

Työpaperi 29/2024

Hoidon jatkuvuuden mittaaminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa:

Kansallisten rekisteripohjaisten mittarien sisältö ja käyttöönotto

Tuuli Suomela

Tässä työpaperissa kuvataan THL:n määrittelemien kansallisten hoidon jatkuvuuden mittarien tietosisältö ja tulkinta, valintaperusteet kansallisiksi mittareiksi sekä niiden eri versiot. Lisäksi annetaan ohjeet yksilöllisten indeksien muodostamisesta ja aggregoinnista mittareiksi, tarvittavat määritykset poimintaa varten sekä kuvataan laskennan prosessi.

THL:n ohjeita omiin tarpeisiinsa soveltamalla eri organisaatiot voivat muodostaa hoidon jatkuvuuden mittareita tiedolla johtamisen tueksi. Vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi tavoitteena on, että käytössä olevien mittarien määritykset olisivat mahdollisimman yhdenmukaiset.

Tiivistelmä

Tuuli Suomela. Hoidon jatkuvuuden mittaaminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa: Kansallisten rekisteripohjaisten mittarien sisältö ja käyttöönotto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 29/2024. 25 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-315-7 (verkkojulkaisu).

Hoidon jatkuvuutta pidetään tärkeänä osana perusterveydenhuollon laatua. Perusterveydenhuollossa diagnoosin asettaminen, hoito ja hoidon seuranta pohjautuvat hoidettavan väestön ja yksilön pitkäaikaiseen tuntemukseen. Vaikuttavan hoidon keskeinen elementti syntyy potilaan ja häntä hoitavan ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Sen toteutumisen reunaehtona on, että potilaalle annettua hoitoa toteuttaa sama tai mahdollisimman pieni joukko terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tätä potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkuvuutta kutsutaan myös hoidon jatkuvuudeksi.

Hoidon jatkuvuus on jo pitkään ollut eräs keskeisistä huolenaiheista terveydenhuollon toiminnassa. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan jatkuvuus perusterveydenhuollossa on heikentynyt tasaisesti. Jatkuvuutta tulisi kuitenkin kansallisesti edistää, sillä sen on havaittu olevan sidoksissa esimerkiksi parempiin hoitotuloksiin, asiakastyytyvyyteen, hoidon pienempiin kustannuksiin ja erikoissairaanhoidon vähempään käyttöön; sen ajatellaan kytkeytyvän lisäksi lääkäreiden työn mielekkyyden kokemukseen ja osaamisen kehittämiseen. Mittaaminen voi asettaa kannustimen kehityskulun muuttamiselle. Tätä on kuitenkin jarruttanut aiemmin yhteisesti hyväksytyt ja saavutettavan mittarin puute.

Mittamista kansallisista rekistereistä pilotoitiin v. 2020 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon osalta käyttäen Continuity of Care -indeksiä, joka on yksi kansainvälisesti käytetyimmistä rekisteripohjaisista hoidon jatkuvuuden mittareista. Pilotoinnin myötä kansallinen seuranta on alkanut: jatkuvuuden rekisteripohjaiset mittarit hyväksyttiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa, seurannassa ja arvioinnissa käytettävään mittaristoon vuonna 2021. Mittarit ovat siirtyneet osaksi THL:n säännöllistä tilastotuotantoa (Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa -tilasto, ks. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut>).

Kansallisesti käyttöönotettu rekisteripohjainen mittaamistapa ja tulosten avoin raportointi mahdollistavat jatkuvuuden alueellisen vertailun, vertaiskehittämisen ja pitkäaikaisseurannan. Hoidon jatkuvuutta koskevien tavoitteiden asettaminen kansallisesti sekä tavoitteen saavuttamisen systemaattinen seuranta tukevat ministeriöiden tiedolla ohjausta ja mutta myös perustason palveluiden kehittämistä hyvinvointialueilla. Perusterveydenhuollon laadun arviointi onkin keskeinen teema THL:n vuosittain laatimissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevissa asiantuntija-arvioissa.

Mittausmenetelmän kuvaamisella pyritään lisäämään kansallisen mittaamisen läpinäkyvyyttä, yhteistä hyväksyttävyyttä, varmistaa poimintamääritelmien yhteinen jatkokehittäminen sekä mahdollistaa mittarien käyttöönotto ja räätälöiminen muun muassa hyvinvointialueiden oman tiedolla johtamisen tueksi.

Avainsanat: hoidon jatkuvuus, perusterveydenhuolto, kansalliset mittarit, COCI

Sammandrag

Tuuli Suomela. Hoidon jatkuvuuden mittaaminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa: Kansallisten rekisteripohjaisten mittarien sisältö ja käyttöönotto. [Mätning av kontinuitet i vården inom primärvårdens öppenvårdstjänster: Innehåll och implementering av nationella registerbaserade mätvärden]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 29/2024. 25 sidor. Helsingfors 2024. ISBN 978-952-315-7 (nätpublikation)

Kontinuiteten inom vård betraktas som en väsentlig komponent av primärvårdens kvalitet. Inom primärvården baseras processen för diagnos, behandling och uppföljning på en långsiktig förståelse av befolkningen och individen som behandlas. En avgörande del av effektiv vård uppstår från interaktionen mellan patienten och vårdpersonalen som tillhandahåller behandlingen. En förutsättning för dess förverkligande är att den vård som ges till patienten administreras av samma eller den minsta möjliga gruppen vårdpersonal. Denna kontinuitet i vård och interaktion mellan patienten och vårdpersonalen kallas också för kontinuitet i vården.

Kontinuitet i vården har länge varit en central oro inom vården. Enligt studier utförda i Finland har kontinuiteten inom primärvården stadigt minskat. Dock bör kontinuitet främjas nationellt, eftersom det har visats vara associerat med bättre behandlingsresultat, patienttillfredsställelse, lägre behandlingskostnader och minskad användning av specialiserad vård. Dessutom är det kopplat till den upplevda meningsfullheten i läkares arbete och utvecklingen av deras färdigheter. Mätning kan ge incitament för att ändra utvecklingsbanan; dock har detta hindrats av bristen på en kollektivt accepterad och uppriktlig måttstock.

Mätning pilottestades i en studie år 2020 med användning av nationella register för öppenvård inom primärvården, där man använde Continuity of Care Index av Bice & Boxerman, en av de mest internationellt använda registerbaserade måtten på vårdens kontinuitet. Med piloten har nationell övervakning börjat: sex nya registerbaserade indikatorer godkändes år 2021 i uppsättningen indikatorer (KUVA) som används för social- och hälsovårdens nationella vägledning, övervakning och utvärdering. Som ett resultat av beslutet blev åtgärderna en del av THL:s regelbundna produktion av nationell statistik över hälso- och sjukvårdstjänster (Kontinuitet i primärvården - Statistik, se <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/halsotjanster>).

Den nationellt antagna registerbaserade mätmetoden och den transparenta rapporteringen av resultat möjliggör regional jämförelse av kontinuitet, kollegial utveckling och långsiktig övervakning. Att fastställa nationella mål för kontinuitet i vården och systematiskt övervaka måluppfyllelse stöder ministeriernas kunskapsbaserade vägledning och utvecklingen av primärvårdstjänster i välfärdsområden och Helsingfors. Att bedöma kvaliteten på primärvården är ett centralt tema i THL:s årliga expertbedömningar av social- och hälsovårdsorganisationen.

Beskrivningen av mätmetoden syftar till att öka transparensen i den nationella mätningen, gemensam acceptans, säkerställa gemensam ytterligare utveckling av formuleringen och möjliggöra antagande och anpassning av åtgärder för att stödja bland annat välfärdsområdenas egen datadrivna ledning.

Nyckelord: Kontinuitet i vården, COCI, primärvård, nationella indikatorer

Abstract

Tuuli Suomela. Hoidon jatkuvuuden mittaaminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa: Kansallisten rekisteripohjaisten mittarien sisältö ja käyttöönotto [Measuring Continuity of Care in Primary Healthcare Outpatient Services: Content and Implementation of National Register-Based Metrics]. Finnish institute for health and welfare (THL). Discussion Paper 29/2024. 25 pages. Helsinki, Finland 2024. ISBN 978-952-315-7 (online publication)

The continuity of care is considered an essential component of primary healthcare quality. In primary healthcare, the process of diagnosis, treatment, and follow-up is based on the long-term understanding of the population and the individual being treated. A crucial element of effective care arises from the interaction between the patient and the healthcare professional providing treatment. A prerequisite for its realization is that the care provided to the patient is administered by the same or the smallest possible group of healthcare professionals. This continuity of care and interaction between the patient and the healthcare professional is also referred to as continuity of care.

Continuity of care has long been a central concern in healthcare. According to studies conducted in Finland, continuity in primary healthcare has steadily declined. However, continuity should be promoted nationally, as it has been found to be associated with better treatment outcomes, patient satisfaction, lower treatment costs, and reduced use of specialized healthcare. Additionally, it is linked to the perceived meaningfulness of physicians' work and the development of their skills. Measurement can provide an incentive for changing the trajectory of development; however, this has been hindered by the lack of a collectively accepted and attainable measure.

Measurement was piloted in a study in 2020 using national registers for outpatient care in primary healthcare, utilizing the Continuity of Care Index by Bice & Boxerman, one of the most internationally used register-based measures of care continuity. With the pilot, national monitoring has begun: six new register-based indicators were accepted in 2021 into the set of indicators (KUVA) used for social and healthcare national guidance, monitoring, and assessment. As a result of the decision, the measures became part of THL's regular production of national statistics on health services (Continuity of Care in Primary Healthcare Statistics, see <https://thl.fi/en/statistics-and-data/statistics-by-topic/health-care-services>).

The nationally adopted register-based measurement method and transparent reporting of results enable regional comparison of continuity, peer development, and long-term monitoring. Setting national goals for continuity of care and systematically monitoring goal achievement support ministries' knowledge driven guidance and the development of primary care services in wellbeing service counties and Helsinki. Assessing the quality of primary healthcare is a central theme in THL's annual expert assessments on social and healthcare organization.

Describing the measurement method aims to increase the transparency of national measurement, common acceptability, ensure common further development of the formulation, and enable the adoption and customization of measures to support, among other things, wellbeing service counties' own data-driven management.

Keywords: Continuity of care, COCI, primary healthcare, national indicators

Sisällys

Tiivistelmä	2
Sammandrag.....	3
Abstract	4
Sisällys.....	5
Johdanto	6
1. Kansalliset hoidon jatkuvuuden mittarit	8
1.1 Mittarien valinta kansalliseen mittaristoon	8
1.2 Mittarien tulkinta	9
2. Mittarien muodostaminen	11
2.1 Tutkimusjoukon muodostaminen	13
2.1.1 Kohderyhmäkriteerit ja mittausjakso	14
2.1.2 Käyntikriteerit.....	14
2.1.3 Puuttuvat tiedot tai kotikunta vaihtunut	15
2.1.4 Tutkimusjoukon kattavuustarkastus.....	16
2.2 Yksilöllisistä indekseistä mittareiksi	16
2.2.1 Indeksien laskenta.....	16
2.2.2 Indeksikeskiarvojen kohdentaminen vuosille ja aluetasolle	16
3. Lopuksi	18
3.1 Hoidon jatkuvuus yhteisenä tavoitteena	18
3.2 Tavoitteena monipuolinen ja -tasoinen mittaaminen	19
3.3 Tavoitteeksi aidosti pitkät potilassuhteet myös Suomessa?	20
Lähteet	21
Liitteet	23
Liite 1. DigiFinland Oy:n kanssa laadittu yhteenveto määräyksistä hyvinvointialueille.	23
Liite 2. Monisairaiden määritelmässä käytettävät sairausryhmät ja koodit.	24

Johdanto

Perusterveydenhuollossa diagnoosin asettaminen, hoito ja hoidon seuranta pohjautuvat hoidettavan väestön ja yksilön pitkäaikaiseen tuntemukseen; vaikuttavan hoidon keskeinen elementti syntyy potilaan ja häntä hoitavan ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa (THL 2021). Sen toteutumisen ehtona on, että potilaalle annettua hoitoa toteuttaa sama tai mahdollisimman pieni joukko terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Tämä potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkuvuus (*relational continuity*) on osa hoidon jatkuvuutta ja sitä pidetään erityisen tärkeänä osana perusterveydenhuollon laatua. Muita hoidon jatkuvuuden osalottuvuuksia ovat tiedon jatkuvuus (*informational continuity*) sekä hoidon suunnittelun ja koordinaation jatkuvuus (*management continuity*). (Haggerty ym. 2003.) Erillisyydestään huolimatta olottuvuuksissa on päällekkäisyyttä: hoitosuhteen jatkuvuus edesauttaa ja osittain varmistaa tiedon jatkuvuutta (mm. hiljaisen tiedon kumuloituminen) sekä hoidon suunnittelua ja koordinaatiota (mm. hoitosuunnitelman tuntemus ja hoidon toteutumisen seuranta). On kuitenkin huomioitava, että yksinomaan hoitosuhteen jatkuvuuden mittaaminen ei kuitenkaan tavoita koko käsitettä.

