

SAIRAAT ELÄMÄT

Suomalaisen terveydenhuollon korjauspaketti

Markus Leikola

© Markus Leikola ja Elinkeinoelämän valtuuskunta EVA
Kustantaja: Taloustieto Oy
Ulkoasu: Monentekijät Oy / Kirsi Sundell
Painopaikka: Unigrafia Oy, Helsinki 2011
ISBN 978-951-628-537-8
ISBN 978-951-628-538-5 (PDF)

Esipuhe

Suomalaiset elävät pitkään, mutta heidän elämänsä leimaa usein varhainen sairaus. Ero esimerkiksi suomalaisten ja ruotsalaisten terveiden tai ”hyvien vuosien” välillä on häkellyttävä, noin 12 vuotta. Tämän eron kiinni kuromisen pitää olla yksi tärkeimmistä kansallisista tehtävistämme.

Terveystieteidenhuollossa on aina kyse potilaasta, hänen terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Silti on hämmästyttävää miten usein Järjestelmä ajattelee ensin itseään. Pahimmassa tapauksessa potilas jää marginaaliin ja unohtuu lopulta kokonaan.

Ajattelemme paljon hoidon alkuvaiheita, mutta loppu saattaa jäädä ilmaan. Farisealaisesti Järjestelmä ajattelee, että mitä vähemmän potilaasta operaation jälkeen kuuluu, sen parempi.

Tämän Markus Leikolan raportin johtoajatus on tuoda nykyaikainen palvelunäkökulma terveydenhuollon ytimeen. Palvelunäkökulmassa ajatus ei ole vain vastaanottaa valituksia, vaan saada potilaan näkökulma ensisijaiseksi läpi koko ketjun. Kyse ei ole pelkästään potilaan mukavuudesta vaan paremmista terveysvaikutuksista ja niiden kustannushyödyistä.

Terveystieteidenhuollossa kertoimet ovat mittavia. Taivastelemme helposti uudistusprojektien perustamiskustannuksia, mutta samaan aikaan unohdamme että jonossa seisominen maksaa pelkästään sairausvakuutuksen päivärahoina yli 800 miljoonaa euroa vuodessa.

Raportti muistuttaa myös, että mittavakaan julkinen sektori ei ratkaise ongelmia yksin. ”Vaikka elämme 2010-luvulla, ovat argumentit usein sen kaltaisia, että ihmisten terveydellä ja hädällä ei saa tehdä bisnestä,” Leikola kirjoittaa. Toimiva, julkista palvelua täydentävä yksityinen terveydenhuolto on usein nopein tie parantaa hoidon laatua: se antaa vaihtoehtoja ja valinnan mahdollisuuksia, se avaa potilaalle uuden oven silloin kun on kiire.

Esitän EVAn puolesta tekijälle parhaat kiitokset.

Helsingissä 10.10.2011

Matti Apunen
Johtaja
EVA

Terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista Suomessa ovat pohtineet virkamiehet, poliitikot ja yhteiskuntakehittäjät silmänsä kipeiksi. Tämän ilmestyessä printterin muste on tuskin vielä kuivunut perusteellisista esityksistä kuten Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesjohdon hallitusohjelmanpaperistaⁱ sekä tähän liittyvästä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen virkamiesjohdon raportistaⁱⁱ rahoituksen uudistamiseksi. Samoin maassa on aivan tuore, vappuna 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki. Eikä Sitrankaan kokonaisvaltainen malliⁱⁱⁱ uudeksi rahoitus- ja ohjausjärjestelmäksi ole kuin alun toista vuotta vanha.

Oma taustani on monista asioista uteliaan ihmisen. Olen kasvanut lääkärisuvussa, jossa opin epäilemään lääkäreiden auktoriteettia jo 11-vuotiaana. Jos soitti toisellekin tädille, sai varmasti eri diagnoosin, ja joskus niin monelle sedälle ja tädille, että sai haluamansa diagnoosin. Sen koommin on ollut vaikea suhtautua lääketieteeseen eksaktina tieteenä – kylläkin tieteenä, joka menee huimaa vauhtia eteenpäin.

