

Vaikuttavuus SOTE:ssa

white paper

suoritteista tuloksiin

Laura Pitkänen
Ira Haavisto
Pauliina Vähäviita
Paulus Torkki
Riikka-Leena Leskelä
Vesa Komssi

Tiivistelmä

Vaikuttavuusperusteinen johtaminen on noussut maailmanlaajuisesti sosiaali- ja terveysalan päättäjien puheisiin viime vuosina. Myös Suomessa nyt on oikea harpata kohti vaikuttavuutta. Sote-uudistuksen yhteydessä palvelujärjestelmän rakenteet muuttuvat joka tapauksessa, ja nykYTEknologia mahdollistaa vaikuttavuuden jatkuvan mittaamisen. Myös kuluttajaistuminen nostaa potilaalle relevanttien vaikutusten merkitystä entisestään.

Vaikuttavuus on terveystaloustieteessä vakiintunut käsite, joka tarkoittaa toiminnalla aikaansaatuja muutosta ihmisen terveydentilassa, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa. Kustannusvaikuttavuus puolestaan tarkoittaa muutoksen suhdetta sen aikaansaamiseksi käytettyihin euroihin. Kustannusvaikuttavuus on soten keskeinen mittari, sillä se kertoo, paljonko terveyshyötyä on saavutettu käytettyä euroa kohden. Michael Porterin lanseeraama käsite Value-Based Healthcare eli arvo- tai vaikuttavuusperusteinen terveydenhuolto tarkoittaa kustannusvaikuttavuuteen tähtäävää terveydenhuollon johtamista. Suomen kontekstissa voimme puhua koko soten vaikuttavuusperusteisesta johtamisesta. Vaikuttavuusperusteinen johtaminen on leimallisesti asiakaskekskeinen käsite: mittaamisen keskiössä ovat asiakkaalle relevantit hyvinvointivaikutukset. Vaikuttavuusperusteisen johtamisen nousu on osa suurempaa yksilöllisyyden megatrendiä.

Vaikuttavuustiedolla johtamista jarruttaa Suomessa kaksi asiaa. Yhtäältä mittaaminen kohdistuu väärin asioihin: me mittaamme tällä hetkellä pikemminkin suoritteita kuin vaikutuksia. Toisaalta kerättävä tieto on hajallaan eri järjestelmissä ja vapaana tekstinä, jolloin sen hyödynnettävyys on heikko.

Vaikuttavuutta voi mitata eri näkökulmista. Tällä hetkellä olennaisin puute on asiakkaan raportointien toimintakyky- ja asiakaskokemustietojen¹ puute. Mitamme vaikuttavuutta terveydenhuollossa yhä lähinnä kuolleisuuden kaltaisilla karkeilla mittareilla. Tällöin asiakkaan näkökulma ja vaikutukset asiakkaan toimintakykyyn ja hyvinvointiin jäävät pimentoon.

Vaikuttavuusperusteisuuteen voi ja tulee pyrkiä sote-järjestelmän kaikilla tasoilla. Yhteiskunnan kannalta kattavan vaikuttavuustiedon kerääminen ja vertailu on tarpeen, koska siten rajalliset resurssit osataan suunnata kustannusvaikuttavasti. Rahoitusmalleissa tämä tulee huomioida vaikuttavuusperusteisten kannustinten muodossa, jolloin rahoittaja maksaa vaikutuksista eikä suoritteista. Tuottajan näkökulmasta vaikuttavuuteen kannattaa pyrkiä paitsi kannustimien vuoksi, myös oman kilpailukyyn parantamiseksi.

Vaikuttavuuden mittaamisesta ja vaikuttavuustiedon hyödyntämisestä on esimerkkejä niin maailmalta kuin Suomestakin, mutta kokonaisvaltaisesti vaikuttavuusperusteista sote-järjestelmää ei ole vielä missään luotu. Jokainen sote-alan toimija voi pyrkiä edistämään vaikuttavuusperusteisuutta omalta osaltaan. NykYTEknologialla jatkuva toimintakyvyn ja asiakaskokemuksen mittaaminen ja raportointi on jo kaikkien ulottuvissa.

Suomessa moni on aloittamassa vaikuttavuuden mittaamista ja tuskailee parhaiten mittarien valinnan kanssa. Tietojen vertailtavuus edellyttää, että saavutamme tietosisällöistä kansallisen yhteisymmärryksen. Täydellisyyden tavoittelun sijasta kannattaa kuitenkin lähteä rohkeasti liikkeelle ja hyväksyä se, että epätäydellinenkin vaikuttavuusmittaristo on parempi kuin ei mitään.

¹ns. PROM- ja PREM-mittarit: PROM = Patient Reported Outcome Measures, PREM = Patient Reported Experience Measures

Johdanto

Vaikuttavuus on jokaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon parissa toimivalle tuttu käsite, mutta mitä se tarkalleen tarkoittaa, ja miksi ja miten vaikuttavuusperusteisuuden tulisi pyrkiä?

Tämän paperin tarkoitus on syventää lukijan ymmärrystä vaikuttavuudesta käsitteenä ja ehdottaa käytännönläheisiä ohjenuoria, miten kohti vaikuttavuusperusteisempaa sote-järjestelmää voidaan kulkea. Suomessa ja muualla maailmassa on tällä hetkellä monia erilaisia käsityksiä vaikuttavuudesta. Jotkut näkevät vaikuttavuuden utopistisena ja siten mahdottomana tavoitteena, jotkut näkevät vaikuttavuuden vain uutena terminä jo etabloidusta käsitteestä (esim. laatu), jotkut kokevat vaikuttavuuden kustannusvaikuttavuutena, kun taas toiset näkevät vaikuttavuuden lähinnä mittaamisen ja raportoinnin näkökulmasta. Yhtä ja ainoaa oikeaa lähestymistapaa ei ole. Tämän paperin tarkoituksena on yhtenäistää käsitystä siitä, mitä vaikuttavuus sosiaali- ja terveydenhuollossa Suomessa on, ja mitä se voisi olla, jotta monitahoinen keskustelu ja työskentely olisi yhtenäisempää.

Suomessa vaikuttavuudesta ollaan keskusteltu jo vuosia, mutta kehitys on ollut hidasta – mahdollisesti osin siksi, että käytännön esimerkkejä on vielä melko vähän, ja siksi, ettei vaikuttavuus ole tällä hetkellä Suomen sote-järjestelmän keskiössä. Vaikuttavuuden mittaamiseksi on jo nyt olemassa hyvät puitteet, niin datan keräämisen kuin tiedon jalostamisenkin näkökulmasta, mutta vaikuttavuustiedon hyödyntämisestä osana sote-johtamista ei ole kokonaisvaltaisia esimerkkejä. Jotta vaikuttavuus voidaan aidosti asettaa tavoitteeksi, tulee vaikuttavuuden mittaamisen olla jatkuvaa ja monipuolista.

Vaikuttavuuden haaste

Terveydenhuollon päättäjiä on aina kiehtonut ajatus siitä, että palveluntuottajille maksettaisiin terveydestä, ei sairaudesta. Legendan mukaan jo muinaisessa Kiinassa keisarin henkilölääkärille maksettiin palkkaa niin kauan kuin keisari pysyi terveenä. Kun tämä sairastui, lääkärin palkanmaksu loppui ja jos keisari kuoli, lääkäri menetti päänsä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon (eli soten) tavoitteena on ylläpitää ja tuottaa terveyttä rajallisilla resursseilla. Näin ollen keskiössä on se, miten osaamme kohdentaa resurssit siten, että niillä saadaan aikaan haluttuja vaikutuksia mahdollisimman kustannustehokkaasti. Kansanterveyden näkökulmasta tavoitteena on kustannusvaikuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon tuottaminen koko väestölle huomioiden samanaikaisesti eri väestöryhmien ja yksilöiden erityistarpeet. Nämä yksilölliset tarpeet tulevat vaikuttavuusperustaisuuden kautta paljon nykyistä paremmin huomioitua.

Suomen sote-alan kehittämisen tavoitteina taas on usein mainittu ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen sekä kustannusten nousun hillitseminen. Kansantaloudellisesti ja -terveydellisesti vaikuttavuus (ja kustannusvaikuttavuus) on yhdistävä tekijä näille. Kustannusvaikuttavuuden avulla kyetään arvioimaan, millaisia hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia saadaan aikaan erilaisilla panoksilla eri väestöryhmissä ja maantieteellisesti eri alueilla.

Vaikuttavuusperusteisuus on nostettu kansainvälisesti keskeiseksi terveydenhuollon painopisteeksi (Porter et al. 2012). Myös OECD:n ministerineuvosto painottaa vuoden 2017 lausunnossaan vaikuttavuutta ja sen merkitystä asiakkaille. Lausunnossa tunnistetaan vaikuttavuuden mittaamisen tärkeys ja kannustetaan vaikuttavuuteen liittyvien uusien toimintatapojen ja menetelmien kehittämiseen ja käyttöönottoon (OECD, 2017). Monet organisaatiot ympäri maailman ovatkin ottaneet vaikuttavuusperusteisuuden strategiseksi ohjenuoraksi (Hillary et al. 2016) ja aloittaneet työnsä vaikuttavuuden mittaamisen mahdollistamiseksi. Suomessa vaikuttavuuden mittaaminen ja mittaustulosten hyödyntäminen johtamisessa on kuitenkin vielä hyvin vajavaista: vaikuttavuutta mitataan yhä harvoin ja pääsääntöisesti kliinisillä mittareilla, kuten kuolleisuus, komplikaatiot ja uudet osastojaksot.