Käsitteellisestä epätarkkuudesta huolimatta kansainvälisessä kirjallisuudessa hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan usein hoitosuhteen jatkuvuutta, erityisesti potilaan ja lääkärin välillä. Myös tässä julkaisussa käsitettä käytetään viittaamaan hoitosuhteen jatkuvuuden osalottuvuuteen potilaan ja lääkärin - mutta myös potilaan ja hoitajan välillä (jatkossa *hoidon jatkuvuus*).

Hyvää hoidon jatkuvuutta pidetään tärkeänä terveydenhuoltojärjestelmän kokonaistoimivuuden kannalta (van Walraven ym. 2010; WHO 2018). Jatkuvuus kertoo osaltaan onnistuneesta hoidon prosessista, joka on sidoksissa tavoiteltaviin lopputuloksiin. Hyvän potilaan ja lääkärin välisen hoidon jatkuvuuden on lukuisissa rekisteritutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä muun muassa sairaalahoidon, erityisesti päivystyksen, vähempään käyttöön (Sandvik ym. 2022, Barker, Steventon, ja Deeny 2017; Bayliss ym. 2015; Kohnke ja Zielinski 2017; Nyweide ja Bynum 2017), järkevämpään lääkehoitoon (Lampe ym. 2023; Prior ym. 2023; Tammes, Payne, ja Salisbury 2022; Te Winkel ym. 2023; Weng, Deng, ja Pu 2020), hoidon pienempiin kustannuksiin (Bazemore ym. 2018) ja vähäisempään potilaiden kuolleisuuteen (Pahlavanyali ym. 2023; Prior ym. 2023, Sandvik ym. 2022, Pereira Gray ym. 2018).

Sekä lääkärit että potilaat arvostavat jatkuvuutta, erityisesti juuri pitkäaikaista hoitosuhdetta. Hoidon jatkuvuus lisää potilaan luottamusta hoitosuhteeseen ja turvallisuuden tunnetta, sekä onnistuneen vuorovaikutuksen todennäköisyyttä että hiljaisen tiedon kumuloitumista; sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta jatkuvuuden ajatellaan parantavan työtyytyväisyyttä ja edistävän työssä oppimista. (Sidaway-Lee ym. 2021.) Jatkuvuuden merkitys korostuu erityisesti ikääntyneiden sekä pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden hoidossa - tätä korostaa myös monisairaana potilaan Käypä hoito -suositus (Duodecim 2021).

Hoidon jatkuvuuden mittarit luetaan Donabedianin (1988) laatukehikkoa käyttäen laadun prosessimittareiksi. Jatkuvuutta voidaan mitata kyselytutkimuksiin perustuvilla subjektiivisilla mittareilla esimerkiksi kysymällä potilailta tapaavatko he yleensä saman lääkärin, tai mitata objektiivisesti erilaisin indekseihin rekisteritietoihin kertyvien käyntitietojen avulla (Jee ja Cabana 2006). Esimerkiksi Ruotsissa ja Belgiassa jatkuvuuden rekisteripohjaiset indeksit ovat osa hoidon laatumittaristoa.

Suomessa kansallista ja systemaattista hoidon jatkuvuuden rekisteripohjaista seurantaa ei ole ennen 2020-lukua tehty laskennan mahdollistavien rekisteritietojen puuttuessa, vaan THL on julkaissut kahden vuoden välein julkaistuu väestökyselyyn (FinSote, nykyisin TerveSuomi) perustuvaa subjektiivista tietoa jatkuvuudesta (THL 2024a; 2024c). Kyselyn haasteena ovat kuitenkin rekisteritietoihin verrattuna pieni vastaajamäärä¹ ja harva tiedonkeruusykli. Toisaalta kysely tavoittaa myös yksityistä terveydenhuoltoa käyttäneen väestön. Viime vuosina erityisesti lääkärin yksilöintitunnusten kerääminen Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) avosairaanhoidon käyntitietoihin ja käynnin vastaanottajan yksilöintitietojen kattavuuden parantaminen ovat avanneet uudenlaiset mahdollisuudet hoidon jatkuvuuden seurantaan.

¹ Esimerkiksi vuoden 2022 TerveSuomi -kyselyyn perustuvan Asioi aina tai usein saman lääkärin kanssa (%) (id. 5226) -mittarin vastaajamäärät olivat koko maassa noin 23 500 ja hyvinvointialueilla noin 900–1300.

Kansallista rekisteripohjaista mittaamista pilotoitiin vuonna 2020 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon osalta (Suomela ja Linnosmaa 2020) käyttäen Continuity of Care -indeksiä (COCI) (Bice ja Boxerman 1977). Indeksillä on yksi kansainvälisesti käytetyimmistä rekisteripohjaisista hoidon jatkuvuuden mittareista Usual Provider Continuity -indeksin (UPC) lisäksi (Jee ja Cabana 2006). COCI:n valintaa pilotointiin puolsi sen kyky samanaikaisesti kuvata useille eri ammattihenkilöille tehtyjen käyntien osuuksia sekä huomioida henkilön tekemien käyntien kokonaismäärä. UPC puolestaan kuvaa pelkästään useimmin hoitaneen ammattihenkilön käyntien osuutta riippumatta käyntien määrästä tai käyntien kokonaisjakaumasta.

Pilotoinnin tuloksena havaittiin, että hoidon jatkuvuutta voitiin mitata luotettavasti valtaosalla alueista vuodesta 2018 lähtien käyttäen COCI-mittareita. Lisäksi eri vuosien ja eri alueiden välillä havaittiin olevan selviä, tilastollisesti merkitseviä eroja sekä lääkäri- että hoitajakäyntien jatkuvuudessa. (Suomela ja Linnosmaa 2020.) Tulosten myötä kansallinen seuranta on alkanut: vuonna 2021 jatkuvuuden rekisteripohjaiset mittarit hyväksyttiin kansallisessa ohjauksessa, seurannassa ja arvioinnissa käytettävään sosiaali- ja terveydenhuollon KUVA-mittaristoon (Suomela ja Niemi 2021; THL 2024f). Mittarit ovat siirtyneet osaksi säännöllistä tilastotuotantoa: THL julkaisee Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa -tilaston tiedot vuosittain (THL 2024e). Tuotantoon siirron yhteydessä mittarien määrittämisestä myös tarkennettiin perusterveydenhuollon, kansallisen ohjauksen ja arvioinnin sekä tietopohja-asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä.

Tässä työpaperissa kuvataan mittarien tietosisältö ja tulkinta, valintaperusteet kansallisiksi mittareiksi sekä mittarien eri versiot. Lisäksi annetaan ohjeet yksilöllisten indeksien muodostamisesta ja niiden aggregoinnista mittareiksi, tarvittavat määrittämisohjeet poimintaa varten sekä kuvataan laskennan prosessi. Mittarien lisäksi indeksejä on mahdollista (laskentateknisesti) seurata potilastasolla². THL:n mittariohjeita omiin tarpeisiinsa soveltamalla eri organisaatiot voivat muodostaa hoidon jatkuvuuden mittareita tiedolla johtamisen tueksi. Vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi tavoitteena on, että käytössä olevien mittarien määrittämisohjeet olisivat mahdollisimman yhdenmukaiset. Mittarien käyttöönottoa hyvinvointialueilla tukeva tiivistelmä tämän työpaperin ohjeista on laadittu yhteistyössä DigiFinland Oy:n kanssa (liite 1)

Tässä työpaperissa kuvattua laskentamenetelmää kuvastaa laskentaa ja poimintamäärittämisohjeita vuoden 2023 lopussa. Määrittämisohjeet saattavat muuttua rekisterien tietosisältöjen muuttuessa - kuvattua laskentamenetelmää päivitetään validiteetin ja reliabiliteetin varmistamiseksi. Tätä työpaperia ei päivitetä julkaisun jälkeen, vaan uusimmat poimintamäärittämisohjeet saa THL:n asiantuntijoilta pyydettäessä.

² Tiedot on salattu käyttäen yksilöllisiä pseudotunnisteita. THL:n rekisteritiedoista ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä.

1. Kansalliset hoidon jatkuvuuden mittarit

1.1 Mittarien valinta kansalliseen mittaristoon

Vuodesta 2018 alkaen kansallisessa ohjauksessa, seurannassa ja arvioinnissa on hyödynnetty sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuusmittaristoa (jatkossa KUVA). Mittariston sisältö määriteltiin laajassa asiantuntijayhteistyössä Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla (Hämäläinen, Kovasin, ja Räikkönen 2019) ja sen säännöllisestä tuotannosta ja raportoinnista vastaa THL. Ehdotus COCI-mittarien lisäämisestä KUVA-mittaristoon STM:n asettamassa mittaristoa hallinnoivassa KUVA-työryhmässä³ tehtiin loppuvuonna 2020. Työryhmän asiantuntemukseen ja pyydettyihin asiantuntijalausuntoihin perustuen mittarien lisääminen vahvistettiin maaliskuussa 2021.

Mittarien arvioimiseksi pyydettyjen perusterveydenhuollon asiantuntijoiden lausuntojen (THL 2021) mukaan mittaamista pidettiin tärkeänä erityisesti hyvinvointialueiden ohjauksen, arvioinnin ja seurannan näkökulmasta. Työryhmän mukaan jatkuvuutta tulee mitata, sillä se on sidoksissa moniin tavoiteltaviin tuloksiin palvelujärjestelmässä. Edellä mainittujen lisäksi COCI-mittareita pidettiin relevantteina tietojohdamisen näkökulmasta, sillä hoitosuhteen jatkuvuuden seuraaminen tietojohdamisen keinoin antaa organisaatiolle mahdollisuuden seurata ja parantaa toimintamallejaan.

Lausuntojen mukaan erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidon jatkuvuus on jo pitkään ollut eräs keskeisistä huolenaiheista terveydenhuollon toiminnassa: vaikka jatkuvuus perusterveydenhuollossa on heikentynyt, kehityskulun muuttaminen on ollut hankalaa. Tätä on asiantuntijoiden mukaan osaltaan vaikeuttanut yhteisesti hyväksytyyn ja saavutettavan mittarin puute. Ehdotettujen mittarien koettiin nyt mahdollistavan jatkuvuuden pitkäaikaisseurannan kansallisesti, sekä alueellisen vertailun ja toiminnan vertaiskehittämisen.

Validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta mittaamista nähtiin määrittävän osaltaan se, miten tarkasteltava populaatio rajataan, mitkä ovat valittavat ammattiryhmät ja mittaustajajakso. Ehdotettua mittaria pidettiin käytettävimpänä tiedossa olevista rekisteripohjaisista mittaustavoista ja nykyisiä kyselyaineistoihin perustuvia hoidon jatkuvuutta kartoittavia tapoja kattavampana. Lisäksi mittarien käyttökelpoisuutta pidettiin hyvänä. Tärkeänä pidettiin myös, että laskenta perustuu olemassa oleviin tietoihin: rekisteritiedonkeruuta ja tarvittavia muuttujia kerätään mittarin tuottamisesta riippumatta eikä mittarointi aiheuta lisätaakkaa tiedon keruun näkökulmasta.

Lausunnoissa mittareista nostettiin esiin myös useita mittaristovalinnassa huomioitavia seikkoja: toisaalta mittaamisen kohdentamista pidettiin tärkeänä, samanaikaisesti tulisi kuitenkin varoa mittarin pirstaloitumista moniin eri potilasryhmiin. Ratkaisuksi KUVA-työryhmän (STM 2021) käsittelyssä nähtiin mittarien versiointi muutamaan asiakasryhmään: kaikki perusterveydenhuollon asiakkaat, pitkäaikaissaira / monisaira / asiakkaat ja 65 vuotta täyttäneet asiakkaat. Näin hoidon jatkuvuuden toteutumista perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa voidaan seurata yleisellä tasolla, mutta myös eläkeikäisessä väestössä, joilla on iän myötä suurentunut riski sairastua pitkäaikaissairauksiin, sekä jo sairastuneilla pitkäaikaissairailta tai monisairailta, joiden ajatellaan hyötyvän jatkuvuudesta erityisesti.

Viimeisen mittarin rajaamista kaikkien pitkäaikaissairaiden sijaan monisairaiden kohderyhmään puolsi monisaira / potilaan Käypä hoito -suositus (Duodecim 2021). Suosituksen mukaan hoidon jatkuvuus on keskeistä monisaira / potilaan hoidossa ja suosituksen laatinut työryhmä suosittelee monisairailta / potilailta hoitosuhteen ja hoidon jatkuvuuden vahvistamista niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin, tarvittaessa moniammatillisuutta lisäämällä. Siten mittarit mittaisivat monisaira / potilaan hoitosuosituksen toteutumista kansallisesti ja alueittain.

Sekä lausunnoissa että KUVA-työryhmän päätöksentekokeskustelussa pidettiin tärkeänä mittaamisen ulottamista useisiin ammattiryhmiin, mutta ensisijaisesti keskittyen perusterveydenhuollon lääkäreihin ja hoitajiin. Samalla esitettiin tarve ulottaa mittaaminen tulevaisuudessa hoidon jatkuvuuden toteutumiseen moniammatillisissa tiimeissä.

³ KUVA-työryhmän toiminta on päättynyt vuonna 2022. Vuodesta 2023 lähtien mittariston sisältöä hallinnoi STM:n asettama Valtakunnallisen strategisen tiedolla ohjauksen ja johtamisen asiantuntijaryhmä.

Käsittelyn myötä KUVA-mittaristoon valittiin yhteensä kuusi hoidon jatkuvuuden mittaria, kolme asiakasryhmittäistä mittaria kahdessa eri ammattiryhmässä:

1.1 Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä (id. 5502)

1.2 Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä (id. 5503)

2.1 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä (id. 5504)

2.2 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä (id. 5505)

3.1 Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä (id. 5506)

3.2 Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynneillä (id. 5507)

1.2 Mittarien tulkinta

Hoidon jatkuvuuden kuusi mittaria kuvaavat potilassuhteen keskimääräistä jatkuvuutta alueen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon asiakkailla. Mittarien perustana ovat asiakkaiden yksilölliset jatkuvuusindeksit. Indeksinä käytetään Continuity of Care-indeksiä (COCI), joka kuvaa perusterveydenhuollon asiakkaan tietyllä mittausjaksolla tekemien käyntien hajautuneisuutta eri ammattihenkilöille. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, tapaako asiakas yleensä saman tai samat lääkärit vai onko vastaanottava lääkäri useimmiten eri.

Asiakkaalle määritetty hoidon jatkuvuuden indeksiarvo saa asiakkaan yksilölliseen käyntijakaumaan perustuen arvon 0 ja 1 väliltä (taulukko 1). Arvo 0 merkitsee kaikkien potilaan käyntien toteutuneen eri ammattihenkilöille (ei jatkuvuutta), arvo 1 puolestaan samalle ammattihenkilölle kuvastaen täydellistä potilassuhteen jatkuvuutta.

Taulukko 1. Indeksien arvojen vaihtelu perustuen potilaan erilaisiin käyntijakaumiin.

Käyntijakauma	COCI
AAAAAAA	1,0
AAAABAAA	0,75
ABAABAAA	0,57
ABAACAAA	0,54
ABCBAEFA	0,14
ABCDEFGH	0

Huom. kirjaimet kuvaavat potilaan tapaamia eri ammattihenkilöitä (esimerkiksi lääkärit A, B ja C) ja kirjainten määrä (esimerkiksi 8 kpl) käyntien määrää tarkasteltavalla ajanjaksolla.

Mittarien laskennassa yksilöllisistä indeksiarvoista on muodostettu alueellinen keskiarvo hyödyntäen tietoa potilaiden asuinkunnasta. Alueellisen keskiarvon tulkinta on suoraviivainen: mitä suurempi mittarin saama arvo on, sitä paremmin hoidon jatkuvuus toteutuu alueen asukkailla, pienet arvot puolestaan nostavat esille hoidon jatkuvuudessa ja myös hoitoprosessin laadussa olevan parantamisen varaa.

Mittarin tulkinnan haasteena on kuitenkin yksiselitteisten raja-arvojen puuttuminen. Tilanteessa, jossa indeksi tai indekseistä muodostettu keskiarvo saa arvon läheltä keskiväliä (0,5), arvo ei suoraan kerro, onko jatkuvuutta paljon vai vähän. Tulkinta on perustettava ajallisen muutoksen havainnointiin sekä vertailevaan analyysiin alueellisista eroista.

Hoidon jatkuvuuteen ja siten mittarin saamaan arvoon on mahdollista vaikuttaa avosairaanhoidon toimintamalleja kehittämällä sekä työtehtävien organisoimalla ja työnjohdollisten keinojen kautta. Esimerkiksi omalääkäri tai -hoitajajärjestelmän on havaittu tutkimuksissa olevan jatkuvuutta ylläpitävä rakenne Suomessa

(Mäntyselkä ym. 2007; Raivio, Holmberg-Marttila, ja Mattila 2014; Voutilainen ym. 2015), ja potilaat, joilla omalääkäri, ovat myös tyytyväisempiä saamaansa hoitoon (esim. Lautamatti ym. 2020).

Joillain alueilla keskimääräinen jatkuvuus lääkärikäynneissä voi olla matala mutta hoitajakäynneissä puolestaan korkea, jolloin havainto voi viitata käytäntöön, jossa omalääkärin sijaan potilaille on pyritty varmistamaan hoitosuhde tuttuun hoitajaan. Tämä saattaa asiakkaan näkökulmasta osittain kompensoida lääkärin vaihtuvuutta, mutta tutkimustietoa näiden keskinäisestä vaihtokelpoisuudesta tavoiteltavien tulosten näkökulmasta ei ole. Samalla on huomioitava, että myös potilas voi vaikuttaa jatkuvuuteen ammattihenkilöä tai terveysasemaa vaihtamalla.

Hoidon saatavuus muodostaa vastinparin jatkuvuudelle. Mikäli henkilöstön vaihtuvuus on suurta ja avosairaanhoidon vastaanottoaikojen saatavuus alueella heikko, voi tilanne johtaa hoitopääsyn lakisääteisten määräaikojen painottamiseen ajanvarauskäytännöissä mutta vähentää samalla jatkuvuutta. Asiakkaan näkökulmasta hoitoon voi tällöin päästä kohtuullisessa ajassa, mutta samalla vastassa on pahimmillaan aina uusi, asiakkaan tilannetta, vuorovaikutustapaa ja hoitohistoriaa ennalta tuntematon ammattihenkilö. Tällöin aikaa vastaanotolla kuluu potilaan taustatietojen selvittämiseen, vuorovaikutustyylin havainnointiin, ja keskinäisen väärinymmärryksen riski kasvaa.

Yksinomaan saatavuuden painottaminen ajanvarauskäytännöissä voikin aiheuttaa hoidon laadun heikkenemistä, asettaa esteitä sujuvalle hoidolle asiakkaan näkökulmasta ja lisätä tehottomuutta terveydenhuoltojärjestelmässä. Jatkuvuuden puute voi lisätä palvelujen häiriökysyntää⁴, mikä näyttäytyy lisääntyneinä käynteinä ja yhteydenottoina. Laadukkaassa perusterveydenhuollossa ajan saa tarpeeseen nähden oikea-aikaisesti ja halutessaan tutulle ammattihenkilölle. Tästä syystä jatkuvuuden mittareita tulisi tarkastella yhdessä muiden perusterveydenhuollon tarvetta, laatua ja vaikuttavuutta kuvaavien mittarien kanssa, mutta erityisesti perusterveydenhuollon saatavuutta kuvaavien hoitopääsymittareiden kanssa.

Hoidon jatkuvuusmittarien kansallista käyttöä sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksessa, seurannassa ja arvioinnissa ovatkin suosittaneet THL, Perusterveydenhuollon laatu ja vaikuttavuus -asiantuntijaryhmä sekä KUVA-työryhmä.

⁴ lisää häiriökysynnän käsitteestä ks. Hyytiälä ja Kekomäki 2017

2. Mittarien muodostaminen

Mittarit muodostetaan käyttäen pääasiassa perusterveydenhuollon avohoidon käyntitiedot sisältävää Avohilmo-rekisteriaineistoa, joka on osa THL:n Hilmo-hoitoilmoitusjärjestelmää (THL 2024b). Monisairaiden poiminnassa hyödynnetään lisäksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastohoidon sekä julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon tiedot sisältävää Terveysdenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä, Terveyshilmoa.

COCI-mittarien laskennassa käytetään käyntitietuetasoista aineistoa, josta hyödynnetään asiakasta koskevia perustietomuuttujia sekä käynnin toteutumistietoja kuvaavia muuttujia. Aineistosta eristetään haluttu kohderyhmä ja indeksien laskentaan poimittavat käyntitietueet ammattiryhmittäin. Mittareihin sisällytetään vain käynnit, joiden katsotaan syntyneen osana julkisesti järjestettyä terveydenhuoltoa.

Jokaiselle muodostamiskriteerit täyttäneelle henkilölle lasketaan yksilölliseen käyntijakaumaan perustuva indeksi. Käyntijakauma muodostetaan tarkasteltavan mittausjakson aikana tehdyistä käynneistä perusterveydenhuollon avosairaanhoitoon. Laskennassa käyntitietueet kohdennetaan eri ammattiryhmille ammattiryhmää kuvaavien muuttujien avulla ja summataan eri ammattihenkilöille käynnin vastaanottajan yksilöllistä Terhikki-tunnusta hyödyntäen. Lopuksi yksilöllisistä indekseistä muodostetaan keskiarvot eri alueille kotikuntatietoa hyödyntämällä.