Myöhemmin asuin muutaman vuoden ihmisen kanssa, joka vanhemmilla päivillään luki itsensä sairaanhoitajaksi ja pääsin kurkistamaan keittion kautta kahden hoitokulttuurin rinnakkaiseloja sairaaloissa. Vakuutuin tuolloin siitä, että kaikkein kalleinta terveydenhoidossa on hoitajien ja lääkäreiden rinnakkaisten hoitoprosessien ylläpitäminen. Hyvä, että ne edes ajoittain kohtaavat potilaan kohdalla, kun kahvihuoneetkin ovat usein erilliset.

Muutama vuosi sitten kävin läpi parisataa synnytyksiin ja vastasyntyneiden hoitoon liittyvää netin keskustelupalstaa, joka riitti vakuuttamaan siitä, että viestintä ja odotusten hallinta on keskeinen osa niitä toimia, joilla terveyden- ja sairaanhoidosta saadaan kansalaisille onnistumisen kokemuksia aikaiseksi. Ei riitä, että hoidetaan hyvin, vaan ihmisillä pitää olla – perusteltu, totuudenmukainen – kuva siitä, että näin on tapahtunut. Muuten järjestelmä kuormittuu väärin ja viime kädessä menettää käyttäjiensä uskottavuuden ja luottamuksen.

Talven 2010–2011 kuluessa olen ollut konsulttina yhdessä 150 terveydenhoidon ammattilaisen kanssa rakentamassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS:n brändimääritelmää. Osana toimeksiantoa vetäessäni 21 työryhmää perehdyin erikoissairaanhoidon laajalti – tietäen, että vaikka HUS onkin 40 % koko maan erikoissairaanhoidon budjetista, Kehä III:n sisäpuoli ei todellakaan ole koko Suomi. Olen kohdannut val-

ⁱ Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. STM:n raportteja ja muistioita 2011:7.

ⁱⁱ Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL Raportti 4/2011.

ⁱⁱⁱ Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24/2010.

tavan määrän innovatiivisuutta ja kehityshalua ja hyvin vähän byrokraattista mielenlaatua.

Lopulta jouduin itse muutamaksi päiväksi kaupunginsairaalan akuuttiosastolle tätä työtä jo tehdessäni. Henkilökunta varmaan ihmetteli, kun tein koko ajan muistiinpanoja kaikesta ympärilläni tapahtuvasta toiminnasta kahdella tietokoneella.

Tätä raporttia varten olen tavannut ja jututtanut Rääkkylän kunnanjohtaja Yrjö Erosen, Espoon Puolarmetsän sairaalan ylilääkäri Annariina Jyvälahden, Kuntaliiton varatoimitusjohtaja Kari Nenosen (joka on myös HUS:n entinen toimitusjohtaja), THL:n kehittäjäylilääkäri Minerva Krohnin, HUS:n toimitusjohtaja Aki Lindénin, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluntuottajat ry:n toiminnanjohtaja Tuomas Nurmela, Apteekkariliiton toimitusjohtaja Ilkka Oksalan (joka on myös entinen peruspalveluministerin valtiosihteeri), Hyksin infektiosairauksien klinikan osastonylilääkäri Matti Ristolan, Mielenterveyden Keskusliiton puheenjohtaja Pekka Saurin, jolle kaikille kauniit kiitokset ajasta ja oivaltavista ajatuksista. Muutamat haastatellut henkilöt eivät halunneet nimeään mainittavan. Luonnollisesti myös sadat HUS:lle tehdyn em. työn puitteissa käydyt keskustelut ovat myötävaikuttaneet tämän raportin sisältöön.

Samusirkkana korvassa kuiskuttamassa on toiminut jo pitkään myös sisareni Anna Leikola, joka toimii fysioterapeuttina Helsingin kaupungin Maunulan terveystieteiden keskuksessa. Kiitos, sisko! Ja luonnollisesti kiitokset myös raportin tilaajille, keskustelukumppaneista ei suinkaan vähäisimmille, EVAn johtaja Matti Apuselle ja tutkimuspäällikkö Ilkka Haavistolle.

