu.

Sairastavuus ja odotettavissa oleva elinaika vaihtelevat alueittain. Itäsuomalaisilla on ylikuolleisuutta länsisuomalaisiin verrattuna. Tärkeimmät syyt alueellisiin eroihin ovat verenkiertoelinten sairaudet. Alueellinen selvitys väestön sairastavuudesta on tehty mm-Länsi-Suomen läänissä (Harju S. Länsi-Suomen läänin väestön sairastavuuden analyysi, 1997). Kuolleisuudessa, odotettavissa olevassa eliniässä ja sairastavuudessa mitattuna työkyvyttömyyseläkkeitten ja erityiskorvattavien lääkkeitten määrinä on yhden läänin alueellakin eroja. Sairastavuuseroja ei ole huomioitu tässä työssä. Niiden huomioiminen niiltä osin kuin tuoreet tiedot ovat saatavissa todennäköisesti jonkin verran muuttaisi nyt esitettyä kuvaa, jos arviointiperusteena käytettäisiin palvelujen tarjontaa suhteessa sairastavuuteen.

Muualla Euroopassa toteutettujen hoitotakuukokeilujen tavoiteaikoja

Ruotsalaisessa hoitotakuukokeilussa hoidon saatavuuden tavoiteaika oli kolme kuukautta. Takuu koski niitä alueita, joilla jonotusajat olivat pisimmät. Suuri osa ruotsalaisista sairaaloista kykeni antamaan hoidon kolmessa kuukaudessa jo useampivuotisen hoitotakuuprojektin alkuvaiheessa ja ne, jotka eivät siihen kokeiluun alkuvaiheessa pystyneet, yleensä saavuttivat tavoitteen ensimmäisen vuoden aikana. Norjassa on vuoden

2001 alusta siirretty järjestelmään, jossa hoito tulee tarjota kolmen kuukauden kuluessa hoitopäätöksessä. Mikäli näin ei ole, potilas on vapaa hakemaan hoitoa oman sairaalansa ulkopuolelta sekä kotimaasta että ulkomailta. Brittilä hallituksen terveysohjelmassa on myös hoidon saatavuuteen liittyviä tavoitteita niin, että vuoteen 2008 mennessä kaikki hoito voitaisiin tarjota kolmessa kuukaudessa. Espanjassa on toteutettu projekti, jonka tavoitteena on ollut lyhentää erikoissairaanhoidon jonoja. Projekti on osoittanut, että pelkkä resurssien lisääminen ei ratkaise ongelmaa. Resurssien lisäämisen ohella on yhtenäistettävä hoitoindikaatioita, lisättävä koulutusta ja huolehdittava siitä, että sovitusta hoitoindikaatioista pidetään kiinni. (González-Busto B, Garcia; Waiting lists in Spanish public hospitals Syst. Dyn. Rev 1999)

Sairaala- ja sairaanhoitopiirikohtaiset erot jonotusajoissa

Jonotusajat aluesairaaloissa ja pienissä keskussairaaloissa ovat yleensä kohtuullisia. Yli vuoden jonottaneet potilaat ovat pääsääntöisesti jonottaneet leikkaushoitoon. Näiden potilaiden osuus kaikista leikkauspotilaista alittaa jokaisessa sairaanhoitopiirissä 10 % rajaan. Kun toimenpidefrekvensseissä on suuria alueellisia eroja ja on ilmeistä, että paikoin leikkausmäärät ovat väestömäärään nähden tarpeettoman korkeita paikoin liian alhaisia suhteutettuna valtakunnallisiin ja Pohjoismaisiin keskilukuihin. Hoitoindikaatioita tarkistamalla saattaa vapautua kapasiteettia, joka voidaan käyttää niiden alueiden potilaiden hyödyksi, missä jonotusajat ovat pitkiä. Sairanhoitopiirien välisiä raja-aitoja madaltamalla, ostamalla palveluja oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta voitaisiin kunnallisen sektorin resurssit käyttää tehokkaammin. Sairanhoitopiirien välinen yhteistyö mahdollistaa myöskin sen, ettei jouduta ylläpitämään pieniä, 1 - 2 specialistin yksiköitä, jotka ovat helposti haavoittuvia. Erikoislääkäreiden palkkaaminen on todennäköisesti helpompaa yksikköön, jossa on useita spesialisteja.