Mittariin sisältyvän mittausjakson pituus on kaksi vuotta (24kk). Laskentatapa on luonteeltaan rullaava, mikä tarkoittaa mittarien kuvastavan keskimääräistä jatkuvuutta aina kahden edellisvuoden aikana tehdyissä käynneissä. THL julkaisee mittarien tiedot vuosittain kohdistuen raportoitavat tilastovuoden tulokset viimeisimpään mittausajanjaksoon sisältyvään vuoteen. Rekisteriaineiston päivittyessä jatkuvasti, mittarien raportointisykliä voidaan tarvittaessa nopeuttaa laskemalla ja raportoimalla tulokset esimerkiksi neljä kertaa vuodessa, kolmen kuukauden välein.

Mittarien muodostaminen jakautuu eri vaiheisiin, joita ovat

2.1. Tutkimusjoukon muodostaminen

2.2. Yksilöllisten indeksien muodostaminen ja jalostaminen mittareiksi

Hoidon jatkuvuusmittarien muodostamisessa tarvittavat muuttujat ja poimittavat koodit on kuvattu tiivistetysti taulukossa 2.

Taulukko 2. Avohilmosta hyödynnettävät muuttujat ja poimittavat koodit.⁵

Tieto	Muuttuja	Koodi	Selite	Huomiot
Henkilön yksilöivä tunniste	Henkilö ID	*	Keinotekoinen henkilötunniste	
Sukupuolien erottelu	Sukupuoli	1	Mies	
		2	Nainen	
Kohderyhmä	*		Kaikki	mittarikohtaiset
	Syntymäaika	<1.1.xxxx 00:00	Ikä 65 vuotta tai yli	mittarikohtaiset
	Diagnoosi / ICD10 ⁶	Diagnoosilista (liite 2)		mittarikohtaiset
Mittausjakso	Käynti alkoi -> käyntivuosi	xxxx, xxxx	Käynnin toteutumisen ajankohta	24 kk takautuvasti
Ammattiryhmä	Ammattiluokka	Koodit	Lääkärit	
	Ammatti	Koodit	Lääkärit	
	Ammattiluokka	Koodit	Hoitajat	
	Ammatti	Koodit	Hoitajat	
Ammattihenkilön rekisteröintitunnus	Käynnin toteuttaja	*	Terhikki-tunnus	saattaa sisältää puuttuvia tietoja
Käynnin tyyppi	Palvelumuoto	T11, SH	Avosairaanhoito	
Asiointitieto	Yhteystapa	R10	Käynti vastaanotolla	
		R20	Ammattihenkilön käynti asiakkaan kotona	
		R30	Ammattihenkilön käynti asiakkaan työpaikalla	
		R41	Ammattihenkilön käynti asiakkaan luona muualla kuin kotona tai työpaikalla	
		R52	Reaaliaikainen etäasiointi	
		R50	Puhelinyhteys	lakkautettu
		R51	Sähköinen asiointi	lakkautettu
	Hoidon kiireellisyys	E, (NULL)	Kiireetön ja tyhjät	puuttuvat tiedot tulkitaan kiireettömiksi käynneiksi
	Kävijäryhmä	1, (NULL)	Yksilökäynti ja tyhjät	puuttuvat tiedot tulkitaan yksilökäynneiksi
Toteutunut käynti	Peruutus syy Peruutus ajankohta	(NULL)	Tyhjä	
Asuinkunta	Kotikunta	not = 198	Ei kotikuntaa Suomessa	
		not = 199	Kotikunta tuntematon	
		not = 200	Asuinpaikka on ulkomailla	

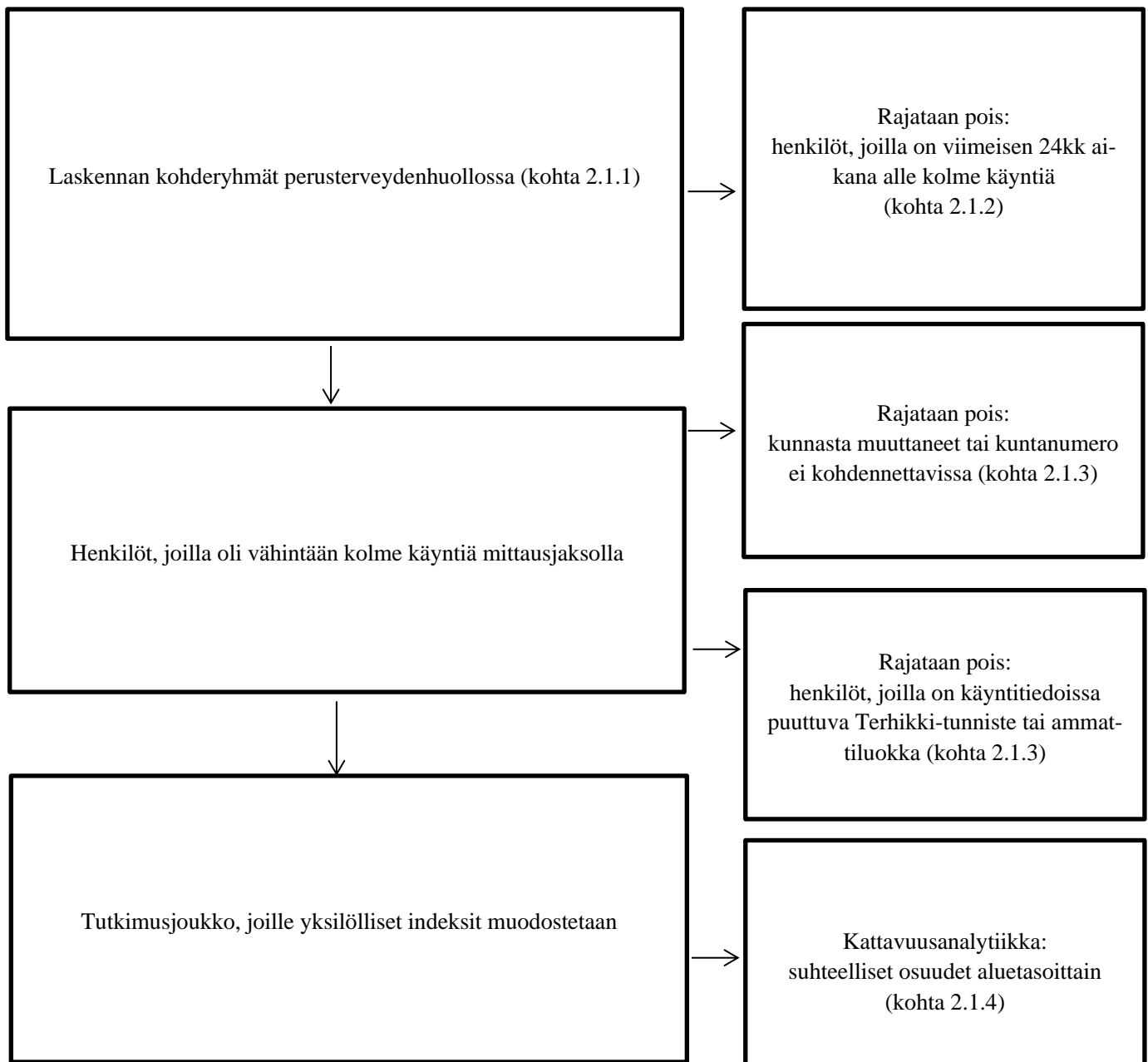
⁵ Hoitoilmoitusrekisterissä käytettävien luokitusten muutoksia on seurattu vuoteen 2023 saakka. Käyttäjän tulee tarkistaa aina uusimmat käytössä olevat luokitukset. Käyntien poimintaehdot ovat soveltuvin osin yhdenmukaiset perusterveydenhuollon hoitopaikasta riippumattomien mittarien määrittelyjen kanssa.

⁶ Monisairaiden kohderyhmän tunnistamisessa ICD10-diagnoositiedot on poimittu Avohilmo- ja Terveysilmoitusrekisteriaineiston muuttujista: pitkäaikaisdiagnoosi (Terveys- ja Avohilmo) / päädiagnoosi (Terveysilmo)

2.1 Tutkimusjoukon muodostaminen

Jokaiselle mittarille muodostetaan kohderyhmän ja ammattiryhmän perusteella oma tutkimusjoukkonsa. Muodostamisen päävaiheet on kuvattu kaaviossa 1. Vaiheita tarkennetaan seuraavissa osioissa, joihin viitataan kaaviossa alaotsikkonumeroin. Muodostamisprosessin eri vaiheiden keskinäisen järjestyksen noudattaminen on tärkeää.

Kaavio 1. Tutkimusjoukon muodostamisen prosessikuvaus.



2.1.1 Kohderyhmäkriteerit ja mittausjakso

Peruslähdekohtana kohderyhmään kuulumiseksi on, että kohderyhmäkriteerit ovat täyttyneet **mittausjakson alkuun mennessä**. Tämä koskee sekä ikävuosi- että diagnoositietoja.

1. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaat (yleismittari)

Kohderyhmään sisältyvät kaikki ne, jotka ovat käyttäneet perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja kahden edellisen kalenterivuoden (24 kk) aikana.

2. 65 vuotta täyttäneet (ikärajattu mittari)

Kohderyhmään sisältyvät kaikki mittausjakson alkuun mennessä 65 ikävuotta täyttäneet henkilöt, jotka ovat käyttäneet perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja kahden edellisen kalenterivuoden (24 kk) aikana.

3. Monisairaat (diagnoosirajattu mittari)

Kohderyhmään sisältyvät kaikki henkilöt, joilla on tiedoissaan **vähintään kaksi eri** sairausryhmiin kuuluvaa pitkäaikaissairausdiagnoosia mittausjakson alkuun mennessä, ja jotka ovat käyttäneet perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluja kahden edellisen kalenterivuoden (24 kk) aikana. Monisairaiden henkilöiden poimintaan käytettävä ryhmitelty diagnoosilistaus on muodostettu IMPRO-tutkimushankkeessa ja on vapaasti käytettävissä tämän julkaisun liitteenä. THL:n tuottamissa mittareissa kohderyhmään sisältyvät diagnoosimerkinnot on poimittu muuttujista pitkäaikaisdiagnoosi (Terveys- ja Avohilmo) ja päädiagnoosi (Terveyshilmo).

Mittausjakson pituuden valinta vaikuttaa indeksin lopputulokseen merkittävästi. Käyttämällä 12 kuukauden mittausjaksoa 24 kuukauden sijaan käyntikriteerit täyttävien määrä on pienempi, indeksi saa helpommin korkeampia arvoja ja toiminnan kuvaamisen aikaikkuna on selkeämpi. Indekseistä muodostettavan mittarin validiteetin näkökulmasta mittausjakson tulee kuitenkin kuvastaa pitkäaikaisen potilassuhteen muodostumiseen tarvittavaa riittävää aikaa. Perusterveydenhuollon laatu ja vaikuttavuus-asiantuntijaryhmä sekä KUVA-mittaristoa hallinnoiva työryhmä ovat suositaneet mittausjakson pituudeksi 24 kuukautta (vrt. 12 kk Suomela ja Linnosmaa 2020).

2.1.2 Käyntikriteerit

Yllä kuvatuille kohderyhmille muodostetaan erilliset tutkimusjoukot mittarin ammattiryhmän mukaan. Joukkoon poimitaan ne henkilöt, joilla on 24 kuukauden aikana rekisterin **käynnin toteutumista kuvaavien tietojen** mukaan toteutunut **vähintään kolme**⁷ kiireetöntä avosairaanhoidon varsinaista tai reaaliaikaisen asiainnoinnin kautta toteutettua yksilökäyntiä lääkärillä tai hoitajalla indeksin ammattiryhmän mukaan.