Tässä paperissa määritellään vaikuttavuudella johtamiseen liittyvät peruskäsitteet sekä käydään esimerkkien kautta läpi, miten sote-palveluiden vaikuttavuutta voidaan pohjoismaisessa kontekstissa mitata ja toimintaa johtaa vaikuttavuusperusteisesti. Tavoitteena on tuottaa tietoa vaikuttavuusperusteisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta, avata vaikuttavuuteen liittyviä käsitteitä ja tarjota konkreettisia ehdotuksia siitä, miten vaikuttavuusperusteisen sosiaali- ja terveydenhuollon

voisi jalkauttaa Suomeen ja miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa voidaan kehittää vaikuttavuusperusteisempaan suuntaan. Toivomme paperin toimivan johdantona niin päätöksentekijöille kuin järjestäjille ja tuottajillekin, sekä kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuudesta kiinnostuneille.

Vaikuttavuus käsitteenä

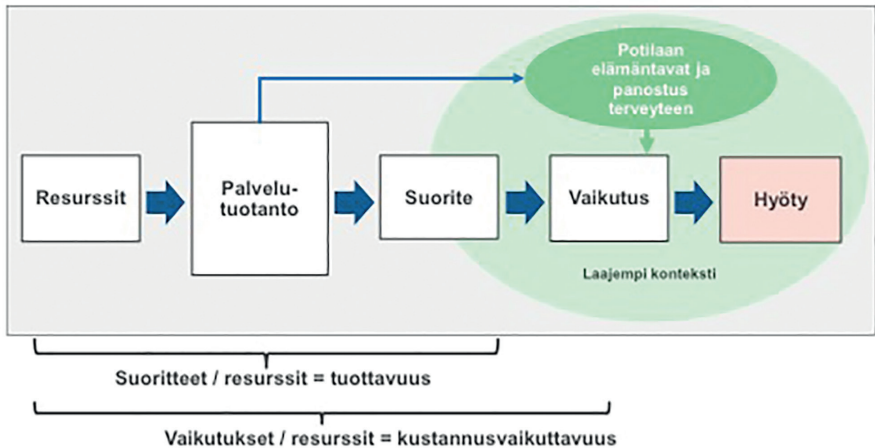


Terveystaloustieteessä vaikuttavuus on jo vakiintunut termi, ja sillä tarkoitetaan toiminnalla aikaansaatuja, rutiiniosuhteissa tapahtunutta muutosta ihmisten terveydentilassa (Sintonen ja Pekurinen 2006, Drummond 2005, Malmivaara 2013). Kustannusvaikuttavuus puolestaan on vaikuttavuuden suhde kustannuksiin, jotka vaikutuksen aikaansaamiseksi ovat syntyneet. Termejä kustannusvaikuttavuus ja vaikuttavuus käytetään toisinaan myös ristiin ja synonyymeina – termiä kustannusvaikuttavuus voidaan käyttää erityisesti silloin, kuin kustannuspuolta halutaan korostaa.

Vaikuttavuusperusteisella johtamisella (value-based healthcare) taas tarkoitetaan (soten) johtamisjärjestelmää, jossa kustannusvaikuttavuus on nostettu ensisijaiseksi tunnusluvuksi ja tavoitteeksi (Porter 2009). Porter käyttää kustannusvaikuttavuudesta termiä value, arvo, ja vaikuttavuusperusteisesta soten johtamisjärjestelmästä termiä value-based healthcare. Vaikuttavuusperusteinen (tai arvoperusteinen) johtaminen soveltuu kuitenkin aivan yhtä lailla sosiaalihuollon kontekstiin.

Vaikuttavuuden mittaaminen täydentää muita sote-mittareita. Vaikuttavuusperusteinen johtaminen rakentuu aiemmin tehdyn päälle ja jalostaa erityisesti tuottavuusmittaamista pidemmälle. Terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskuvan kannalta on edelleen relevanttia mitata prosessien laatua, asiakastyytyvyyttä, turvallisuutta, saatavuutta sekä tuottavuutta.

Kuva 1 esittää sosiaali- ja terveydenhuollon arvoketjun ja selventää suoritteen ja vaikutuksen sekä tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden suhteita.



Kuva 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon arvoketju.

Vaikutus on siis muutos potilaan todennettavissa olevassa tilassa: terveydessä, hyvinvoinnissa, elämälaadussa tai toimintakyvyssä. Hyöty (utility) taas on subjektiivisempi mittari: miten potilas hyötyy tai hyödyntää vaikutusta omassa elämässään.

Vaikka vaikuttavuuden käsite on Porterin (2004) julkaisujen jäljissä saanut terveydenhuollon piirissä runsaasti huomioita sekä tutkijoilta että klinikoilta, rinnakkaisia käsitteitä on lanseerattu myös ennen ja jälkeen Porterin (esim. Brimer 1997). Suomessa esimerkiksi Malmivaara (2013) on lanseerannut käsitteen arki-vaikuttavuuden lääketiede (Real-Effectiveness Medicine), joka korostaa tiedon ja osaamisen merkitystä, kun pyritään tuottamaan mahdollisimman paljon terveyshyötyä potilaille arkitodellisuudessa (vastakohtana kliinisille tutkimusasetelmille). Terveydenhuollossa on myös käynnissä laajempi trendi, jossa potilaan yksilöllisiä tarpeita pyritään huomioimaan, sekä lääketieteessä (personalized medicine) että räätälöityjen hoitopolkujen kautta (personalized healthcare). Vaikuttavuuskäsitteen nousu keskeisempään asemaan sote-johtamisen kontekstissa voidaan nähdä osana tätä megatrendiä jossa pyritään huomioimaan potilaat yksilöinä, heidän yksilöllisten tarpeidensa ja tavoitteidensa myötä (Lindblad et al. 2017), verrattuna perinteiseen järjestelmään, jossa terveydenhuolto on suunniteltu palvelemaan potilasryhmiä diagnoosin tai demografian mukaan (esim. diabeetikot tai lapset). Vaikuttavuuskeskustelun kanssa rinnakkain kulkee myös keskustelu siitä, että potilas tulisi tulevaisuudessa tehdä aktiivisemmaksi omassa hoidossaan (McCull-Kennedy 2017).

Vaikuttavuusperusteisuus on lähtökohtaisesti asiakaskeksinen käsite: Porterin lähtökohtana on nimenomaan kysyä potilailta heille relevantteja asioita (Porter 2010). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaat otetaan mukaan valitsemaan sairauskohtaisia mittareita, joiden sitten oletetaan olevan relevantteja kaikille saman potilasryhmän potilaille. Vastaavasti pitkäaikaishoivan vaikuttavuuden mittari ASCOT painotetaan väestökohtaisesti vastaamaan tutkimuksessa

havaittavia preferenssejä (Netten et al. 2012).

Porterin ajattelussa asiakaskeskeisyys toteutuu siis asiakassegmenttitasolla. Asiakaskeskeisyys voisi kuitenkin toteutua vielä paremmin ja yksilöllisemmällä tasolla. Kunkin kysymyksen kohdalla voitaisiin kysyä varsinaisen vastauksen ohella kysymyksen relevanssi potilaalle, esimerkiksi painoarvona välillä 0-1. Vastausten keskiarvo voitaisiin painottaa näillä painoarvoilla, vastaavaan tapaan kuin esimerkiksi suomalaisissa vaalikoneissa usein (Suojanen et al. 2007). Haluttaessa tuloksia voitaisiin vertailla myös painottamattomina, esimerkiksi organisaatioiden välillä.

Vaikuttavuuden mittaaminen



Vaikuttavuusperusteisen johtamisen perusongelma on, että suoritteen ja vaikutuksen välinen suhde ei ole suoraviivainen. Väliin tulee joukko epävarmuustekijöitä kuten diagnoosin oikeellisuus, toimenpiteen sopivuus potilaan geneettiseen profiiliin, hoitovaste sekä motivaatio ja hoitomyöntyvyys. Monissa sairauksissa potilaan elintavoilla on ratkaiseva merkitys. Huttunen (2018) jakaa terveyteen vaikuttavat tekijät kuuteen: perintötekijät eli geenit, sisäinen maailma (eli kokemukset, asenteet ja arvot), fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, elintavat, hoito- ja ehkäisytoimet ja sattuma. Lisäksi yhden potilaan tilan muutokseen vaikuttavat monet palvelut ja mahdollisesti monet eri palveluntuottajatkin, jolloin on vaikea määritellä, kenen tai minkä toiminnon ansiota tilanmuutos lopulta oli.

Vaikuttavuutta tulee mitata yksilötasolla – yksilötason mittaustuloksia taas voidaan aggregoida, jolloin tietoa voidaan hyödyntää johtamisessa. Yksilötason tulosten vertailtavuutta voidaan parantaa riskiadjustoinnilla eli huomioimalla yksilön mahdolliset muut sairaudet ja riskitekijät. Yksilötason mittaamista voidaan käyttää myös palvelutuottajien vertailussa, jos suhteutetaan tuottajakohtaiset vaikutukset sen potilaspopulaation riskitekijöihin.