Laatu

Tarjottujen palvelujen laatua ei tässä selvityksessä ole evaluoitu. Vain joistakin yksittäisistä toiminnoista on saatavana systemaattista tietoa hoidon laadusta. Tällaisia ovat mm. tekonivelkirurgia, sydänleikkaukset sekä verisuonikirurgia. On arvioitu, että 3,7 % sairaaloissa hoidetuista potilaista kärsii haitasta, joka johtuu palvelun puutteellisesta laadusta. (Nolan TW. System changes to improve patient safety. BMJ 2000; Wu A. Medical error: the second victims. BMJ 2000) Puolesta tapauksista haitta olisi ollut estettävissä.

Erikoissairaanhoidon tarve 2000-luvun alkuvuosikymmeninä

Väestön ikärakenteen muutokseen perustuvia ennusteita palvelujen odotettavissa olevasta käytön kasvusta on vähän. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on julkaissut ennusteen, joka käsittelee sairaanhoitopiiriä kokonaisuutena erikoisaloittain. Ennuste ulottuu myös osavastuualue- ja kuntatasolle. (Lamminen V. Kuntakohtaiset erikoissairaanhoidon käyttöennusteet väestön määrän ja ikärakenteen kehityksen funktiona, 1998-2030. VSShp 1998.) Ennusteen laatimiseksi on laskettu hoitopalvelujen nykyinen käyttö kussakin kunnan, erikoisalan, sukupuolen ja ikäluokan perusteella määräytyvässä ennusteryhmässä lähtövuonna 1997. Hoitopalvelujen käyttö on laskettu vuosien 1995 - 1997 keskiarvona ekvivalentteina DRG-painotettuina hoitajaksoina sairaanhoitopiirin

hoitoilmoitusaineiston perusteella. Väestöennusteena on käytetty Tilastokeskuksen huh-tikuussa 1998 julkaisemaa väestöennustetta vuosille 1998 - 2030. Ennuste ei huomioi sairastavuuden muutoksia vaan lähtee ainoastaan väestö- ja ikärakenteen muutoksesta.

Väestön määrän ja ikärakenteen muutos aiheuttaa erikoissairaanhoidon palvelujen käytössä kasvua tasaisesti vuoteen 2025 saakka, minkä jälkeen kasvu ennusteen mukaan tasaantuu. Käytön vuotuinen kasvu kaikki erikoisalot huomioiden on vuosina 1998 - 2030 0,8 %. Suurten ikäluokkien tullessa eläkeikään vuosina 2010 - 2015 ei ennusteen mukaan ole odotettavissa suurta hoitopalvelujen kysynnän kasvua. Kasvu on yli 1 %/vuosi sisätaudeissa, silmätaudeissa ja keuhkosairauksissa sekä iho- ja sukupuoli-taudeissa. Kysyntä vähenee naistentauksissa ja synnytyksissä ja lastentaudeissa.

Vaihtoehtoja erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisessa

Monet erikoissairaanhoidon toiminnot ovat sellaisia, että samaa hoitoa, esim. leikkausta tehdään standardoiduin menetelmin yhdessä yksikössä useita satoja, parhaassa tapauksessa useita tuhansia vuodessa. Laadun ja tehokkuuden parantamiseksi on paljon tehtävissä. Suomessa on yksiköitä, jotka tekevät vaativaakin leikkaustoimintaa vain muutamia tai muutamia kymmeniä toimenpiteitä vuodessa. Tekonivelkirurgiaa harjoittaa Suomessa 67 sairaalaa. Tampereella aloittaa toimintansa vuoden 2002 alussa tekonivelkirurgiaan erikoistunut kunnallisena liikelaitoksena toimiva yksikkö, jonka tarkoituksena on tuottaa kaikki Pirkanmaan tekonivelleikkaukset, niiden uusintaleikkaukset sekä tarjota palveluja Pirkanmaan ulkopuolellekin. Työntekijät ovat tulospalkkauksessa. Työntekijämäärä on leikkausmääriin nähden kunnalliseen sairaalaan verrattuna vähäinen. Yksikön on tarkoitus kilpailla laadulla, laatutakuulla ja hinnoilla.