Ammattiryhmä: hyödynnetään ammattiluokka -muuttujaa sekä ammatti -muuttujaa. Poimintaehtoihin sisällytetään joko lääkärin ammattioikeutta tai toimenkuvaa ilmoittavat Valviran luokitukset ja Tilastokeskuksen ammattiluokitus tai hoitajien ammattioikeutta kuvaavat vastaavat luokitukset muodostettavan indeksin mukaan. Ammattiryhmän poiminnassa käytettävät luokitukset vastaavat hoitoonpääsymittareita.

Käynnin palvelumuoto: muuttujan avulla eritellään saatu perusterveydenhuollon avohoitopalvelu. Poimintaehtoihin sisällytetään avosairaanhoidon, eli asiakkaan terveysongelman tai sairauden hoitoa varten annettavia palveluja kuvaava tunniste (T11, SH).

⁷ Vastaa kansainvälistä käytäntöä. Alle kolme käyntiä tehneillä indeksi painottuu ääripäihin.

Yhteystapa: muuttujalla kuvataan ammattihenkilön ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tapaa. Poiminta-ehdossa sisällytetään käyntiä vastaanotolla tai tapaamista muualla kuvaavat tunnisteet (R10, R20, R30, R41) sekä reaaliaikaisen etäasioinnin tunniste (R52) joka sisältää esimerkiksi videovastaanotto-, chat- ja puhelinkontaktit. Poimintaehdossa muodostettaessa on huomioitava, että aineisto saattaa sisältää edelleen käytöstä poistuneita tunnisteita kuten puhelinyhteys (R50) ja sähköinen asiointi (R51). Tunnisteiden muutoshistoria on saatavissa THL:n koodistopalvelimelta.

Hoidon kiireellisyys: poimintaan sisällytetään kiireetöntä käyntiä kuvaava tunniste (E). Kiireettömällä hoidolla tarkoitetaan asiakkaan tai potilaan suunniteltua ja sovittuna aikana tapahtuvaa hoitoa tai arviointia avohoidon yksikössä. Poimintaehdossa muodostettaessa on huomioitava, että aineisto saattaa sisältää edelleen käytöstä poistuneita tunnisteita. Puuttuvat tiedot tulkitaan kiireettömiksi käynneiksi. Tunnisteiden muutoshistoria on saatavissa THL:n koodistopalvelimelta.

Kävijäryhmä: muuttujalla kuvataan käynnillä läsnä olevien henkilöiden määrää sekä yksityisyysastetta. Poiminta-ehdossa sisällytetään yksilökäyntiä kuvaava tunniste (1) sekä tyhjät tiedot. Muuttujan tiedoissa voi olla puuttuvia tunnisteita, ja nämä tulee tulkita ensisijaisesti yksilökäynneiksi.

Toteutunut käynti: käytetään peruutussyy-muuttujaa varmistamaan toteutumattomien käyntien poisrautuminen rekisteripoiminnassa. Peruutussyyn tulee olla tyhjä.

Hoidon jatkuvuuden mittaaminen rajataan kiireettömiin käynteihin, sillä kiireellistä hoitoa vaativissa tilanteissa hoidon nopea saatavuus on potilassuhteen jatkuvuutta tärkeämpää. Mittarin saamiin arvoihin vaikuttaa merkittävästi reaaliaikaisen etäasioinnin sisällyttäminen poimittaviin käynteihin. Voi olla, että jatkuvuus toteutuu erinomaisesti vastaanottokäynneillä, mutta esimerkiksi puhelin- tai videovastaanottokäynnin toteuttava ammattihenkilö vaihtelee. Reaaliaikainen etäasiointi on yleistynyt korvaamaan perinteisiä vastaanottokäyntejä. THL, Perusterveydenhuollon laatu ja vaikuttavuus-asiantuntijaryhmä sekä KUVA-työryhmä ovat suosittaneet reaaliaikaisten etäasiointien sisällyttämistä mittariin. Mittariin poimittavat käynnit ovat mahdollisimman yhdenmukaiset hoitopääsymittareissa käytettävien määritysten kanssa.

2.1.3 Puuttuvat tiedot tai kotikunta vaihtunut

Kolme edellä kuvatut kriteerit täyttävää käyntiä tehneistä on edelleen tiputettava pois ne, joiden kotikunta on vaihtunut ajanjaksolla tai se ei ole kohdennettavissa eri aluetasolle. Lisäksi joukosta tiputetaan edelleen ne henkilöt, joilla on käyntitietueissa puuttuva Terhikki-tunnus tai käynnin toteuttajan ammattiryhmätieto.

Kotikunta: muuttujalla kuvataan potilaan käyntihetken kotikunta. Tieto ilmoitetaan voimassa olevin kuntakoodein tai kotikunnan epäselvyyttä kuvaavain tunnistein. Poimintaehdossa rajataan pois henkilöt, joilla käyntitietueiden perusteella kuntakoodi vaihtuu mittausjaksolla sekä ne, joilla ei ole kotikuntaa Suomessa (198), kotikunta on tuntematon (199) tai asuinpaikka on ulkomailla (200).

Käynnin toteuttaja: muuttujalla yksilöidään ammattihenkilö, joka ottaa potilaan vastaan ja tekee käynnistä asiakirjamerkinnän. Yksilöinti tehdään Valviran antamalla Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin mukaisella rekisteröintinumeroilla, tässä yhteydessä ns. Terhikki-tunnuksella. Poimintaehdossa rajataan pois ne yllä olevat kriteerit täyttävää käyntiä tehneet henkilöt, joilla on näissä käyntitietueissa puuttuva Terhikki-tunnus.

Ammattiryhmä: ks. kohta 1.2. Poimintaehdossa rajataan pois henkilöt, joilla on **ammattiryhmästä riippumatta** yllä olevat kriteerit täyttävissä käyntitietueissa puuttuva ammattiryhmätieto.

Lopulliseen tutkimusjoukkoon päätyvällä henkilöllä käyntitietueissa toteuttajatieto ei saa olla tyhjä, sillä tietoa käytetään henkilön yksilöllisen käyntijakauman muodostamiseen. Käynnin toteuttajatieto on

automaattisesti rekisteriin kertyvä tieto, mutta silti muuttujan tiedoissa on havaittu olevan puutteita mikä vaikuttaa mittarin luotettavuuteen. Luotettavuutta arvioidaan mittarin kattavuuslaskennan avulla.

Kotikunnan on pysyttävä mittausjaksolla samana, sillä kuntarajat ylittävä muutto usein katkaisee pitkäaikaisen potilassuhteen, ja on palvelujen järjestäjän ja tuottajan kontrolloimattomissa oleva tekijä. Ammattiryhmätiedon puuttuminen estää käyntien erottelun lääkärille tai hoitajalle, ja sotkee siten erillisten indeksien laskennan. Laskennassa on huomioitava, että poisrajaava poimintahaku tulee kohdistaa kolme käyntiä tehneiden käyntitietueisiin siten, että ammattiryhmän poimintakoodit eivät ole aktiivisia.

2.1.4 Tutkimusjoukon kattavuustarkastus

Laskennan kattavuus eri aluetasoilla tarkistetaan THL:ssa suhteuttamalla lopullisen tutkimusjoukon henkilömäärä käyntikriteerit täyttäneiden määrään. Näin saadaan esiin erityisesti puuttuvien Terhikki-tunnusten vaikutus laskennan kattavuuteen ja tulosten luotettavuuteen. Kriteerinä hyvälle alueelliselle kattavuudelle on pidetty 70 prosenttia kolme käyntiä tehneistä. Kattavuuden tarkastusta varten muodostetaan taulukot eri aluetasolle.

THL kuvaa keskeisimmät alueellisten erojen tulkintaan vaikuttavat puutokset sotkanet-indikaattorien yhteydessä olevissa metatiedoissa.

2.2 Yksilöllisistä indekseistä mittareiksi

2.2.1 Indeksien laskenta

Kun tutkimusjoukko on muodostettu, jokaiselle henkilölle muodostetaan hoidon jatkuvuuden indeksi COCI käyttäen Bice & Boxerman (1977) kaavaa

$$\frac{(\sum_{i=1}^p n_i^2) - n}{n(n-1)}$$

jossa n merkitsee käyntien lukumäärää ja i käynnin vastaanottanutta ammattihenkilöä.

Indeksi muodostetaan laskentaan sisällytettävistä käyntitietueista (kohta 2.1.2), joiden määrä kohdennetaan eri ammattihenkilöille käyttäen käynnin toteuttajan tunnistetta eli Terhikki-koodia. Henkilön jokaiselle käynnin toteuttajalle (Terhikki-tunnukselle) kertynyt käyntimäärä neliöidään ja neliöidyt luvut summataan. Summasta vähennetään henkilön käyntien kokonaismäärä. Lopuksi saatu luku jaetaan henkilön käyntien kokonaismäärän neliöllä, josta on vähennetty käyntien kokonaismäärä.

Laskennan lopputuloksena jokaiselle mittarille on muodostettu henkilötasoinen aineisto, joka sisältää tiedot henkilön sukupuolesta, kotikunnasta sekä hoidon jatkuvuusindeksi arvon.

2.2.2 Indeksikeskiarvojen kohdentaminen vuosille ja aluetasolle

Henkilötasolla olevien yksilöllisten indeksien jalostaminen kansallisiksi mittareiksi tapahtuu muodostamalla keskiarvot eri aluetasolle. Henkilöt kohdennetaan alueille käyttäen kotikuntatietoa. Kohdennustapa edustaa mittarien muodostamisessa asiakkaan näkökulmaa tai ns. järjestäjänäkökulmaa. THL muodostaa mittarit vähintään kunta-, hyvinvointialue ja koko maa -tasolle.

Mittarit kohdennetaan raportoinnissa yhdelle tilastovuodelle siitä huolimatta, että mittausjakson pituus on kaksi kalenterivuotta (24kk) ja laskentatapana toimii rullaava laskenta. Kohdennusvuosi on uusin tilastovuosi.

Koska mittarit kuvaavat indeksien keskiarvoja, ne eivät ole yhtä herkkiä puuttuville tiedoille kuin lukumäärään perustuvat mittarit. Laskennan alueellinen kattavuus tarkastetaan taulukoista (kohta 2.1.4) ja puutteet raportoidaan vuosittain tilastovuoden päivittämisen yhteydessä. Kriteerinä hyvälle alueelliselle kattavuudelle voidaan pitää 70 prosenttia kolme käyntiä tehneistä. Tästä syystä THL raportoi mittarien arvot vain niiltä hyvinvointialueilta ja kunnista, joilla laskennan kattavuus on hyvä.

THL raportoi kansallisten hoidon jatkuvuusmittarien tiedot vuosittain Sotokuva-verkkopalvelussa (sotokuva.fi), jossa esitetään vain KUVA-mittaristoon hyväksytyjen mittarien tiedot hyvinvointialueittain ja kunnittain. Sotekuvassa mittareita voidaan tarkastella yhdessä muiden sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän ohjauksessa, seurannassa ja arvioinnissa hyödynnettävien tietojen kanssa. Tämän lisäksi tiedot raportoidaan tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetissä (sotkanet.fi), joka sisältää THL:n kaikki vähintään vuosittain raportoidut tilastot eri vuosilta.

3. Lopuksi

3.1 Hoidon jatkuvuus yhteisenä tavoitteena

Hoidon jatkuvuudella on tässä työpaperissa kuvatun mittaroinnin yhteydessä tarkoitettu yhtä sen kolmesta ulottuvuudesta, potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus hoitosuhteen näkökulmasta tunnustetaan yhä enenevässä määrin perusterveydenhuollon keskeiseksi laadun osa-alueeksi ja kriittiseksi tekijäksi hyvien hoitotulosten ja vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Pohjoismaisissa yleislääketieteen ydinarvoissa (NFGP 2020) hoitosuhteen jatkuvuus on nostettu ensimmäiseksi ydinarvoksi ja periaatteeksi. Hoidon jatkuvuus ja saatavuus perusterveydenhuollossa ovat olleet huomion kohteena jo ainakin 1970-luvulla, jolloin jatkuvuuden havaittiin olevan matala monissa kunnissa ja kehittämistoimenpiteitä käynnistettiin (Eskola ym. 2022).