Seuraavan kuvan mukaisesti vaikutuksia voidaan mitata eri mittareilla ja eri näkökulmista. Yhteiskunnallisesti ja yksilötasolla nämä palvelevat osittain eri informaatiotarpeita. Olennaista on mittaamisen laaja-alaisuus ja asiakkaan näkökulman huomioiminen: vaikutusten tulisi olla nimenomaan potilaalle relevantteja (Porter 2010, Baumhauer et al. 2016).

Vaikuttavuustiedon keräämistä on pidetty terveydenhuollossa yleisesti haastavana. Asiakkaan raportoimat asiakaskokemus- ja vaikuttavuustiedot vaativatkin uusia tapoja tiedon keräämiseen digitalisaatiota hyödyntäen.

Vaikuttavuuden mittareita jaotellaan kirjallisuudessa monin eri tavoin. Kuvassa 2 on esitetty synteesi näistä jaotteluista. Nämä erilaiset mittarikategoriat esitellään seuraavassa.



	PROM (Patient Reported Outcome Measures)	PREM (Patient Reported Experience Measures)	Kliiniset mittarit ja toimintakykytestit	Ammattilaisen raportoimat mittarit
<i>Kuvaus</i>	<i>Asiakkaan raportoima hyvinvointi, toimintakyky, terveydentila</i>	<i>Asiakkaan raportoima kokemus palvelusta tai hoidosta</i>	<i>Esim. laboratorioke, kävelytesti, kuvantamitutkimus, puristusvoima</i>	<i>Ammattilaisen arviot asiakkaan terveydestä ja toimintakyvystä.</i>
<i>Mistä tieto saadaan</i>	<i>Kysymällä asiakkaalta</i>		<i>Asiakastietojärjestelmästä tai muista rekistereistä</i>	
<i>Mihin tieto perustuu</i>	<i>Asiakkaan arvioon</i>		<i>Objektiiviseen mittaukseen</i>	<i>Ammattilaisen arvioon</i>
<i>Esimerkki mittarista</i>	<i>EQ-5D</i>	<i>NPS</i>	<i>10 metrin kävelytesti</i>	<i>Työkykyarvio</i>

Kuva 2: Vaikuttavuuden mittarit.

Jotta vaikuttavuustieto olisi kokonaisvaltainen sitä tulisi mitata kolmesta eri näkökulmasta: asiantuntijan raportoimat mittarit, kliiniset mittarit ja toimintakykytestit sekä potilaan/asiakkaan raportoimat mittarit. Seuraavassa kappaleessa käsitellään näitä mittarikategorioita yksityiskohtaisemmin. Kun halutaan päästä kiinni kustannusvaikuttavuuteen, tulee lisäksi kustannuksia mitata asiakaskohtaisesti koko palveluketjun laajuudelta.

3.1 Asiakkaan raportoimat mittarit

PROM-mittarit

Asiakkaan raportoimat vaikutusmittarit (Patient-Reported Outcome Measures, PROM) ovat tarkkaan ottaen asiakkaan raportoiman terveyden tai toimintakyvyn mittareita (Black 2013) – vaikutus on vasta vertailussa.

PROM-mittareita ovat kaikki asiakkaan itse raportoimaan toimintakykyyn ja terveydentilaan liittyvät mittarit, yksinkertaisimmillaan esimerkiksi kivun mittaus VAS-asteikolla (Visual Analogue Scale). Myös perinteiset elämänlaatumittarit (kuten EQ-5D ja 15D) ovat PROM-mittareita. PROM:it voidaan jaotella yleisiin ja tauti- tai ongelmaspesifeihin mittareihin (Nilsson et al. 2016, Black 2013). Black (2013) nostaa esimerkiksi yleisestä mittarista EQ-5D:n ja spesifistä lonkkaleikkauksissa käytettävän Oxford Hip Scoren.

Netten et al. (2012) ovat kehittäneet ASCOT-mittarin (Adult Social Care Outcome Toolkit), joka mittaa pitkäaikaishoivaan liittyvää elämänlaatua (Social Care Related Quality of Life, SCRQoL,) ja on tarkoitettu ennen kaikkea kustannusvaikuttavuuden arviointiin yhteiskunnan tasolla. Sosiaalipalveluiden vaikuttavuuden arviointiin soveltunevat myös esimerkiksi yleiset elämänlaadun mittarit (EQ-5D:n ohella mm. 15D, SF-36 ja PROMIS-10).

Terveydenhuollossa suositetaan usein hyvin spesifeitä mittareita. Sairausspesifeillä mittareilla on usein takanaan pitkä käyttöhistoria kliinisessä työssä ja tutkimuksessa ja siten paljon näyttöä validiteetista. Vertailtavuuden kannalta voi kuitenkin

olla ongelmallista, jos esimerkiksi kipua mitataan eri mittareilla eri sairauksissa. Tähän vastauksena voisi olla oirekohtaisten mittarien käyttö sairauskohtaisten sijaan. Olennaista mittaamisessa on kansainvälisten, standardoitujen mittarien käyttö, jotta vertailtavuus on mahdollisimman laajaa.

Yhtenä haasteena asiakkaan raportointien vaikutusten mittaamisessa on nähty kysymysten suuri määrä: jos asiakkaalta kysytään sekä yleisen elämänlaadun kysely että oirekohtaiset kyselyt, kertyy kysymyksiä helposti useita kymmeniä. Tämän yhtenä ratkaisuna voisi olla PROMIS-mittarien käyttö CAT-toiminnallisuutta hyödyntäen (ks. alla).

PROMIS

Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) on National Institutes of Health:n (NIH) ja useiden tutkimuslaitosten ja tiedeyhteisöjen yhteistyönä kehittämä järjestelmä. PROMIS mittaa terveyttä laajasti määriteltynä ("terveyteen liittyvä elämänlaatu"; Health-Related Quality of Life, HRQoL; sisältää toimintakyvyn) ja sopii käytettäväksi kaikille asiakasryhmille niin sosiaali- kuin terveystalouksissa. Mittarit on kalibroitu koko väestölle, ei jollekin potilasryhmälle, ja mittarit ovat herkkiä pienillekin muutoksille ja sopivat myös perusterveille.

PROMIS-mittarit ovat oirekohtaisia (esim. kipu, ahdistuneisuus jne.) ja pohjautuvat WHO:n terveyden kolmijakoiseen viitekehykseen, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta (Cella ym. 2010). Näihin ulottuvuuksiin kuuluvista aiheista on kehitetty kysymyspankkeja – kysymyspankki tarkoittaa yhtä aihealuetta mittaavien kysymysten kokoelmaa, jossa kysymyksiä on useita kymmeniä. Kysymyspankeista on koottu 4-10 kysymyksen lyhytlomakkeita.

Kysymyspankkeja voidaan hyödyntää joko sähköisesti CAT-toiminnallisuuden kautta (Computer Adaptive Testing, tietokoneavusteinen mukautuva testaaminen) tai (sähköisinä tai paperisina) lomakkeina. CAT-mittaus perustuu osiovasteanalyysiin (Item Response Theory): algoritmi valitsee kysymykset yksilöllisesti aiempien vastausten perusteella. Tällöin esimerkiksi potilaalta, joka ei pysty nousemaan vuoteesta, ei kysytä pystyykö hän juoksemaan 10 kilometriä, vaan kysymykset tarkentuvat edellisten perusteella. CAT-mittaus mahdollistaa tarkemman ja luotettavamman mittaustulokseen vähemmällä kysymysmäärällä verrattuna lyhytlomakkeisiin (Cook ym. 2005).

Oirekohtaisten kysymyspankkien ja lyhytlomakkeiden lisäksi on yleismittareita, kuten PROMIS 10, joka mittaa fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kymmenellä kysymyksellä.

PROMIS-mittareita on otettu käyttöön useissa organisaatioissa mm. Yhdysvalloissa, Espanjassa, Hollannissa ja Ruotsissa (The Economist Intelligence Unit 2016). Suomessa THL toimii kansallisena PROMIS-keskuksena ja vastaa PROMIS-mittarien kääntämisestä ja lokalisoimisesta Suomeen. Suomeksi on

jo käännetty useita PROMIS-mittareita ja ne ovat otettavissa käyttöön veloituksetta (THL 2018).

PREM-mittarit

PREM-mittarit mittaavat asiakkaan kokemusta palvelusta. PREM-mittareista yleisimmin käytetty on nettosuosittelevaste (NPS). PREMit voivat kuitenkin olla huomattavasti monimuotoisempiakin kuin pelkkään suosittelevuuteen perustuvia. Asiakkaalta voidaan esimerkiksi kysyä, kokiko hän tullessaan kuulluksi tai kokiko hän saaneensa tarpeeksi tietoa omasta hoidostaan. Tällaisia kysymyksiä sisältää mm. PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care), joka on myös suomennettu POTKU-hankkeen yhteydessä. Sitä ei kuitenkaan käytetä Suomessa kovin laajasti tai systemaattisesti.