Yhteen pannut näkökulmat ovat omiani ja niistä vastaan luonnollisesti itse.

Helsingissä 10.10.2011

Markus Leikola

SISÄLLYS

Esipuhe

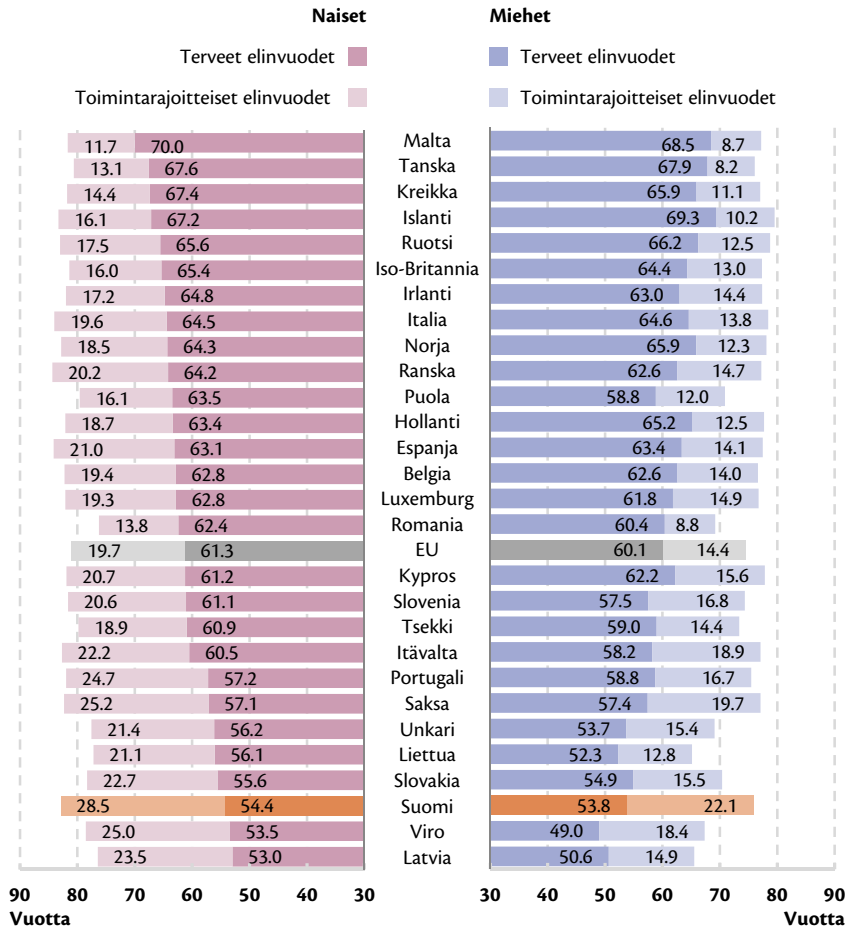
Lukijalle

1	Johdanto	9
2	Miksi terveydenhuolto yskii?	12
2.1	Miten tähän ollaan tultu?	12
2.2	Viimeaikaiset uudistukset – käskemällä kuntoon?	14
2.3	Terveydenhuollon puuttuva lenkki	15
3	Paraneminen lähtee prosessista, ei järjestelmästä	19
3.1	Kuka vastaa suomalaisten terveydestä?	19
3.2	Tarina katkenneesta hoitoketjusta	20
3.3	Kohti monipuolisempaa hoidon porrastusta	24
3.4	Hoidon toimivuus ja oikeellisuus kohdalleen	28
3.5	Sitä saadaan, mitä mitataan	32
3.6	Ruohonjuuresta lähtevää prosessin parannusta kannustettava	38
4	Rahoitus ja tieto ohjaamaan ihmisten paranemista	47
4.1	Terveydenhuollon toimijat pelaamaan samaan maaliin	47
4.2	Omatoimisilla avainasiakkaila krooniset kansantaudit kuriin	55
4.3	Mielenterveysongelmat uusi kansantauti	63
4.4	Osaoptimoinnin kukkaset: lääkkeet, matkakorvaukset ja sairauslomat	65
4.5	Tietojärjestelmät tukemaan potilaan hoidon suunnittelua	69
5	Suosituks	73
	Viitteet	86
	Kirjallisuutta	87