Strategisista lausumista ja julkaisuista huolimatta hoidon jatkuvuudesta ei ole säädetty laissa tai asetuksissa yksiselitteisesti. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen (1326/2010) mukaan potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista. Samanaikaisesti perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen saatavuudesta säädetään terveydenhuoltolaissa (51 §) kiireettömiä käyntejä koskevin lakisääteisin määräajoin. Määräaikojen kiristäminen on ollut aiempien hallitusten keskeisenä tavoitteena. Esimerkiksi Marinin hallituksen esityksen vaikutusten arvioissa todettiin, että hoitotakuun kiristäminen voi lisätä riskejä erityisesti paljon eri palveluita tarvitsevien kohdalla, ja että tästä syystä tulisi huolehtia, ettei hoidon jatkuvuus kärsisi uudistuksen seurauksena (HE 74/2022 vp). On kuitenkin huomioitava, että hyvin toimivassa perusterveydenhuollossa hyvä saatavuus ja jatkuvuus kulkevat käsikädessä: vastaanottoaika tulisi saada tarpeen mukaisesti ja nopeasti omalle lääkärille ja hoitajalle.

Pääministeri Orpon muodostaman hallituksen tavoitteena puolestaan on purkaa yksityiskohtaista sääntelyä sosiaali- ja terveydenhuollossa (VN 2023). Siten perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn määräaika jäänee 1.9.2023 voimaantulleeseen 14 vuorokauteen (edm; Terveystieteiden tutkimuslaitos 1326/2010) - viitteitä on myös hoitoon pääsyn määräajan palauttamisesta aiempaan kolmeen kuukauteen. Hallitusohjelmaan on kirjattu tavoitteeksi hyödyntää hoitoon pääsyn parantamisessa ja hoidon jatkuvuuden vahvistamisessa omalääkäri-, omahoitaja- ja omatiimimallia, mahdollisesti ammatinharjoittajamallia hyödyntäen. Hoidon jatkuvuus on lisäksi nostettu osaksi järjestämislain (612/2021 § 22) mukaisia, valtioneuvoston asettamia Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tavoitteita vuosille 2023–2026 (STM 2024a; 2022). Tavoitteen saavuttamista seurataan pääosin tässä julkaisussa kuvatuilla kansallisilla mittareilla, erityisesti monisairaiden kohderyhmässä.

Huomion siirtymistä hoidon jatkuvuuden turvaamiseen alleviivaa myös STM:n tilaama selvitys *Omalääkäri 2.0 hoidon jatkuvuusmalli*. Selvityksen tavoitteena oli arvioida ja kuvata miten uudenlainen omalääkärimalli olisi mahdollista toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa siten, että uusi malli edistäisi sekä hoidon saatavuutta että jatkuvuutta perusterveydenhuollon vastaanottopalveluissa. Selvityksen tehnyt asiantuntijatyöryhmä kuvaa hoidon jatkuvuusmallin visiona, jonka suosituksia noudattamalla on mahdollista luoda erilaisia hoidon ja erityisesti hoitosuhteen jatkuvuutta varmistavia toimintamalleja. Työryhmä suosittelee muun muassa jatkuvuuden nostamista kansallisen terveystieteiden keskeiseksi tavoitteeksi, nykyistä voimakkaampaa ohjausta, johtamista ja systemaattista seuranta- ja hyvinvointialueiden ja terveysasemien tasolla, perusterveydenhuollon aiempaa vahvempaa resursointia, yleislääketieteen erikoislääkäreiden osuuden kasvattamista, sekä moniammatillisten tiimien ja näiden sisällä omahoitaja-lääkärimallin laajempaa käyttöönottoa. (Eskola ym. 2022.)

Vuonna 2022 julkaistu Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin *Hyvä käytäntö -konsensusuusitus* nostaa esiin hoidon jatkuvuuden merkitystä perusterveydenhuollon vastaanotto- ja hoitotoiminnassa. Konsensuspaneeli suosittelee, että (1) perusterveydenhuollon avovastaanotto- ja hoitotoiminnassa hoidon jatkuvuutta mitataan systemaattisesti ja säännöllisesti samoin kansallisin periaattein käyttäen THL:n julkaisemaa COC-indeksiä, (2) vastaanotto- ja hoitotoiminnan järjestämisellä mahdollistetaan hyvä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus (ja että tehokkain jatkuvuuden varmistava toimi on omalääkärin nimeäminen), (3) asiakasvastaava-toimintamallin tai omahoitaja-

toimintamallin ollessa käytössä, tulisi vastaavan olla osa moniammatillista tiimiä samalla turvaten myös potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus, ja että (4) hoitosuhteen alkuvaiheessa potilaan ja asiakasvastaavan tulisi tavata lähivastaanotolla, mutta myös jatkossa osan tapaamisista tulisi toteutua lähivastaanotolla. Lisäksi suositellaan tekemään erityisesti riskissä oleville monisairaille tai muuten paljon tukea tarvitseville potilaille terveys- ja hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan kanssa siten, että se tukee omahoitoa ja tiedon välittymistä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä – samalla potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudesta huolehtien. (Duodecim 2022.)

Hoidon jatkuvuus on ollut saatavuuden lisäksi kärkitavoitteena vuosina 2020–2023 THL:n Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeessa. THL:n toteuttaman hankkeen hyötytavoitteiden asiantuntija-arvion mukaan kehitettyjen mallien laaja-alainen käyttöönotto alueilla oli keväällä 2023 monin tavoin vielä alkuvaiheessa (Koivisto ja Muurinen 2023). THL:n laatimien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevien asiantuntija-arvioiden mukaan hoidon jatkuvuutta tukevia omalääkäri- ja omahoitajamalleja on otettu ja ollaan ottamassa laajasti käyttöön hyvinvointialueilla (THL 2024g). Suomen kestävän kasvun ohjelman STM:n hallinnon alaista rahoitusta kohdennetaan vuosina 2024–2025 erityisesti hoidon jatkuvuusmallin edistämiseen, sitä tukeviin digitaalisiin ratkaisuihin sekä hyvinvoinnin monialaisen digitaalisen palvelutarjottimen käyttöönottoon tähtääville hankkeille (STM 2024b).

Tavoiteasetannalle ja jatkuvuutta tukevien toimintamallien käyttöönotolle onkin kiireellinen tarve. Kansallisista mittareista koostuvan Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa -tilaston mukaan jatkuvuus jatkoi heikentymistään edelleen koko maassa ja valtaosassa hyvinvointialueita vuonna 2022, ollen tasoltaan erittäin matala sekä lääkäreiden että hoitajien ammattiryhmissä tarkasteltuna (Suomela ja Mikkola 2023). Uusimpien tilastotietojen mukaan pääosin sama kehitys on jatkunut (THL 2024h). THL:n lisäksi hoidon jatkuvuuden seuranta on alkamassa myös hyvinvointialueilla ja yksityisissä terveyspalveluyrityksissä. Yrityksistä Mehiläinen sekä Terveystalo ovat aloittaneet hoidon jatkuvuuden säännöllisen mittaamisen ja raportoinnin kansallisia määrittämiä hyödyntäen (ks. Mehiläinen Oy 2023; Terveystalo Oy 2024). THL on avustanut suoraan ja välillisesti kansallisten COCI-mittareiden käyttöönotossa ja määrittysten soveltamisessa omiin tiedolla johtamisen järjestelmiin.

3.2 Tavoitteena monipuolinen ja -tasoinen mittaaminen

Hoidon jatkuvuutta tulisi mitata kokonaisuutena (jatkuvuuden eri osa-alueet⁸), monipuolisesti eri palveluissa sekä monitasoisesti kansallisen tiedolla ohjaamisen ja johtamisen tukena. Kansalliset COCI-mittarit soveltuvat hyvin hoidon jatkuvuuden toteutumisen seurantaan lääkärikäyneillä ja hoitajakäyneillä. Koska hyvinvointialueiden käyttöönottamat hoidon jatkuvuutta tukevat tiimi- ja työparimallit vaihtelevat, on tärkeää, että kansalliseen vertailuun kehitetyt mittarit kuvaavat jatkuvuuden toteutumista samalla tavalla mallista riippumatta.

Tässä julkaisussa kuvattuja mittareita voidaan käyttää jatkuvuuden mittaamiseen sekä moniammatillisen tiimimallin että omalääkäri-hoitaja -työparimallin osalta - tosin hajauttaen potilaan hoitoon osallistuvan työparin käyntien jatkuvuuden kahteen eri mittariin. Moniammatillisen tiimimallin osalta mittarit tavoittavat hoitoon osallistuvat lääkärit ja hoitajat edellä kuvatusti, eivät esimerkiksi fysio- tai ravitsemusterapeuteja. Moniammatillisen tiimin jatkuvuuden mittaaminen edellyttäisi tietolähteenä olevaan Avohilmo-rekisteriin merkintää siitä, ketkä potilaan tiimiin kuuluvat. Tältä osin jatkuvuuden mittaroinnin laajentaminen vaatii mittarisovellutusten jatkotutkimusta ja pilotointia kansallisista rekisteritiedoista. Puolestaan omalääkäritiimin osalta, jossa potilasta hoitavat omalääkärit toisiaan sijaistaen, jatkuvuuden toteutumisen mittaamiseen COCI-mittarit soveltuvat erinomaisesti.

Jatkossa mittaamista on tarpeen laajentaa terveysasematasolle, lääkäritasolle ja asiakastasolle integroimalla jatkuvuuden seuranta tiedolla johtamisen järjestelmiin operatiivisen johtamisen tueksi. Tässä työpaperissa ja KUVA-mittaristossa yleisperiaatteena on asiakkaiden yksilöllisten indeksien aggregoiminen eri alueitasolle asuinpaikan mukaan. Esimerkiksi toimipiste- (terveysasema) ja lääkäritasolle kohdentamiseen tulee

⁸ Hoidon jatkuvuutta palvelusta palveluun siirryttäessä (suunnitelmallisuus ja hoidon koordinaation näkökulma) seurataan onnistuneesti osana Psykoosien hoidon laaturekisteriä (THL 2024d).

määrittellä yksiselitteiset kohdentamissäännöt ja algoritmit. Aiemmin kohdentamissääntöihin ja toimipistetietoihin liittyvät puutteet ovat rajoittaneet jatkuvuuden mittaamista. Kohdentamisalgoritmeissa on tehty hyvää työtä mm. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä Siun Sote:ssa (Petri Kivinen, suullinen tieto). Hyväksi havaittujen määrittelyjen ja algoritmien käytön laajentamista tulisi edistää. Tulevaisuudessa toimipisteisiin liittyviä kansallisia tietopuutteita ratkaisee valmistuva oleva Soteri-rekisteri, jonka kehittämisen koordinaatiosta vastaa Sosiaali- ja terveystalvalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (2024).

Kiinnostus jatkuvuuden mittaamista kohtaan on herännyt myös muissa perusterveydenhuollon avopalveluissa kuten äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä erikoissairaanhoidossa mm. psykiatriassa. Tämän lisäksi mittaamista voidaan laajentaa kotihoidon palveluihin sekä tietopohjan mahdollistaessa myös sosiaalipalveluihin, kuten lastensuojeluun ja sosiaalityöhön. Ensin tulee kuitenkin kartoittaa jatkuvuuden merkitystä ja tärkeyttä sekä mittaamisessa käytettyjä määrittelyjä mainituissa palveluissa hyödyntämällä kotimaista ja kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta.