Asiakaskokemuksen ja kliinisen vaikuttavuuden väliltä on löydetty positiivinen korrelaatio (Doyle et al., 2013). Tämän mekanismina lienee parempi hoitoon sitoutuminen ja hoitomyöntyvyys, sillä myös nämä korreloivat positiivisesti asiakaskokemuksen kanssa (Doyle et al., 2013). On toki aina olemassa mahdollisuus siihen, että hoito on vaikuttavaa mutta potilaan kokemus huono, tai vaihtoehtoisesti potilaan kokemus hoidosta on hyvä mutta vaikuttavuus huono. Kun molempia näkökulmia mitataan ja kehitetään säännöllisesti, parantaa se sekä prosessien laatua että vaikuttavuutta.

3.2 Kliiniset mittarit ja toimintakykytestit

Terveydenhuollon vaikuttavuutta on perinteisesti arvioitu potilastietojärjestelmien tietoihin perustuvilla kliinisillä vaikuttavuusmittareilla, kuten kuolleisuudella. Nämä ovat ehdottoman tärkeitä, mutta yksinään riittämättömiä. Jos esimerkiksi kuolleisuus on jossakin toimenpiteessä 2 %, jää täysin hämärän peittoon, millaisia vaikutuksia toimenpiteellä oli niille 98 %:lle, jotka jäivät henkiin.

Vastaavasti sosiaalihuollon vaikuttavuutta arvioidaan usein rekisteritietoihin perustuvilla mittareilla, kuten kotona asuvien ikäihmisten osuudella tai työttömyysprosentilla.

Terveydenhuollossa kliinisiä vaikutuksia seurataan toki yksilötasolla (esim. nivelen liikerata, erilaiset laboratorioarvot jne.) ja hoitopäätöksiä tehdään niiden perusteella. Vaikuttavuusperusteiseen johtamiseen tämä on kuitenkin riittämätöntä kahdesta syystä. Ensinnäkin nämä yksilötason mittaukset jäävät yleensä potilaskertomustekstin joukkoon sen sijaan, että ne kirjattaisiin rakenteisesti. Toiseksi nivelen liikeratakin on enemmän kliinikolle kuin potilaalle relevantti vaikutus: potilasta ei kiinnosta, montako astetta nivel liikkuu, vaan pystyykö hän kävelemään, tekemään pihatöitä tai urheilemaan – mikä kullekin potilaalle on relevanttia.

Kliiniset vaikuttavuusmittarit ovat kuitenkin tärkeä osa vaikuttavuuden mittauksista. Olisi varsin hälyttävää, jos jonkin intervention myötä PROM-mittausarvot näyttäisivät hyviltä, mutta kuolleisuus kasvaisi. Tämä jäisi pelkkiä PROMeja käytettäessä huomaamatta.

3.3 Ammatilaisen raportoimat mittarit

Ammattilaisen raportoimat mittarit (Clinician-Reported Outcomes, ClinRO) tarkoittavat kaikkia ammatilaisen asiakkaasta tekemiä arvioita, kuten työkykyarvioita ja hoitoisuusarvioita. Ikäihmisten hoivassa yleisessä käytössä oleva RAI (Suomessa myös RAVA) rakentuu pitkälti ammatilaisen arvioille. Sen sijaan esimerkiksi työkykyarvioita ei tyypillisesti kirjata rakenteisesti, joten niiden käytettävyys vaikuttavuuden arvioinnissa on toistaiseksi heikkoa.

3.4 Mittarien valinta

Erilaisia vaikuttavuusmittareita on siis olemassa runsaasti, ja suositeltavaa olisikin vertailukelpoisuuden vuoksi hyödyntää olemassa olevia mittareita. Mittarien valintaa ohjaa mm. mihin tarkoitukseen tietoa kerätään ja minkälaisilta asiakkailta. Rekisteritietoihin perustuvien vaikutusmittarien valinta on täysin riippuvainen siitä, mistä palvelutarpeesta on kyse: esimerkiksi diabeteksen hoidon ja sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteet ja siten mittarit eroavat toisistaan täysin. Mittarit tulisi aina valita tavoitteen mukaan.

ICHOM

International Consortium for Health Outcomes Measurement eli ICHOM on non-profit-organisaatio, jonka jäseninä on laaja joukko terveydenhuollon toimijoita sekä tutkimuslaitoksia ympäri maailmaa. ICHOM luo asiakasryhmäkohtaisia (esim. ikäihmiset) ja sairauskohtaisia mittaristoja perustuen Michael Porterin viitekehukseen. Toistaiseksi mittaristo on luotu 24:ään ryhmään, mikä kattaa globaalista tautitaakasta yli 50 % (ICHOM 2018a).

ICHOM ei kehitä itse mittareita, vaan kokoaa olemassa olevista mittareista kokonaisvaltaisia mittaristoja. Mittaristot luodaan moniammatillisen tiimin yhteistyönä, ja mukana tiimissä on myös potilaita. Mittaristo kattaa sekä kliiniset että potilaan raportoimat vaikutukset (PROM), usein myös asiantuntijan raportoimat. Tiimi valitsee mittarit yhteistyössä siten, että ne kuvaavat potilaalle relevantteja vaikutuksia.

ICHOM-mittaristoja on otettu käyttöön yli 650 organisaatiossa 32 eri maassa (ICHOM 2018b). ICHOM kehittää parhaillaan myös benchmarking-alustaa, jonka kautta ICHOM-mittaristoja käyttävät organisaatiot ympäri maailman voisivat saada vertailutietoa omasta suoriutumisestaan suhteessa muihin.

3.5 Vertailukohtien valitseminen ja eriluottuudet

Vaikuttavuutta voidaan siis mitata toimintakyvyn, terveyden ja elämänlaadun mittaamisen kautta. Yksittäinen mittaustulos ei kuitenkaan kerro vielä vaikuttavuudesta: vaikutus on määritelmän mukaisesti muutos. Näin saadulle vaikuttavuustulokselle tarvitaan vielä jokin vertailukohta. Hyvä tulos voi olla sekin, ettei tila huonone, tai että se huononee hitaammin kuin olisi voitu olettaa. On nimittäin huomioitava, että moni hyvinvoinnin mittari (mm. fyysinen toimintakyky) heikkenee ikääntymisen myötä itsestään. Tavoite on siis aina mietittävä tapauskohtaisesti.

Saavutettua vaikuttavuutta voidaan verrata skenaarioon, jossa mitään ei olisi tehty. Toiseksi voidaan verrata vaikuttavuutta ennusteeseen, laskennalliseen tavoitearvoon, joka kuvaa tyyppillistä vaikuttavuutta kyseessä olevassa palvelutarpeessa tai terveysongelmassa. Kolmanneksi voidaan käyttää benchmarkingia ja verrata vaikutuksia muihin tuottajiin tai valtakunnalliseen keskiarvoon. Positiivisenkin vaikutus voi osoittautua riittämättömäksi, jos muut palveluntuottajat saavat samoilla resursseilla aikaan vielä suurempia vaikutuksia.

Vaikuttavuuden mittaamisen näkökulmasta asiakkaat on perinteisesti jaettu kahden segmenttiin: päätyvät ja päättymättömät palvelupolut. Järjestelmän näkökulmasta on hyvä lisätä vielä kolmas segmentti, preventiiviset palvelut (esim. perusterveen ihmisen rokotuskäynti), joiden vaikuttavuus liittyy pikemminkin siihen, tuliko asia asiakkaan näkökulmasta hoidettua, kuin toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksiin.

Päätyvässäkin palvelupolussa on huomioitava aikaluottuvuus. Esimerkiksi leikkaukspotilaan tila voidaan todeta, kun viimeinen tikki on laitettu, heräämössä, kotiutettaessa, kahden viikon päästä tai vasta vuotta myöhemmin. Vaikutusten mittaaminen edellyttää siis järjestelmää, jossa tuloksia tarkastellaan sekä lyhyellä että pitkällä seuranta-ajalla. Lyhyen aikavälin seuranta antaa nopeasti tietoa johtamisen tueksi, mutta toisaalta haittana voi olla tiedon heikompi luotettavuus. Pidemmässä seurannassa saadaan tarkennettua tietoa, mutta tällöin tieto on yleensä päivittäisen työn johtamisen näkökulmasta vanhentunutta.

Sosiaalipalveluissa seuranta-aikataulu voidaan luoda palvelu- tai palvelutarvekohtaisesti. Tavoitteiden asetannassa on olennaista, onko kyseessä päätyvä vai jatkuva palvelu – esimerkiksi sosiaalinen kuntoutus pyrkii palvelutarpeen päättymiseen, ikäihmisen hoiva taas on yleensä loppuelämän kestävä. Tavoitteiden asetanta ja mittaamisen intervalli ovat näissä luonnollisesti erilaisia.

Terveydenhuollon puolella alan erikoislääkärit ja muut ammattilaiset ovat seuranta-aikataulun luomisessa avainasemassa. Kuitenkin usein varhaiset mittarit ennakoivat pidemmän aikavälin vaikuttavuutta, eli yksittäisten potilaiden tilaa osoittavat käyrät asettuvat yksilöllisiin uomiinsa jo paljon aiemmin kuin tilan muuttuminen loppuu – lopputulos voidaan siis ennustaa varsin luotettavasti, vaikka prosessi on vielä kesken.