1 Johdanto

Suomi on viimeisenä Länsi-Euroopan maana laittamassa terveydenhoitojärjestelmäänsä isompaan remonttiin. Saneerauksella on kiire, sillä nykyjärjestelmän kanssa ei voida enää jatkaa.

Sotien jälkeen luodun järjestelmän ytimet ovat 60-luvun sosiaalipolitiikan seurauksena rakennetut sairaskassat ja terveyskeskusvetoisen kansanterveystyön verkostot sekä työmarkkinapolitiikan synnyttämä työterveydenhuolto. Ne rakennettiin työikäisten suurten ikäluokkien tarpeisiin ja vahvan huoltosuhteen rahoitus pohjalle. Niiden avulla suomalaiset nostettiin Kekkosen aikana Länsi-Euroopan sairaimmasta kansasta kohtuullisen terveeksi ja työkykyiseksi väestöksi.



Kuvio 1 Suomalainen terveydenhuolto tuottaa pitkäikäistä mutta eurooppalaisittain sairasta väkeä (Lähde: OECD (2010)).

Terveiden elinvuosien odote (tumma palkki), toimintarajoitteisten elinvuosien odote (vaalea palkki) sekä elinajanodote (koko palkki) vastasyntyneillä naisilla ja miehillä eri Euroopan maissa, 2005–2007.

Maailma on muuttunut noista ajoista, mutta järjestelmämme ei ole seurannut aikaansa. Sen ongelmien on annettu kasaantua. Nyt Suomi ja suomalaiset maksavat järjestelmän toimimattomuudesta liian kovaa hintaa.

Vaikka suomalaisten elinajanodote syntymässä on sekä miehillä että naisilla Euroopan kärkikastia, elävät suomalaiset verrokkimaidensa kansalaisiin verrattuna lähes dramaattisesti sairaamman elämän: mitattuna terveiden elinvuosien odotteella, Suomi putoaa 29 Euroopan maan listalla pohjalle, sijoille 26 (naiset) ja 24 (miehet) yhdessä Baltian maiden, Unkarin ja Slovakian kanssa (ks. kuvio 1). Pohjoismaisilla veljillämme ja sisarillamme on edessään terveitä elinvuosia keskimäärin noin tusina enemmän kuin meillä. Ero on systemaattinen ja aivan liian suuri.¹

Meidän täytyy pystyä parempaan.

Sairastettujen elinvuosien kansalaisille aiheuttamaa haittaa on mahdotonta arvottaa – se on sananmukaisesti mittaamaton. Paremmiin arvioitavissa ovat sen sijaan ne kustannukset, jotka aiheutuvat siitä, että suomalaiset voivat odottaa sairastuvansa toimintakykyä rajoittavalla tavalla noin kymmenen vuotta ennen virallista eläkeikää, mutta elävänsä tämän jälkeen Euroopan pisimmät ”sairaantulevat”.

Suomalaiset voivat odottaa sairastuvansa toimintakykyä rajoittavalla tavalla noin kymmenen vuotta ennen eläkeikää

Yhtälö, jossa korkea sairastavuus yhdistyy jo valmiiksi erittäin epäedulliseen huoltosuhteeseen, on myrkyä taloudelle ja hyvinvoinnille. Pyörät pysyvät tulevana vuosikymmeninä pyörimässä vain, jos työllisyysaste saadaan pidettyä korkeana ja työuria saadaan jatkettua nykyistä pidemmiksi. Tämä kuitenkin edellyttää, että Suomessa onnistutaan jatkossa oleellisesti nykyistä paremmin sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

Mutta mikä nykyjärjestelmässämme sitten tökkii?