3.3 Tavoitteeksi aidosti pitkät potilassuhteet myös Suomessa?

Uusin rekisteripohjainen tutkimuskirjallisuus vahvistaa entisestään hoidon jatkuvuuden osa-alueen, pitkäaikaisen potilassuhteen merkitystä tavoiteltavien hoitokäytäntöjen ja tulosten saavuttamisessa. Jatkuvuus oli yhteydessä parempaan lääkkeenmääräämiseen Englannissa (Tammes, Payne, ja Salisbury 2022), sekä järkevämpään lääkehoitoon ja vähempään kuolleisuuteen monisairailta Tanskassa (Prior ym. 2023), että vähempään päivystyksen, sairaalahoidon käyttöön ja kuolleisuuteen Norjassa (Pahlavanyali ym. 2023; Sandvik ym. 2022). Tutkimuskirjallisuus syy-seuraussuhteesta on kuitenkin erittäin niukkaa.

Erityisesti Tanskaa ja Norjaa pidetään hoidon jatkuvuuden mallimaana. Molemmissa maissa väestön hoidosta vastaavat nimetyt omalääkärit, jotka ovat vastuussa asiakkaidensa terveyden edistämisestä ja hoidollisten tarpeiden täyttymisestä sekä toimivat portinvartijaroolissa vähentäen tarpeetonta ja usein kallista erikoissairaanhoidon käyttöä. Norjassa jatkuvuuden hyötyjä ja yhtäjaksoisen potilassuhteen pituutta (vuosina) koskevassa tutkimuksessa (Sandvik ym. 2022) havaittiin, että yli 4,5 miljoonasta tutkittavasta noin 800 000:lla lääkäri-potilassuhde oli kestänyt yhtäjaksoisesti yli 15 vuotta. Samassa tutkimuksessa havaittiin väestön hyötyvän selvästi jo kaksi vuotta kestäneestä potilassuhteesta.

Mikäli hoidon jatkuvuutta tukevien mallien yleistyminen johtaa pysyviin hoitosuhteisiin omalääkärin ja / tai hoitajan kanssa, tulisi yhtäjaksoisen potilassuhteen mittaustapaa soveltaa myös Suomessa. Vuosia kestäneiden potilassuhteiden muodostuminen vaatii kuitenkin pitkäaikaisesti sitoutuvaa ja työssään viihtyvää henkilöstöä. Lääkärikunnan kannanotoissa hoidon jatkuvuus näyttötyy tärkeänä pitovoimatekijänä. Jatkuvuuden asettaminen kansalliseksi tavoitteeksi ja tätä vastaava seuranta tukee myös henkilöstön saatavuutta perusterveydenhuollossa.

Lähteet

- Barker, I., Steventon, A., ja Deeny S.R. 2017. "Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data". *BMJ (Online)* 356.
- Bayliss, Elizabeth A., Ellis, J.L., Shoup, J.A., Zeng, C., McQuil- lan, D.B ja Steiner, J.F. 2015. "Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system". *Annals of family medicine* 13 (2): 123–29.
- Bazemore, A., Petterson, S., Peterson, L.E., Bruno, R., Chung, Y., ja Phillips, J. R. L. 2018. "Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations". *Annals of family medicine* 16 (6): 492–97.
- Bice, T. W., ja Boxerman, S. B. 1977. "A quantitative measure of continuity of care". *Medical care* 15 (4): 347–49.
- Donabedian, A. 1988. "The quality of care. How can it be assessed?" *Jama* 260 (12): 1743–48.
- Duodecim. 2021. "Monisairas potilas". Käypä hoito -suositus. 2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50126>. Viitattu 15.3.2024.
- Duodecim. 2022. "Perusterveydenhuollon avovastaanottoiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö -konsensussuositus". <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hsu00024>. Viitattu 15.3.2024.
- Eskola, P., Tuompo, W., Riekkö, M., Timonen, M. ja Auvinen, J. 2022. "Hoidon jatkuvuusmalli – Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti". 17. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>. Viitattu 2.2.2024.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. ja McKendry, R. 2003. "Continuity of care: a multidisciplinary review". *BMJ* 327 (7425): 1219.
- HE 74/2022 vp. Finlex – Hallituksen esitykset. Oikeusministeriö. Viitattu 2. huhtikuuta 2024.
- Hyytiälä, H. ja Kekomäki, M. 2017. "Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöistä". *Lääkärilehti* 72 (46): 2664–65.
- Hämäläinen, P., Kovasin, M. ja Riekkö, O. 2019. "Ehdotukset sote-ohjauksen mittareista ja tietopohjan varmentamisesta". <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161493>. Viitattu 12.2.2024.
- Jee, S. H. ja Cabana, M.D. 2006. "Indices for Continuity of Care: A Systematic Review of the Literature". *Medical Care Research and Review* 63 (2): 158–88.
- Kohnke, H. ja Zielinski, A. 2017. "Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study". *Scandinavian journal of primary health care* 35 (2): 113–19.
- Koivisto, J. ja Muurinen, H. 2023. "Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötyavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi : Kevät 2023". D4_Julkaistu kehittämis- tai tutkimusraportti taikka -selvitys 29. Työpaperi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146851>. Viitattu 10.11.2023.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollo järjestämisestä 612/2021.Finlex – Ajantasainen lainsäädäntö. Oikeusministeriö. Viitattu 2.4.2024.
- Lampe, D., Grosser, J., Gensorowsky, D., Witte, J., Muth, C., van den Akker, M., Dinh, T.S. ja Greiner, W. 2023. "The Relationship of Continuity of Care, Polypharmacy and Medication Appropriateness: A Systematic Review of Observational Studies". *Drugs & Aging* 40 (6): 473–97.
- Lautamatti, E., Sumanen, M., Raivio, R. ja Mattila, K.J. 2020. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Family Practice* 2020;21:181.
- Mehiläinen Oy. 2023. "Mehiläisen kärkihankkeena hoidon jatkuvuus: parantaa hoidon laatua ja potilastytyväisyyttä". 2023. <https://www.mehilainen.fi/mehilaisen-blogi/mehilaisen-kar-kihankkeena-hoidon-jatkuvuus-parantaa-hoidon-laatua-ja>. Viitattu 15.10.2023.
- Mäntyselkä, P., Halonen, P., Vehviläinen, A., Takala, J. ja E. Kumpusalo. 2007. "Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population". *Scandinavian journal of primary health care* 25 (1): 27–32.
- NFGP. 2020. "Core values and Principles - Nordic Federation of General Practice". 2020. https://www.nfgp.org/flx/nfgp/core_values/. Viitattu 16.2.2024.
- Nyweide, D. J. ja Bynum J. P. W. 2017. "Relationship Between Continuity of Ambulatory Care and Risk of Emergency Department Episodes Among Older Adults". *Annals of Emergency Medicine* 69 (4): 407-415.e3.
- Pahlavanyali, S., Hetlevik, Ø., Baste, V., Blinkenberg, J. ja Hunskaar, S. 2023.. "Continuity of Care and Mortality for Patients with Chronic Disease: An Observational Study Using Norwegian Registry Data". *Family Practice* 40 (5–6): 698–706.
- Pereira Gray, D.J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A. ja Evans, P.H. 2018. "Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality". *BMJ Open* 8 (6): e021161.
- Prior, A., Vestergaard, C.H., Vedsted, P., Smith, S.M., Virgilsen, L.F., Rasmussen, L.A. ja Fenger-Grøn, M. 2023. "Healthcare Fragmentation, Multimorbidity, Potentially Inappropriate Medication, and Mortality: A Danish Nationwide Cohort Study". *BMC Medicine* 21 (1): 305.
- Raivio, R., Holmberg-Marttila, D. ja Mattila, K. J. 2014. "Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: A 15-year follow-up questionnaire survey". *British Journal of General Practice* 64 (627): e657–63.
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. ja Hunskaar, S. 2022. "Continuity in General Practice as Predictor of Mortality, Acute Hospitalisation, and Use of out-of-Hours Care: A Registry-Based Observational Study in Norway". *The British Journal of General Practice* 72 (715): e84.
- Sidaway-Lee, K., Pereira Gray, D., Alexander Harding, O. ja Evans, P. 2021. "What Mechanisms Could Link GP Relational

- Continuity to Patient Outcomes?” *British Journal of General Practice* 71 (707): 278–81.
- STM. 2021. KUVVA-työryhmän ”päättökentekemuistiot”. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ei saatavissa julkisesti.
- STM. 2022. ”Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–2026”. Sarjajulkaisu 18. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164463>. Viitattu 10.2.2024.
- STM. 2024a. ”Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle”. Sarjajulkaisu 2. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165405>. Viitattu 15.2.2024.
- STM. 2024b. ”Kestävän kasvun ohjelma, STM:n neljäs valtionavustushaku”. Power point -esitys, 15. tammikuuta. <https://stm.fi/documents/1271139/199060595/Hakuinfon+materiaali+15.1.2024.pdf/24d7d2f7-340a-6ff2-a9f9-57386a33948d/Hakuinfon+materiaali+15.1.2024.pdf?t=1705654075320>. Viitattu 13.3.2024.
- Suomela, T. ja Linnosmaa, I. 2020. ”Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa”. *Suomen lääkirilehti* 75 (35): 1691–1700.
- Suomela, T. ja Mikkola, A. 2023. ”Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022: Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa jatkaa heikentymistään – asiakas tapaa entistä useammin eri henkilön”. C2 16. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/146496>. Viitattu 14.10.2023.
- Suomela, T. ja Niemi, A. 2021. ”Kansallinen seuranta perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuudesta on alkamassa”. Soteuudistus.fi. 2021. <https://soteuudistus.fi/-/kansallinen-seuranta-perusterveydenhuollon-hoidon-jatkuvuudesta-on-alkamassa>. Viitattu 12.3.2023.
- Tammes, P., Payne, R.A. ja Salisbury, C. 2022. ”Association between Continuity of Primary Care and Both Prescribing and Adherence of Common Cardiovascular Medications: A Cohort Study among Patients in England”. *BMJ Open* 12 (9): e063282.
- Te Winkel, M.T., Damoiseaux-Volman, B.A., Abu-Hanna, A., Lissenberg-Witte, B.I., Van Marum, R.J., Schers, H.J., Slotje, P., Uijen, A.A., Bont, J. ja Maarsingh, O.R. 2023. ”Personal Continuity and Appropriate Prescribing in Primary Care”. *The Annals of Family Medicine* 21 (4): 305–12.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Finlex – Ajantasainen lainsäädäntö. Oikeusministeriö, Edita Lakitieto Oy. Viitattu 2.4.2024.
- Terveystalo Oy. 2024. ”Laatumittaristo”. 2024. <https://www.terveystalo.com/fi/yhtio/laatu-ja-vastuullisuus/laatumittaristo>. Viitattu 2.3.2024.
- THL. 2021. ”Perusterveydenhuollon laatu ja vaikuttavuus -asian tuntijaryhmän lausunto”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ei saatavissa julkisesti.
- THL. 2024a. ”Asioi aina tai usein saman lääkärin / hoitajan kanssa”. Tulostaulukko - Sotkanet.fi, Tilasto- ja indikaattori-pankki. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szbM8LDWNQQA®ion=s07MtDZxt87VMwQA&year=sy5ztTbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633>. Viitattu 12.3.2024.
- THL. 2024b. ”Hilmo (Hoitoilmoitusjärjestelmä)”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo>. Viitattu 14.3.2024.
- THL. 2024c. ”Terve Suomi -tutkimus - THL”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/terve-suomi-tutkimus>. Viitattu 10.2.2024.
- THL. 2024d. ”Terveydenhuollon kansalliset laaturekisterit: psykoosien hoidon laaturekisteri”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>. Viitattu 12.3.2024.
- THL. 2024e. ”Tilastot ja data, terveyspalvelut”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheet/terveyspalvelut>. Viitattu 13.1.2024.
- THL. 2024f. ”KUVVA-mittaristo”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamisen-arviointi/kuva-mittaristo>. Viitattu 26.1.2024.
- THL. 2024g. ”Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen arviointi”. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamisen-arviointi>. Viitattu 26.1.2024.
- THL 2024e. ”Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottokäynneillä 2023 (indikaattorit 5502-5507). Tulostaulukko - Sotkanet.fi, Tilasto- ja indikaattori-pankki. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=szbMNbQ21tM1jDe11jUEAA==®ion=s07MtDZxt87VMwQA&year=sy5ztTbV0zUEAA==&gender=t>. Viitattu 20.4.2024.
- Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2024. ”Palveluntuottajarekisteri Soteri”. Valvira. 2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/palveluntuottajarekisteri>. Viitattu 15.11.2023.
- VN, Valtioneuvosto. 2023. ”Hallitusohjelma”. 58. Valtioneuvoston julkaisuja. <https://valtioneuvosto.fi/hallitukset/hallitusohjelma>. Viitattu 15.2.2024.
- Voutilainen, S., Raivio, S., Arvonen, T. ja Mattila, K.J. 2015. ”Hoidon jatkuvuus väheni tuntuvasti Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa 1997-2012”. *Suomen lääkirilehti*, nro 2015 : 39.
- Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A. ja Forster, A.J. 2010. ”The Association between Continuity of Care and Outcomes: A Systematic and Critical Review”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (5): 947–56.
- Weng, Y., Deng, C. ja Pu, C. 2020. ”Targeting Continuity of Care and Polypharmacy to Reduce Drug–Drug Interaction”. *Scientific Reports* 10 (1): 21279.
- WHO. 2018. ”Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review”. Technical Series on Primary Health Care. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-SDS-2018.48>. Viitattu 15.10.2023.