Vaikuttavuus tavoitteena



Sosiaali- ja terveydenhuollossa on monia tavoitteita: tuottavuus, tehokkuus, saatavuus ja potilasturvallisuus ovat kukin tärkeitä. Vaikuttavuusperusteinen johtaminen kuitenkin lähtee siitä, että kustannusvaikuttavuus on mittari yli muiden. Kustannusvaikuttavuudessa yhdistyvät kansantaloudelliset (veronmaksaja) ja kansanterveydelliset (potilas) näkökulmat. Vaikuttavuudella johtaminen edellyttää, että sekä omaa toimintaa että mahdollisia ostopalveluita ohjataan kohti yhteisiä tavoitteita. Tämä tarkoittaa, että vaikuttavuudelle asetetaan tavoitteet ja niiden toteutumista mitataan yhdenmukaisesti kaikkien palveluntuotantoon osallistuvien osalta.

Vaikuttavuusperusteinen johtaminen korostaa myös asiakkaan roolia omassa hoidossaan: asiakkaalla tunnustetaan olevan merkittävä rooli vaikutusten syntymisessä. Suoritteen ja vaikutuksen välinen yhteys ei ole suoraviivainen, vaan mm. asiakkaan oma toiminta vaikuttaa lopputulokseen merkittävästi, esimerkiksi ruokavalion ja liikunnan kautta.

Porterin neuvot vaikuttavuusperusteiseen terveydenhuoltoon siirtymiseksi (Porter et al. 2013) vaativat Suomen kontekstiin sopiakseen hiukan muokkausta. Vaapaasti tulkiten ja pohjoismaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstiin sovellettuna Porterin ohjeet voidaan tiivistää seuraavasti:

- 1) organisoidaan palvelutuotanto asiakkaan terveysongelman tai palvelutarpeen ympärille
- 2) mitataan vaikuttavuutta ja kustannuksia jokaisen asiakkaan osalta
- 3) palkitaan vaikuttavuustavoitteiden saavuttamisesta
- 4) rakennetaan tämän mahdollistava IT-infrastruktuuri

Ensimmäinen kohta tarkoittaa, että palvelutuotanto tulisi organisoida asiakkaan tarpeiden ympärille, ei organisaatiolähtöisesti. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon malli Suomessa on perinteisesti perustunut erikoisaloihin, jolloin esimerkiksi päänsärkypotilas saattaa joutua kiertämään neurologian, kivunhoidon (osa anesthesiologian ja tehohoidon erikoisalaa), ortopedian, psykiatrian ja fysiatrian klinikoilla. Porterin suosituksen mukaisesti toiminta tulisi tämän sijaan järjestää päänsärkykeskukseksi, jossa ovat saatavilla kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset. Viime vuosina kehitys onkin ollut tämän suuntaista, erityisesti yliopistosairaaloissa: esim. sydänpotilaiden palvelut on monin paikoin koottu yhteen sydänkeskukseen.

Vaikuttavuuden ja kustannusten mittaaminen tulee Porterin mukaan toteuttaa asiakaskohtaisesti: ei tyydytä väestön keskiarvoihin. Sama keskiarvohan voi muodostua lukemattomista yhdistelmistä eri arvoja, joten keskiarvon muutos suotuisaan suuntaan ei takaa sitä, että yksilötason muutokset ovat olleet suotuisia. Keskiarvo myös peittää väestön terveys- ja hyvinvointierot.

Vaikuttavuustavoitteiden saavuttamisesta palkitseminen tarkoittaa niin yksittäisen työntekijän kuin palveluntuottajaorganisaationkin palkitsemista. Yksilön kohdalla kannustin voi olla muukin kuin raha. Yksityisiä palveluntuottajia palkittaessa kannustin voi olla joko suoraan rahaa tai jotakin, jolla on rahallista arvoa, kuten sopimuksen optiokauden käyttöönotto.

Tuottajalle vaikuttavuuden parantaminen saattaa tarkoittaa perinteisen ansaintalogiikan muuttamista. Usein sama tai parempi vaikuttavuus aikaansaadaan vähemmillä suoritteilla. Esimerkiksi 2013 julkaistu tutkimus rappeumaperäisen polven oireisiin liittyvästä hoidosta on jo nyt vähentänyt merkittävästi polvileikkausten määriä Suomessa (Sihvonen ym. 2013). Vaikuttavuusperusteisessa johtamisessa tuottavuus on toissijainen vaikuttavuuteen nähden: ensisijaista on, että tehdään oikeita asioita. Se, että asiat tehdään oikein, (mittareina esimerkiksi leikkaussalien käyttöasteet tai potilasvahingot) on alisteista päätavoitteelle.

IT-infrastruktuurin merkitys on vaikuttavuusperusteisessa johtamisessa suuri, sillä vaikuttavuuden ja kustannusten mittaaminen asiakastasolla vaatii sen mahdollistavia tietojärjestelmiä. Suomessa suurin kehitysponnistus on asiakaskohtaisten tietojen integroinnissa. Nykyisin tiedot ovat organisaatiokohtaiset ja niiden yhdistely kokonaisen palveluketjun mittaamiseksi, niin kustannusten, vaikutusten kuin laadunkin osalta, on työlästä.



Esimerkkejä vaikuttavuusperusteisesta johtamisesta terveydenhuollossa

Vaikuttavuusperusteista lähestymistapaa voidaan hyödyntää monilla eri tasoilla. Teoriassa niin kansanterveyden kuin -taloudenkin kannalta ihanteellista saattaisi olla laajasti vaikuttavuuteen perustuva sote-järjestelmä. Vaikuttavuusperusteisesta järjestelmästä ei kuitenkaan toistaiseksi ole – edes kansainvälisesti katsottuna – esimerkkitapausta. Kokonaisvaltaisen järjestelmän implementointi vaatisikin kansallisen tason päätöksentekoa. Sitä odottaessa niin järjestäjä kuin tuottajakin voivat tehdä paljon vaikuttavuusperusteisempaan suuntaan siirtymiseksi. Tässä kappaleessa pyritään valaisemaan, mitä eri tahot voivat tehdä vaikuttavuusperusteisen terveydenhuollon kehittämisessä, ja millaisia haasteita tässä saattaa ilmetä.

5.1 Vaikuttavuus yhteiskunnan tasolla

Yksi taloustieteen peruseriaatteista on niukkuus: yhteiskunnan resurssit ovat aina rajalliset. Siksi niiden käyttöä on arvioitava kriittisesti. Ilman vaikuttavuuden arviointia resurssien käytön mielekkyyttä ei voida täysimääräisesti arvioida, kun ei voida havaita, mitkä interventiot tuottavat haluttuja vaikutuksia. Ilman vaikuttavuusarviointia on siten mahdotonta tunnistaa yhteiskunnan tasolla eri palvelui-

den yli- tai alikäyttöä, arvioida palveluiden laatua ja tuloksia eri väestöryhmien, alueiden tai palveluntuottajien välillä.

Suomesta puuttuu selkeät tavoitteet kustannuksille, vaikuttavuudelle ja laadulle, minkä vuoksi kansallisia vaikuttavuusmittareita ei ole asetettu. Kansallisen palvelujärjestelmän suorituskykyä voitaisiin arvioida esimerkiksi Triple Aim -viitekehysten kautta (kustannukset, vaikuttavuus ja laatu), jossa vaikuttavuutta voitaisiin mitata kovien tietojärjestelmäpohjaisten hoitotulemien mittareiden avulla, erityisesti DALY-mittarilla (disability-adjusted life years), ja PROM-mittareilla (Torkki et al. 2017).

Suomessa vaikuttavuusperusteisuuden siirtymistä on yhteiskunnallisesti hidastanut myös monikanavainen rahoitus, jossa kokonaisvastuuta potilaan sote-menoista ei kanna yksi taho vaan hoidon kokonaiskustannukset jakaantuvat useille tahoille: mm. kunnille, Kelalle, työnantajalle ja potilaalle itselleen. Vaikuttavuuden mittaamiseen taas liittyy haasteita tiedon keräämisessä. Lisäksi kokonaisvaikuttavuutta arvioitaessa tulisi aina arvioida vähintään asiakkaan sote-palveluiden kokonaiskäyttö (erityisesti paljon palveluita käyttävien kohdalla), mutta tieto on usein hajautunut erillisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiin ja tiedon yhdistely on lainsäädännöllisestikin estetty.

Vaikuttavuusperusteisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän kehittäminen vaatii aikaa, mutta onnistuessaan antaa raamit järjestäjän ja tuottajan toiminnalle. Kansallisella tasolla tavoitteena on erityisesti löytää kustannusvaikuttavimmat toimenpiteet ja kannustinjärjestelmien avulla edistää näiden toimenpiteiden käyttämistä, jotta yhteiskunnan resursseja käytettäisiin mahdollisimman tehokkaasti. Tavoitteena on parantaa kansanterveyttä samalla kun kustannukset laskevat tai pysyvät samoina poistamalla hukkaa ja vähentämällä ei-toivottuja lopputulemia. Monessa maassa (ml. Suomessa) erinomaisena esimerkkinä toimii uusien lääkkeiden arviointi ja myös tuominen Kela-korvauksen piiriin. Lääkkeiden vaikuttavuusarviointi perustuu lääkkeen kliiniselle vaikuttavuudelle, mutta se tarjoaa silti erinomaisen viitekehysten sille, miten interventioiden kustannusvaikuttavuutta voitaisiin arvioida yhteiskunnassa laaja-alaisemmin (FIMEA 2018).