Jos malli osoittautuu toimivaksi se levinnee muuallekin Suomeen ja muihinkin toimintoihin.

Suomen Kuntaliiton ehdotus palvelusetelikokeiluksi

Kuntaliiton palvelusetelimallin tarkoituksena on palvelujen saatavuuden parantaminen yhden terveystalon ratkaisuun tähtäävissä, selkeästi rajatuissa, ei kiireellisissä hoitoissa, joita ovat mm. eräät leikkaushoidot. Kuntaliitto katsoo, että kilpailun ulottaminen koskemaan kaikkia terveystalouksia on ilmeisen epärealistista. Paitsi potilaan valinnan mahdollisuuksia, palvelusetelijärjestelmällä pyritään lisäämään palvelujen saannin nopeutta ja joustavuutta. Setelin rahoituksesta vastaavat kunta tai sairaanhoitopiiri ja potilas itse. Omarahoitusosuus ei voi olla pienempi kuin jos potilaalta perittäisiin asiakasmaksut. Jos näin kävisi saattaisi palvelusetelistä muodostua verotettava etuus. Palvelusetelillä potilas voisi hankkia hoidon myös muusta kuin oman sairaanhoitopiirinsä hoitolaitoksesta sekä yksityiseltä palvelun tuottajalta. Mikäli ehdotusta lähdetäisiin toteuttamaan alkuvaiheessa niin, että harmaakaihileikkaukseen jonottavat (22 000 potilasta) lonkan primaariin tekonivelleikkaukseen jonottavat (27 000 potilasta) tähytys-sappileikkaukseen jonottavat (4 300 potilasta) sekä tähytyksenä tehtävään tyräleikkaukseen jonottavat (6 900) potilasta otettaisiin palvelusetelikokeilun piiriin hoitoa jonottaneiden kokonaismäärä vähenisi yli kolmanneksen. Jos yllä mainitut jonot hoidettaisiin kolmessa vuodessa olisivat lisäkustannukset arviolta 100 mmk/ vuosi.

Paitsi kuntien, sairaanhoitopiirien ja potilaiden rahoituksella kuntaliitto esittää vaihtoehtoina yhdistelmärahointismalleja, joissa olisivat mukana mm. Raha-automaattiyhdistys, sairausvakuutusjärjestelmä ja valtiovarainministeriö. Kullekin hoidolle olisi kokeilussa määritelty maksimiarvo. Setelin arvon ylittävä hinta olisi potilaan omalla vastuulla. Ehdotukseen liittyy useita avoimia arvonlisäverotusta sivuavia kysymyksiä.

Kuntaliitto arvioi kokeilusta saataviksi hyödyiksi mm. hoitamatta jättämisestä aiheutuvien kustannusten vähenemisen, mahdollisuuden nykyistä nopeampaan reagointiin kuntalaisten muuttuviin hoitotarpeisiin sekä kilpailun, tuotannon ja rahoituksen läpinäkyvyyden lisääntymisen, hoitoindikaatioiden yhtenäistymisen ja laadun paranemisen. Mahdollisia haittoja ovat setelin piirissä olevien hoitojen kysynnän lisääntyminen muiden hoitojen kustannuksella ja eri väestöryhmien palvelujen saannin tasa-arvon väheneminen.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET

1. Valtaosa potilaista pääsee Suomessa erikoislääkärin konsultaatioon kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon. Tässä työssä ei selvitetty niitä viiveitä, joita aiheutuu ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä. Kuu-kautta pidempiä jonotusaikoja on kaihileikkausarvioon, ortopedisten hoitojen , erityisesti tekonivelleikkausten tarpeen arvioon sekä muutamissa sairaanhoitopiirissä lastenpsykiatriseen ja nuorisopsykiatriseen hoidonarvioon ja kuulolaitteen tarpeen arvioon.