Ensiksi, suomalaisen terveydenhuollon organisaatio on sekaisin. Terveydenhuollon järjestämisen, tuottamisen ja rahoituksen monikanavaisuus on luonut kasvualustan, jossa osaoptimointi ja keskenään ristiriitaiset kustannusohjauksen mekanismit rehottavat viltin ja vapaina. Millään taholla ei ole pitkään aikaan ollut yksiselitteistä ohjausotetta edes minkään suomalaisen terveydenhuollon yksittäisen osa-alueen kehittämiseen – vielä vähemmän terveydenhuollon kokonaisuuden ohjaukseen. Kansantalouden kannalta tämä merkitsee resurssien tuhlausta.

Potilaan kohdalla se merkitsee myös sitä, että hoitoketjut katkeilevat, aiemmissa vaiheissa tehtyjä panostuksia valuu hiekkaan ja pahimmillaan potilasta pallotellaan ”keskeneräisenä tuotteena” taholta toiselle. Palveluiden ja hoidon saatavuus on muutoin tasa-arvon nimiin vannovassa Suomessa huomattavan eriarvoista riippuen niin asuinpaikkakunnasta, työmarkkinastatuksesta, iästä, siitä, onko sairaus leukaluun ylä- vai alapinnalla, kyvystä maksaa palveluista kuin joskus puhtaasta sattumastakin.

Toiseksi, koko terveydenhuoltojärjestelmän maailmankuva on vanhentunut. Terveydenhoitobyrokratian vaivalla rakentama järjestelmä on osoittautunut kovin jäykäksi nykymaailmassa, jossa tieto ja käsitykset terveydestä ja sairaudesta eivät ole yhden auktoriteetin, lääkäriprofession, omistama monopoli. Tai edes kahden, lääkäreiden ja hoitajien.

Terveystietoa, parempi- ja huonompilaatuista, tulvii joka puolelta: kansalaiset lukevat aikakausi- ja sanomalehdistä terveysjuttuja sekä katsovat televisiosta terveysohjelmia ja keskustelevat sairauksista, terveyksistä, lääkäreistä ja sairaaloista keskenään netissä. Iso osa potilaista tietää omasta mielestään sairaudestaan yhtä paljon kuin lääkäri tai on ainakin asiantuntija tullessaan vastaanotolle. Samat potilaat ovat siviilissä eri alojen palveluntuottajia rankasti kilpailuttavia ja erikoistarjousten perässä juoksevia hinta- ja laatutietoisia kuluttajia, eivät enää nöyrästi lakki kourassa kunnanlääkärin pakeille saapuvia kylänmiehiä ja -naisia.

Kansalaiset haluaisivat osallistua, vaikuttaa ja käyttää valinnanvapautta oman tai läheistensä hoidon kohdalla nykyistä enemmän. Järjestelmän maailmankuvassa mikään ei kuitenkaan ole muuttunut neljän vuosikymmenen takaisesta kansanterveysajattelusta, jossa holhoava hyvinvointivaltio on toki hyväntahtoinen, mutta haluaisi esiintyä myös ylivertaisen viisaana. Kansalaisten varttuminen kriittisiksi kuluttajiksi vaatii sekä uuden asenteen että uutta osaamista terveydenhuollolta.

Kolmanneksi – ja edellisiin liittyen – suomalainen terveydenhuolto ei yksikertaisesti toimi palvelujärjestelmänä. Terveydenhuollon ammattilaisten, lääketieteen, hoidon ja hallinnon asiantuntijoiden ammattitaitoa ei pidä eikä saa aliarvioida, mutta palvelutoiminnan ammattilaisuus vain on eri asia kuin lääketieteellinen pätevyys tai hoidollinen osaaminen.