Suomi on jäljessä vaikuttavuuden implementoinnissa osaksi sotea, jos vertailukohdiksi otetaan esim. Ruotsi ja Iso-Britannia. Kokonaisvaltaista vaikuttavuusperusteista terveydenhuoltojärjestelmää ei ole implementoitu vielä missään, mutta eri maissa on painotettu osana kehitystä eri osa-alueita vaikuttavuusperusteisessa järjestelmässä. Ruotsiin on luotu esimerkiksi kansallisesti yli 100 laaturekisteriä, joihin kirjataan hoitotulemia, jotta osataan tunnistaa parhaat interventiot ja käytännöt (Emilsson et al. 2014). Ruotsin laaturekistereihin kerätään runsaasti myös potilaan raportoimaa dataa. Tosin Nilsson et al. (2016) huomauttavat, että kerätävän datan perusteella tehtävä kehitys on vielä vähäistä. Eri palveluntuottajien hoitotulemien tekeminen julkiseksi edistää myös hoitokäytänteiden kehittämistä ja auttaa potilaita valitsemaan itselleen palveluntarjoajan. Lisäksi niin järjestäjä kuin tuottajakin voivat hyödyntää vaikuttavuustietoa vaikuttavuusperusteisissa hankinnoissa.

Myös Iso-Britanniassa vaikuttavuusperusteisuutta hyödynnetään monipuolisesti osana sote-järjestelmää. Esimerkiksi National Institute for Health and Care Excellencen (NICE) kustannusvaikuttavuusanalyysi koskien lääkkeitä, hoitomuotoja ja praktikoita velvoittaa kustannusvaikuttaviin ratkaisuihin eri puolilla Britanniaa (NICE 2018). Myös PROM-mittareita käytetään suhteellisen paljon: NHS (National Health Service) on velvoittanut palveluntuottajat keräämään PROM-tietoa tietyissä toimenpiteissä jo vuodesta 2009 (Nilsson et al. 2016). NHS käyttää PROM-tietoa mm. kartoitettaessa lonkan tekonivelleikkauksista saatavaa hyötyä eri puolilla Englantia (NHS England 2016). Suomessa palveluntuottajia ei ole velvoitettu mittaamaan ja raportoimaan kustannusvaikuttavuutta: potilastason vaikutuksia ja kustannuksia. Kuitenkin joissakin kansallisissa hankkeissa, kuten PERFECT-hankkeessa, on onnistuttu keräämään dataa eri sairauksien hoitoketjujen vaikutuksista ja kustannuksista ja vertailemaan riskiadjustointien avulla, miten eri alueet ja sairaalat pärjäävät Suomessa suhteessa toisiinsa (THL 2017). Omaksumalla kustannusvaikuttavimmat toimintamallit niissä sairauksissa, joissa kustannukset ja usein myös potilasmäärät ovat suurimmat, saavutettaisiin merkittäviä yhteiskunnallisia säästöjä. Kansantaloudellisten realiteettien huomioimisen lisäksi kyettäisiin parantamaan kansanterveyttä.

5.2 Vaikuttavuus järjestäjän tasolla

Järjestäjällä on monia mahdollisuuksia tavoitella parempaa vaikuttavuutta, niin nykysysteemissä kuin siinäkin tapauksessa, että Suomessa uudistetaan sote-järjestelmää. Tällä hetkellä järjestäjät ovat enimmäkseen hyvin pieniä. Tulevaisuudessa on mahdollista, että tuottaja ja järjestäjä eriytetään (ja samalla järjestäjät kasvavat suuremmiksi), mutta tällä hetkellä nämä ovat käytännössä sama organisaatio – pois lukien julkisen sektorin ostopalvelut, joissa tuottajana on yritys (tai kolmannen sektorin organisaatio) ja järjestäjänä kunta tai kuntayhtymä. Niinpä tässä kappaleessa käsitellään myös ostopalveluita.

Sote-palvelujen tuotantotapoja käsittelevässä kirjallisuudessa on runsaasti hyviä esimerkkejä vaikuttavista toimintatavoista. Voidaan siis olettaa, että jos rahoitus- ja kannustinmallit rakennetaan vaikuttavuuden ympärille, palveluntuottajat sopeuttavat organisaationsa niiden mukaisiksi. Vaikuttavuuden kannalta avainasemassa ovat siis nykyisellään palveluja ostavat kunnat ja kuntayhtymät, tulevassa sote-mallissa järjestämistä vastuussa olevat maakunnat. Niin nyt kuin tulevaisuudessakin raha kanavoituu järjestäjän kautta tuottajille, joten järjestäjällä on mahdollisuus ohjata tuottajia vaikuttavampaan toimintaan.

Vaikuttavuuden näkökulmasta julkisen hankinnan olennaiset muuttujat ovat hankinnan laajuus ja sopimuskauden kesto. Laajan, kiinteähintaisen ulkoistuksen kohdalla (kuten kunnan koko sote-palveluiden ulkoistuksessa) vaikuttavuustavoite on osittain sisäänrakennettuna: koska sopimuskausi on pitkä ja tuottaja vastaa kuntalaisen kaikista sote-kuluista, on tuottajalla insentiivi tuottaa vaikuttavia palveluita ja panostaa perustason palveluihin. Pienemmän mittakaavan ostopalveluissa (esimerkiksi yksittäisen terveysaseman ulkoistuksessa tai palveluseteli-

toiminnassa) näin ei ole, jolloin vaikuttavuus on kytkettävä korvausmalliin kannustinkorvausten avulla.

Kannustinkorvauksen kohdalla on huomioitava, että se on asetettava kustannus-neutraalisti, ellei järjestäjällä sitten ole käytettävissään ylimääräistä rahaa. Kannustin-/sanktiojärjestelmässä tämä on selkeää: tuottajan saama korvaus vaihtelee molemmin puolin peruskorvausta, maksimikannustin- ja -sanktiokorvauksen verran. Jos taas käytettävissä on vain kannustin (kuten nykyisen valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan), tulee peruskorvausta pienentää vastaavasti, jotta keskimääräinen kokonaiskorvaus ei muutu.

Vaikuttavuusperusteisissa hankinnoissa keskiössä on mitattavissa olevien vaikutavuustavoitteiden määrittäminen ja niistä maksaminen. Vaikuttavuusperusteisia hankintoja on tehty Suomessa sote-alalla suhteellisen paljon. Mm. Espoo ja Jyväskylä käyttävät ulkoistetuilla terveysasemillaan kannustin-/sanktiomalleja, joissa kannustin (ja mahdollinen sanktio) on sidottu mm. diabeetikkojen hoitotasapainoon. Tampereella taas on ensimmäisenä Suomessa ulkoistettu sote-palveluita allianssimallilla sekä integraattorimallilla, joissa vaikuttavuusperusteiset kannustimet ovat mukana.

Tampereella toimiva Kotitori-malli on esimerkki tavasta järjestää sote-palvelut julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyönä. Yksityisten toimijoiden (mm. NHG) muodostaman konsortion pyörittämä palveluintegraattori Kotitori vastaa Tampereen kaupungin ikääntyneen väestön asiakasneuvonnasta sekä tietyn väestövastuualueen palveluohjauksesta. Kotitori ei itse tuota kotihoidon palveluita vaan hankkii ne tuottajaverkostoltaan. Kannustinpalkkiomalli ohjaa tuottajaa parantamaan toimintansa vaikuttavuutta.

Kotitori-palveluintegraattorista on saatu hyviä tuloksia: ulkopuolisen arviointisijan tekemän analyysin mukaan kaupungin vuositason säästöt Kotitorin myötä ovat 5,4 miljoonaa euroa (KPMG 2014).

Valinnanvapauden mahdollisesti lisääntyessä muuttuu tilanne monin tavoin. Peruseriaate pysyy kuitenkin samana: vaikuttavuuteen voidaan kannustaa sisällyttämällä palveluiden korvausmalleihin vaikuttavuusperusteiset kannustimet.

Jos järjestäjä ja tuottaja eriytetään, tulee järjestäjän (maakunnan) ohjata niin sisäisiä (maakunnan liikelaitos) kuin ulkoisiakin (yritykset) tuottajia. Valtioneuvoston kanslian MOHJU-hankkeessa (Leskelä et al. 2018) todettiin, että palvelutuotannon ohjaus koostuu neljästä keskeisestä elementistä: raha, valta, tieto ja pehmeät ohjauskeinot (dialogi). Vaikuttavuustietoa voidaan hyödyntää näissä kaikissa ohjauskeinoissa. Esimerkiksi osana informaatio-ohjausta voidaan luoda vaikuttavuustietoon perustuvaa kilpailua eri palveluntuottajien välillä ja ohjata asiakkaita tekemään valintansa palveluntuottajasta vaikuttavuustiedon perusteella. Normiohjauksessa vaikuttavuustiedon perusteella voidaan esimerkiksi asettaa minimistandardit palveluntuottajan toiminnalle ja resurssiohjauksessa kompensatiot palveluntuottajalle voivat olla vaikuttavuusperusteiset. Vaikutta-

vuudella ohjaaminen ei kuitenkaan ole mahdollista, jos vaikuttavuustietoa ei ole.