Liitteet

Liite 1. DigiFinland Oy:n kanssa laadittu yhteenveto määrittämisistä hyvinvointialueille.

Prosessin laatu	Palvelujen suunnitelmällisuus ja jatkuvuus: Jatkuvuus
Indikaattori	Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa
Mittari	<ol style="list-style-type: none"> Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnillä Hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynnillä 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnillä 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynnillä Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnillä Monisairaiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajakäynnillä
Tarvittavat tiedot	<p>Asiakas (asiakas x 1) Huom! (Rajataan pois ne potilaat, joiden kotikunta on vaihtunut tarkastelujaksolla, kuntarajat ylittävää muuttoa usein katkaisee pitkäaikaisen potilasluheen, mutta ei järjestäjän syy) Käynnin toteutuminen (24 kuukauden aikana toteutunut vähintään kolme kiireetöntä avosairaanhoidon yksilökäyntiä vastaanottavalle taholle)</p> <p>Palvelumuoto T11 Avosairaanhoito</p> <p>Yhteystapa R10 Asiakkaan käynti vastaanotolla; R20 Ammattihenkilön käynti asiakkaan kotona; R30 Ammattihenkilön käynti asiakkaan työpaikalla; R41 Ammattihenkilön käynti muualla kuin kotona tai työpaikalla; R52 Reaaliaikainen etäasiointi (R50 Puhelinyhteys, R51 Sähköinen asiointi <i>Poistettu koodit mukana historiatietojen ja lähdejärjestelmäpäivitysten keskenäisyyden takia.</i>)</p> <p>Hoidon kiireellisyys E Kiireeton hoito</p> <p>Kävijäryhmä 1 Yksilökäynti</p> <p>Kontakti Toteutunut käynti (käytetään peruutus- ja muutustietojen varmistamiseen toteutumattomien käyntien poisrajoittamiseen rekisteripöytätyössä. Peruutussyyn tulee olla tyhjä.)</p> <p>Ammattiryhmä (Sisällytetään lääkäriin tai sairaanhoitajan ammattioikeutta tai toimenkuvaa ilmoittavat Valviran luokitukset ja Tilastokeskuksen ammattiluokitus) Hoitaja (sairaanhoitajaa vastaavat nimikkeet) Lääkäri (lääkärien ammattioikeutta tai toimenkuvaa ilmoittavat Valviran luokitukset)</p> <p>Työntekijä (Käynnin vastaanottajan yksilöivä tunniste) (Jos käyntitietueesta puuttuu käynnin vastaanottajan ammattinimike, pudotetaan käynti pois tarkastelusta)</p> <p>Ikä Kaikki 65 vuotta täyttäneet</p> <p>Diagnoosi Monisairaiksi katsotaan ne asiakkaat, joilla on rekisteritiedoissa (Terveys- ja Avohilmo) vähintään kaksi eri sairausryhmään kuuluvaa pitkäaikaissairautta. Pöytäkirjamerkitelmä on muodostettu THL:n IMPRO-tutkimushankkeesta ja siitä on olemassa THL:n sivustolla määrittelytaulu, jota tarvitaan laskennan toteutuksessa. ICD10 -luokitus</p>
Laskentasääntö	Jokaiselle henkilölle muodostettavan indeksin kaava ($\sum_{i=1}^n n_i^2 / n(n-1)$), jossa n = käyntien lukumäärä ja i = käynnin toteuttaja (Indeksi muodostetaan laskentaan sisällytettävistä käyntitietueista, joiden määrä kohdennetaan eri ammattihenkilöille. Henkilön jokaiselle käynnin vastaanottajalle kertynyt käyntimäärä neliöidään ja neliödyt luvut summataan. Summasta vähennetään henkilön käyntien kokonaismäärä. Lopuksi saatu luku jaetaan henkilön käyntien kokonaismäärän neliöllä, josta on vähennetty käyntien kokonaismäärä.
Tiedon tuottamisen frekvenssi	Omista järjestelmistä saatava tieto: kerran kuukaudessa (nollaava laskenta, mittausjakso edeltävät 24 kk)
Tietolähde	Asiakas- ja potilastietojärjestelmät

Lähde: <https://digifinland.fi/wp-content/uploads/2023/12/Sosiaali-ja-terveydenhuollon-laatu-kayttotapaus-versio-1.0.pdf>

Liite 2. Monisairaiden määritelmässä käytettävät sairausryhmät ja koodit.

Sairausryhmän koodi	Sairausryhmä	Diagnoosit (ICD-10)
101	Syövät ja in situ karsinoomat	C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24, C25, C26, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C39, C40, C41, C43, C44, C45, C46, C47, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C63, C64, C65, C66, C67, C68, C69, C70, C71, C72, C73, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C97, D00, D01, D02, D03, D04, D05, D06, D07, D09
201	Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet	D50, D51, D52, D53, D55, D56, D57, D58, D59, D60, D61, D62, D63, D64, D65, D66, D67, D68, D69, D70, D71, D72, D73, D74, D75, D76, D77, D80, D81, D82, D83, D84, D86, D89
301	Umpieritysrauhasten sairaudet	E00, E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E15, E16, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E31, E32, E34, E35
302	Diabetes	E10, E11, E12, E13, E14
303	Lihavuus ja muut aineenvaihduntahäiriöt	E65, E66, E67, E68, E70, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E77, E78, E79, E80, E83, E84, E85, E87, E88, E89, E90
401	Dementia ja elimelliset aivo-oireyhtymät	F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09, G30, G31, G32
402	Lääkkeiden ja päihteiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt	F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19
403	Skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriöt	F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29
404	Mielialahäiriöt	F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39
405	Neuroottiset, somatoformiset ja stressiin liittyvät häiriöt (sis. Syömishäiriöt)	F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F52, F53, F54, F55, F59, F60, F61, F62, F63, F64, F65, F66, F68, F69
406	Unihäiriöt	F51, G47
501	Muut neurologiset sairaudet	G10, G11, G12, G13, G20, G21, G22, G23, G24, G25, G26, G35, G36, G37
502	Epilepsia ja migreeni	G40, G41, G43, G44
503	Hermojen ja hermolihasliitosten sairaudet	G50, G51, G52, G53, G54, G55, G56, G57, G58, G59, G60, G61, G62, G63, G64, G70, G71, G72, G73
601	Pitkäaikaiset silmäsairaudet ja sokeus	H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21, H22, H25, H26, H27, H28, H30, H31, H32, H33, H34, H35, H36, H40, H42, H46, H47, H48, H53, H54
602	Pitkäaikaiset korvasairaudet ja kuurous	H80, H81, H82, H83, H90, H91, H93, H94, H95
701	Verenpainesairaudet	I10, I11, I12, I13, I15, I95, I97, I98, I99
702	Iskeemiset sydänsairaudet	I20, I21, I22, I23, I24, I25
703	Muut sydän- ja keuhkoverenkierron sairaudet	I26, I27, I28, I30, I31, I32, I33, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41, I42, I43, I44, I45, I46, I47, I48, I49, I50, I51, I52
704	Aivoverenkiertohäiriöt	I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68, I69
705	Valtimoiden ja laskimoiden sairaudet	I70, I71, I72, I73, I74, I77, I78, I79, I80, I81, I82, I83, I84, I85, I86, I87, I88, I89

801	Pitkäaikaiset ylähengitystiesairaudet	J30,J31,J32,J33,J34,J35,J36,J37,J38,J39
802	Pitkäaikaiset alahengitystiesairaudet	J40,J41,J42,J43,J44,J45,J46,J47,J60,J61,J62,J63,J64,J65,J66,J67,J68,J69,J70,J80,J81,J82,J84,J95,J96,J98,J99
901	Hampaan kiinnityskudoksen sairaudet	K05
902	Ruokatorven, mahalaukun ja pohjukaissuolen sairaudet	K21,K22,K23,K25,K26,K27,K28,K29,K30,K31
903	Tulehdukselliset ja muut suolistosairaudet	K50,K51,K52,K55,K56,K57,K58,K59,K60,K61,K62,K63,K90
904	Maksan, haiman ja sappiteiden sairaudet	K70,K71,K72,K73,K74,K75,K76,K77,K80,K81,K82,K83,K85,K86,K87
111	Pitkäaikaiset ihosairaudet	L10,L11,L12,L13,L14,L20,L21,L23,L24,L25,L26,L27,L28,L40,L41,L42,L43,L44,L45
121	Tulehdukselliset nivel- ja sidekudossairaudet	M05,M06,M07,M08,M09,M10,M11,M12,M13,M14,M30,M31,M32,M33,M34,M35,M36
122	Nivelrikko	M15,M16,M17,M18,M19
123	Muut tukielinsairaudet	M20,M21,M22,M23,M24,M25,M70,M71,M72,M73,M75,M76,M77,M79,M80,M81,M82,M83,M84,M85,M91,M92,M93,M94
124	Selkäsairaudet	M40,M41,M42,M43,M45,M46,M47,M48,M49,M50,M51,M53,M54
131	Pitkäaikaiset munuaisten ja virtsateiden sairaudet	N00,N01,N02,N03,N04,N05,N06,N07,N08,N17,N18,N19,N20,N21,N22,N23
132	Miehen sukupuolielinten sairaudet	N40,N41,N42,N43,N44,N48,N50,N51
133	Naisten sukupuolielinten sairaudet	N80,N81,N88

Lähde: IMPRO-tutkimushanke. Listauksessa olevat diagnoosit voivat muuttua työpaperin julkaisemisen jälkeen. Uusimmat käytetyt poimintamääritykset saa THL:n asiantuntijoilta pyydettäessä.