Pisimmät jonotusajat vuodeosastohoitoon ovat samoilla aloilla ja pääsääntöisesti samoissa sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa kuin hoidonarvioonkin. Jonotusaikojen mediaanit niissäkin sairausryhmissä, missä jonotetaan pisimpään ovat 6 kk:n luokkaa, joten valtaosa potilaista pääsee näissäkin ryhmissä hoitoon kohtuuajassa. Jonotusajat ortopedisiin ja kaihileikkauksiin ovat pisimmillään 2 - 3 vuotta sekä lastenpsykiatriseen ja nuorisopsykiatriseen vuodeosastohoitoon 8 - 12 kuukautta. Aluesairaaloiden ja pienten keskussairaaloiden jonotusajat ovat yleensä suurten sairaaloiden jonotusaikoja lyhyemmät niissä sairausryhmissä, missä jonotusajat ovat pisimmät.

2. Tavallisimpien sairauksien hoitopäivä- ja leikkausfrekvensseissä on suuria alueellisia eroja. Hoidon saatavuuden kokonaisarvion kannalta avohoitokäytien diagnoosikohtaisen vertailtavuuden vaikeudet hankaloittavat kuvan muodostamista. Perusleikkausten frekvenssierot ovat 2 - 5-kertaisia ja indikaatioiltaan relatiivisempien leikkausten vielä suuremmat. Erot hoitopäivissä ja hoitajaksoissa/ väestö vaihtelevat tavallisimpienkin sairauksien osalta, mutteivät yhtä paljon kuin leikkausfrekvenssit. Erot selittyvät osittain erilaisilla hoitokäytännöillä sekä erilaisella työnjaolla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.
3. Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseksi esitetään ryhdyttäväksi seuraaviin toimiin:
 - I. Valtakunnallista ja alueellista hoito-ohjelmien kehittämistä jatketaan ja tehostetaan ja niiden soveltamista käytännön toimintaan evaluoidaan määrääjain tavoit-

teena indikaatioasettelun erojen vähentäminen ja erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden alueellisten erojen kaventaminen.

- II. Vuoden 2002 loppuun mennessä sairaanhoitopiirien tulee antaa polikliiniset hoionarviot kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut.
- III. Vuoden 2002 loppuun mennessä sairaanhoitopiirien tulee antaa kaikki hoito, jonka indikaatiot ja menetelmät perustuvat Käypä Hoito projektin ohjeisiin, alueellisiin hoito-ohjelmiin tai muuten yleisesti hyväksytyihin menetelmiin vuoden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Tämän jälkeen hoidon saatavuutta tulee edelleen parantaa niin, että Terveystieteiden tutkimuskeskus -projektin suosituksiin päästään.
- IV. Siirtymävaihe ulottuu vuoden 2002 loppuun, mihin mennessä jonotusaikojen enimmäisajat alittavat yllä esitetyt rajat. Määräaikoja pidempään jonottaneiden potilaiden hoito sairaaloiden nykyhinnastojen mukaan maksaa n. 450 mmk. Potilaat voidaan hoitaa normaalina työaikana työn uudelleen järjestelyin sekä virkaehtosopimuksen mukaisin lisätyöjärjestelyin normaalin työajan ulkopuolella, jolloin hoidon kustannukset ovat n. 15 - 25 % korkeammat kuin normaalina työaikana tehtynä.
- V. Mikäli sairaanhoitopiiri ei voi järjestää hoitoa ja hoidon arvioita määräajassa sen tulee tarjota potilaalle kyseinen hoito toisessa sairaanhoitopiirissä. Mikäli palvelu halutaan ostaa yksityiseltä palveluntuottajalta on huomioitava, että niiden henkilöiden, jotka määrittävät hoitoindikaatiot kunnallisella sektorilla ja muutoin hoitaisivat potilasta, ei tule osallistua samojen potilaiden hoitamiseen yksityis-sektorilla. Sairanhoitopiiri maksaa hoidosta aiheutuvat kulut. Potilaan omaksi osuudeksi tulevat samat maksut kuin hoidon tapahtuessa omassa sairaanhoitopiirissäkin.
- VI. Sairanhoitopiirien väestöille tiedotetaan jonotustilanteesta säännönmukaisesti ja jonotiedot saatetaan sähköiseen muotoon vapaata tarkastelua varten tietosuojanäkökohdat huomioiden.
- VII. Hoidon saatavuuden aikatavoitteissa pysyminen edellyttää indikaatioasettelun arvioinnin ja toimintatapamuutosten lisäksi lisätyöjärjestelmien käyttöä ja lisäresurssointia toimintoihin, missä hoidon saatavuus on heikoin.