5.3 Vaikuttavuus tuottajan tasolla

Tuottaja voi hyödyntää vaikuttavuusperusteista johtamista monin tavoin. Tuottajalle paremman vaikuttavuuden tavoittelu on sikäli suoraviivaista, että tuottaja voi suoraan vaikuttaa palveluntuotantoon, jossa vaikutukset syntyvät. Suomessa muutamat palveluntuottajat ovat ottaneet vaikuttavuusperusteisuuden ohjenuorakseen. Yksinkertaisinta tämä on yksityisesti rahoitetuissa palveluissa, koska nämä eivät ole suoraan riippuvaisia kansallisen tason tai järjestäjän rahoituksesta ja kriteereistä. Sekä Suomessa että kansainvälisesti monet esimerkitapaukset tulevatkin vakuutusrahoitteisten palveluiden tuotannosta.

Vaikuttavuuden nostaminen ohjenuoraksi palvelee kaikkia sidosryhmiä, myös palvelutuottajia, mikäli myös korvausmalli perustuu vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuteen perustuvat valinnat auttavat karsimalla ei-kustannusvaikuttavia toimenpiteitä, jolloin samoilla resursseilla voidaan tuottaa enemmän terveyttä. Tällöin tuottajan palkitseminenkin voisi olla sidottu tuloksiin (toiminnan vaikuttavuuteen), ei suoritteisiin.

Vaikuttavuuden osoittaminen muille sidosryhmille (asiakkaille, järjestäjälle ja omalle henkilökunnalle) voi tuoda palveluntuottajalle myös kilpailuetua sekä motivoida henkilöstöä.

Vaikuttavuutta on mietitty Pohjola Sairaaloissa sekä palveluintegraation että yksilöllisen hoidon kautta rahoittajan vahvan vaikuttavuusperusteisen ohjauksen kautta. Integraatio on toteutettu niin, että kaikki asiakkaan hoitoon liittyvät palvelut löytyvät saman katon alta. Yksilöllinen palvelu taas saavutetaan hoitopolun suunnittelulla. Esimerkiksi työtaturmien hoidossa potilas pyritään samaan mahdollisimman nopeasti työkyntoiseksi. Pohjola Sairaaloissa tämä onnistuu niin sanottujen hoiva- ja työmasterien avulla, jotka järjestävät potilaan hoidon yksilöllisesti lääkärin, fysioterapeuttien ja vakuutusyhtiön edustajien kanssa.

Pohjola Sairaalan tavoitteena on myös olla sekä nopea että asiakaslähtöinen. Aalto-yliopiston tutkimusryhmä (Peltokorpi et al. 2018) havaitsi, että vaikka laatuun ja asiakastyytyvyyteen panostettiin Pohjola Sairaaloissa ja vaikka palvelukustannukset tätä myötä nousivat, nopeampi työkyvyn palautuminen teki silti integroidusta mallista kokonaisuutena kustannusvaikuttavamman. Pohjola Sairaalan esimerkki osoittaa myös, että parempaa vaikuttavuutta voidaan tavoitella myös suhteellisen yksinkertaisilla ja harvalukuisilla mittareilla.

Alankomaissa Santeon-sairaalaryhmittymän muodostavat seitsemän sairaalaa ovat implementoineet strukturoidun, vaikuttavuusperusteisen toiminta-

mallin. Maaliskuusta 2016 lähtien viiteen eri potilasryhmään (rinta-, eturauhas- ja keuhkosityöpä, aivoverenkiertohäiriö ja lonkan nivelkuluma) on luotu relevantit mittarit seuraamaan hoitotulemia. Kerättyä informaatiota on hyödynnetty ensin sisäiseen kehittämiseen ja sen jälkeen sairaaloiden väliseen vertaiskehittämiseen. Koko Santeonin toiminta on organisoitu mahdollisimman vaikuttavuusperusteiseksi: moniammatilliset tiimit on järjestetty potilasryhmien ympärille ja lisäksi sairaaloissa on toimintaa seuraavat tulokortit, jotka käsittävät potilasryhmälle 15-20 keskeisintä hoitotulema-, kustannus- ja prosessimittaria. Santeon on hyödyntänyt runsaasti ICHOMin mittareita (ks. 3.4). Sittemmin Santeonin sairaalat ovat tulokorttien perusteella laatineet myös vaikuttavuusperusteisia sopimuksia vakuutusyhtiöiden kanssa rintasyövän hoidossa. (Okunade et al. 2017). Olennaista on, että vaikuttavuutta on lähdetty ensin mittaamaan, sitten se on viety osaksi korvausmalleja.

Yhtenä esimerkkinä vaikuttavuusperusteisesta rintasyövän toimintamallista vuodeosastolla hoidettavien potilaiden määrä on vähentynyt 30 % ja komplikaatioista johtuvia uudelleenleikkauksia on 74 % vähemmän (BCG 2018).

Vaikuttavuus soten ytimeen



Vaikuttavuusperusteinen sosiaali- ja terveydenhuolto on yhä keskeisemmin ohjenuorana rakennettaessa tulevaisuuden sote-järjestelmää, sillä se sitoo yhteen yhteiskunnan, järjestäjän, tuottajan ja yksilön tarpeet. Vaikuttavuusperusteisuus auttaa tunnistamaan kustannusvaikuttavimmat toimenpiteet niin ennaltaehkäisyssä, akuuttitilanteissa kuin kroonisten sairauksien hoidossakin parantaen näin resurssien kohdentamista. Vaikka nykyiset johtamis-, kannustin- ja tietojärjestelmät ovat osin hidastaneet siirtymistä vaikuttavuusperusteiseen soteen, vaikuttavuuden mittaaminen ja vaikuttavuustiedolla johtaminen voidaan toteuttaa alkuun suhteellisen kevyesti ja muutamalla mittarilla, kuten Pohjola Sairaalan esimerkki osoittaa. Positiivisista kokemuksista seuraa vaikuttavuusperusteisen johtamisen laaja-alaisempi kehittäminen: kuten Santeonin esimerkki osoittaa, sairaalan vaikuttavuusperusteinen malli on mahdollistanut myös ulkoisten sopimusten rakentamisen vaikuttavuusperusteisiksi vakuutusyhtiöiden kanssa ja täten uudenlaisen mallin riskien jakamiseen.

Vaikuttavuusperusteisuuden tuominen keskeisemmin soten ytimeen tarjoaa vastauksen moniin soten tämänhetkisistä haasteista (ks. 1 Vaikuttavuuden haaste). Toistaiseksi vaikuttavuusperusteinen sote-johtaminen ei ole saanut ansaitsemaansa asemaa. Sote-sektori kohtaa samanaikaisesti paineita kustannusten hillitsemiseen ja vaatimuksia vastata kysyntään yhdenvertaisesti, vaikuttavien ja personoitujen toimenpiteiden avulla. Asiakkaat vaativat myös yhä enemmän avointa laatu- ja vaikuttavuustietoa päätöksensä tueksi voidakseen hyödyntää valinnanvapauttaan.

Vaikuttavuusperusteiseen maailmaan siirtymisessä tarvittavista elementeistä moni on jo valmis: esimerkiksi vaikuttavuustiedon kerääminen voidaan tehdä vaivattomasti hyödyntämällä kansainvälisesti vertailukelpoisia vaikuttavuusmittareita (osa jo suomeksi käännettyjä). Kerättyä vaikuttavuustietoa päästäisiin nopeastikin hyödyntämään niin päivittäisessä johtamisessa kuin osana kannustinjärjestelmiä. Myös tarvittava teknologia on jo olemassa niin PROM-mittaritiedon keräämiseen kuin tiedon jalostamiseen ja raportointiin johtamisen tueksi.

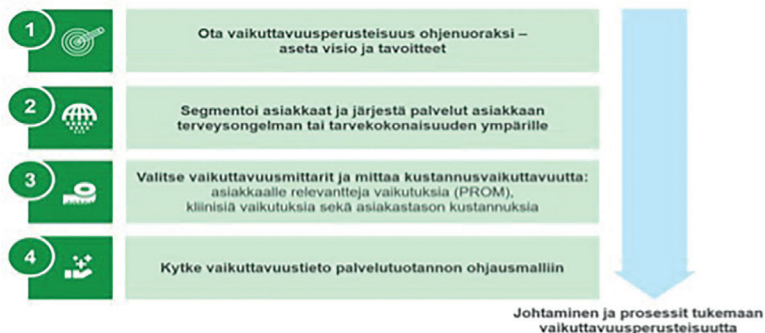
Käytännössä ensimmäinen askel Suomessa olisi tunnistaa asiakasryhmät, joiden kohdalla vaikuttavuustiedosta saataisiin suurin hyöty, ja ryhtyä mittaamaan vaikuttavuutta näissä asiakasryhmissä systemaattisesti – myös asiakkaan raportointilla mittareilla.

Vaikuttavuudella johtamisen teoriapohja on vankka, ja käytännön sovellutukset muodostuvat sitä mukaa, kun tietoa saadaan ja päästään hyödyntämään.