Kiitokset

Selvitystyön kuluessa on kuultu useita erikoissairaanhoidon asiantuntijoita. Heidän kanssaan käydyt keskustelut ovat olennaisesti vaikuttaneet työhön. Keskusteluissa esitetty rakentava kritiikki on myös muovannut loppuraporttia. Selvitysmies haluaa erityisesti kiittää professori Anja Tuulosta Oulun yliopistollisesta sairaalasta, ylilääkäri Juha Nevalaista Lääkelaitoksesta, apulaisyllilääkäri Pekka Jokipiitä Seinäjoen sairaalasta, ylilääkäri Matti Liukkoa Suomen Kuntaliitosta, erityisasiantuntija Heikki Punnosta Suomen Kuntaliitosta ja johtajaylilääkäri Veikko Mäkelää Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä.

9. KIRJALLISUUS

1. Eurobarometri 1998, Euroopan komissio. <http://europa.eu.inf/comm/eurostat/.html>
2. OECD Health Data 2000 (3 Aug 2000)
3. NOMESCO (Nordic Medico Statistical Committee) 60:2000
4. Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:10. Lääkärit ja hammaslääkärit terveyskeskuksissa lokakuussa 1999
5. Nenonen M, Isolauri J, Rasilainen J. Terveysthuolto 2000-luvulle: Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Selvitystyön tilastotaulukot. Stakes 13/2000
6. Information & Statistics Division. National Health Service in Scotland. Scottish Health statistics 1998. Edinburgh 1999
7. Liukko M, Hakanen U-R, Pajunen R, Jaakkonen K. Pääseekö hoitoon? Hoitokuukokeilun raportti 4. Suomen Kuntaliitto 2000
8. Kärvinge Christina. Vård och behandlingsgarantier. Socialstyrelsen 1999; 10:22
9. Lundström M, Sten Thorburn U, W. Kataraktkirurgi i Sverige. Årsrapport 1998. Nationella Kataraktregistret
10. Sosiaali- ja terveysministeriö. Erikoismaksuluokan käyttö vuonna 1999
11. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2000. Stakes (painossa)
12. Nenonen M. Kunnallislääkäri 2000;8
13. Harju S. Länsi-Suomen läänin väestön sairastavuuden analyysi 1997. Länsi-Suomen lääninhallitus nro 2000
14. González-Busto B, Garcia B. Waiting lists in Spanish public hospitals: A system. Syst. Dyn. Rev. 1999; 15:220-24
15. Nolan TW. System changes to improve patient safety. BMJ 2000; 320:771-3
16. Wu A. Medical error: the second victim. BMJ 2000; 320:726-7
17. Lamminen V. Kuntakohtaiset erikoissairaanhoidon käyttöennusteet väestön määrän ja ikärakenteen kehityksen funktiona vuosina 1998 - 2030. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 1998.