Merkittävin hyöty vaikuttavuusperusteisesta johtamisesta sotessa saataisiin, jos sitä hyödynnettäisiin kaikilla tasoilla, aina kansalliselta tasolta yksittäisen organisaation tasolle. NHS:n esimerkki osoittaa, että PROM-tiedon keräämiseen voidaan myös velvoittaa kansallisesti, jos tahtoa vaikuttavuusperusteisuuden siirtymiseen on riittävästi. Tällä hetkellä Suomessa vaikuttavuusperusteisen johtamisen sisällyttäminen osaksi johtamisjärjestelmää on hyvin toimijakohtaista ja monilta osin vähäistä - valjastamattomia mahdollisuuksia vaikuttavuusperusteisuuden hyödyntämiselle sotessa löytyykin runsaasti kaikilta tasoilta.

Yhteenveto

Vaikuttavuusperusteisuutta kohti siirtymisen vaiheet voidaan tiivistää ylätasolla seuraavan kuvan mukaisesti.



Kuva 3. Askelet kohti vaikuttavuusperusteisuutta

Olennaista on selkeä visio ja tavoitteet, joihin pyritään. Käytännössä esimerkiksi järjestäjän tavoite voi olla terveyshyötyjen saavuttaminen koko vastuuväestöl-

leen, yksityinen palveluntuottaja voisi taas ottaa tavoitteeksi esimerkiksi kilpailukykyä lisäämisen toimintansa vaikuttavuuden osoittamisen kautta.

Vaikuttavuuden mittarit taas eivät voi olla kaikille asiakkaille kaikissa palveluissa samat, mutta toisaalta eivät myöskään täysin yksilölliset. Siksi asiakkaat on jaettava segmentteihin ja valittava mittarit segmenteittäin. Käytännössä lienee helppointa valita ensin yksi tai kaksi asiakassegmenttiä ja aloittaa mittaaminen niistä. Segmenttien valinta riippuu tavoitteista. Maakuntaa ehkä kiinnostaa suurimpia kustannuksia aiheuttavat asiakasryhmät, joita käyttävät sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita. Palveluntuottajan taas kannattaa aloittaa asiakassegmentistä, jonka palveluketju ei merkittävästi ulotu oman organisaation ulkopuolelle. Esimerkiksi elektiiviset ortopediset leikkaukset ovat selvärajaisia ja päätyviä prosesseja, joissa mittaaminen ennen ja jälkeen toimenpiteen on suhteellisen suoraviivaista.

Mittarit valitaan tavoitteiden mukaan. Olennaista on mitata vaikuttavuutta eri näkökulmista, ml. asiakkaan näkökulma (eli PROM-mittarit). Tässäkin voidaan lähteä liikkeelle yhdellä yleisellä mittarilla ja laajentaa mittaristoa myöhemmin.

Jotta data muuttuisi toiminnaksi, vaaditaan aktiivista johtamista. Vaikuttavuustietoa tulee siis hyödyntää palveluiden ohjauksessa, esimerkiksi palkitsemisessa niin yksilö- kuin organisaatiotasollakin. Johtamista ja prosesseja tulee jatkuvasti kehittää siten, että ne tukevat vaikuttavuusperusteisuutta ja mahdollistavat vaikuttavuustiedon hyödyntämisen.

Jotta taas vaikuttavuustiedolla johtaminen mahdollistuu, täytyy vaikuttavuusdata jalostaa tiedoksi. Tämä vaatii analytiikkaa sekä johdon raportointia. Jos halutaan päästä kiinni kustannusvaikuttavuuteen, täytyy johdon saada yhdestä näkymästä ajantasainen tieto vaikuttavuudesta (niin kliinisillä kuin PROM-mittareillakin mitattuna) sekä kustannuksista asiakassegmenteittäin.



Kuva: Vaikuttavuustiedolla johtaminen vaatii johdon raportointia, joka yhdistää kustannusvaikuttavuuden eri komponentit asiakassegmenteittäin.

Lähteet

- Baumhauer J. F., Bozic K. J. 2016. Value-based healthcare: patient-reported outcomes in clinical decision making. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 474(6), 1375-1378.
- BCG 2018. Boston Consulting Group: How Dutch hospitals are making value-based healthcare work. <https://www.bcg.com/publications/2018/how-dutch-hospitals-make-value-based-health-care-work.aspx> (viitattu 6.8.2018)
- Black N. 2013. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ* 2013;346:f167 doi: 10.1136/bmj.f167
- Brimer, M. A. (1997). Value-Based Cost Management for Health Care: Linking Costs to Quality and Delivery. *Physical Therapy*, 77(2), 218.
- Cella D., Riley W., Stone A., Rothrock N., Reeve B., Yount S., Amtmann D., Bode R., Buysse D., Choi S., Cook K., Devellis R., DeWalt D., Fries J.F., Gershon R., Hahn E.A., Lai J.S., Pilkonis P., Revicki D., Rose M., Weinfurt K., Hays R. 2010. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. *J Clin Epidemiol* 2010 Nov;63(11):1179-94.
- Cook K.F., O'Malley K.J., Toni S Roddey T.S. 2005. Dynamic assessment of health outcomes: Time to let the CAT out of the bag? *Health Serv Res*, 40(5, Pt.2), 1694-1711.
- Doyle C., Lennox L., Bell D. 2013. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3:e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570
- Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., O'Brien B.J., Stoddard G.L. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3. painos. New York: Oxford University Press.
- The Economist Intelligence Unit 2016. Value-based Healthcare: A Global Assessment. http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf (viitattu 14.8.2018)
- Emilsson L., Lindahl B., Köster M., Lambe M., Ludvigsson J.F. 2014. Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*, 2015, 277; 94–136.
- FIMEA 2018. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. http://www.fimea.fi/kehittaminen/hoidollinen_ ja_taloudellinen_arvo (viitattu 6.8.2018)
- Hillary W., Justin G., Bharat M., Jitendra M. 2016. Value based healthcare. *Advances in Management*, 9(1), 1.
- Huttunen J. 2018. Mistä terveys syntyy? *Lääkärikirja Duodecim* 26.1.2018.
- ICHOM 2018a. International Consortium for Health Outcomes Measurement: <http://www.ichom.org/medical-conditions> (viitattu 6.8.2018)
- ICHOM 2018b. International Consortium for Health Outcomes Measurement: <http://www.ichom.org/frequently-asked-questions/> (viitattu 6.8.2018)
- KPMG 2014. Kotitorin taloudellisten vaikutusten arviointi. https://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/2014-0930-kotitorintaloudellisetvaikutuksettampereseminaari?next_slideshow=1 (viitattu 6.8.2018)
- Lindblad S., Ernestam S., Van Citters A.D., Lind C., Morgan T.S., Nelson E. C. 2017. Creating a culture of health: evolving healthcare systems and patient engagement. *QJM: An International Journal of Medicine*, 110(3), 125-129.
- Malmivaara A. 2013. Real-Effectiveness Medicine – pursuing the best effectiveness in the ordinary care of patients. *Annals of Medicine* 2013, 45:2, 103-106.
- McColl-Kennedy J. R., Snyder H., Elg M., Witell L., Helkkula A., Hogan S.J., Anderson L.

2017. The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. *Journal of Service Management*, 28(1), 2-33.

Netten A., Burge P., Malley J., Potoglou D., Towers A-M., Brazier J. et al. 2012. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technol Assess* 2012;16(16).

NHS England 2016: The NHS Atlas of Variation in Healthcare – Reducing unwarranted variation to increase value and improve quality. Public Health England.

NICE 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance> (viitattu 14.8.2018)

Nilsson E., Orwelius L., Kristenson M. 2016. Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *J Intern Med* 2016; 279: 141–153. doi: 10.1111/joim.12409 OECD 2017. Ministerial Statement THE NEXT GENERATION of HEALTH REFORMS OECD Health Ministerial Meeting 17 January 2017.

Okunade O., Arora J., Haverhals A. 2017. Collaborating for value: the Santeon Hospitals in the Netherlands, June 2017. http://www.ichom.org/wp-content/uploads/2013/10/Santeon_Case_Study_Final.pdf (viitattu 6.8.2018)

Peltokorpi A., Matinheikki J., Rajala R., Lehtinen J., Malmström T. 2018. How can the integration of a payer and a provider create value in health care? *Academy of Management Proceedings*, Vol. 2018, No. 1, p. 14075).

Porter M., Teisberg O. 2006. *Redefining Healthcare - Creating Value-based Competition for Results*. Harvard Business School Press, Boston.

Porter M. 2009. A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.

Porter M. 2010. What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363;26.

Porter M., Guth C. 2012. *Redefining German Healthcare – Moving to a Value-Based System*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Porter M., Kaplan R. 2013. *The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care*. Harvard Business Review 9/2011.

Sintonen H., Pekurinen M. 2006. *Terveystaloustiede*. WSOY, Porvoo.

Suojanen M., Talponen J. (toim.) 2007. *Vallaton vaalikone*. Minerva kustannus, Jyväskylä.

THL 2018. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos*. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/kansallinen-promis-keskus> (viitattu 6.8.2018)

THL 2017. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos*. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/perfect> (viitattu 1.8.2018)

Torkki P., Leskelä R-L., Linna M., Torvinen A., Klemola K., Sinivuori K., Larsio A., Hörhammer I. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017.