Tämä raportti väittää, että palvelutoiminta terveydenhoidossa ei pohjimmitaan eroa hampurilaisravintolan, huoltoaseman, asianajotoimiston, mainostoimiston tai vakuutusyhtiön pyörittämisestä. Tai päiväkodin, veroviraston, poliisin ja puhtaanapidon, sillä eroavaisuudet julkisten ja yksityisten palveluiden välillä eivät ole fundamentaalisia. Lupaukset, niiden lunastukset, asiakkuuden elinkaari, viestintä, markkinointi, henkilökunnan koulutus, tuotteistus ja prosessien hallinta ovat kaikissa palveluissa olennaisilta osiltaan samankaltaisia.

Tästä kaikesta seuraa, että jos terveydenhuoltojärjestelmä ei ole palvelujärjestelmä, ei se hoida terveyttäkään. Tämä on tosiasia, jolta terveydenhuoltojärjestelmämme on sulkenut silmänsä liian kauan.

Jos terveydenhuoltojärjestelmä ei ole palvelujärjestelmä, ei se hoida terveyttäkään

2 Miksi terveydenhuolto yskii?

2.1 Miten tähän ollaan tultu?

Terveydenhoitojärjestelmämme isot uudistukset ovat kaikki olleet oman aikansa lapsia: 1960-luvun alun sairausvakuutusjärjestelmä rakennettiin turvaamaan kasvavalle teollisuudelle ja työmarkkinoille tuleville suurille ikäluokille tapa pitää yhteiskunnan työikäiset rattaat pyörimässä, vaikka rahasta olikin puutetta.

Monet ratkaisut tehtiin ajattelemalla, että markka on paras konsultti: esimerkiksi sairaalamaksut jäivät potilaan itsensä kustannettaviksi, koska ajateltiin, että muuten sairaalan täysihoitoon jäämisestä tulee liian houkutteleva ajatus, kun olot sairaalassa ovat niin paljon kotioloja paremmat. Laajalti sisävessattomassa ja puulämmitteisessä Suomessa näin toki olikin. Tämän päivän perspektiivissä tällainen kustannusdynamiikka ohjausjärjestelmänä kuulostaa kuitenkin suorastaan modernilta.

Kansanterveyslaki puolestaan heijasti 1960- ja 70-lukujen voimakasta poliittisuutta ja tasa-arvoaatetta. Fokus oli vahvasti maksuttomassa terveydenhoidossa, ei niinkään siinä, mistä rahat tulevat tai mitä seurauksia monikanavaisesta rahoituksesta ylipäätään on. Koko ajatus siitä, että monikanavaisuus voisi olla ongelmallista, ei ollut muodikas, kun päämäärä oli, että yhteiskunta enemmän tai vähemmän toimivana kokonaisuutena vastaa palvelutarjonnasta, joka on sekä laadukasta että maksutonta.

Päinvastoin – kun kuntien kansanterveystyön kustannuksiin saamaa valtionapua laskettaessa käyvistä kustannuksista vähennettiin ensin potilasmaksuina saadut tulot, niin käytännössä kuntien palvelumitoituksen kannalta oli samantekevää, tulevatko muut kuin kunnan kassasta tulevat rahat potilailta vai valtiolta. On helppo arvata, kumpaan suuntaan kunnat rukkasivat maksupolitiikkaansa. Iso osa 60-luvun alun ajattelusta, jossa sekä potilasmaksuilla että sairausvakuutuksen osilla ajateltiin ohjattavan järjestelmän toimintaa kokonaistaloudellisempaan suuntaan, romuttuikin 70- ja 80-lukujen uudistuksissa, jolloin kunnat oppivat pitämään valtion pussia pohjattomana.

Samaan aikaan toiminnan tehokkuus ja tuloksellisuus olivat täysin kuntien omissa käsissä ja niiden oman osaamisen varassa. Valtio tehtiin ohjeistuksia kunnille, mutta ajalle tyypilliseen tapaan seuranta ontui. Toiminnan raportointi keskittyi suoritteisiin, joita vastaan valtionapua saatiin eikä suinkaan terveydenhuollon toteutuksen järkevyyteen. Samaan aikaan myös työterveyshuolto kasvatettiin nykyiseen laajuuteensa.

80-luku olikin terveydenhoidon lyhyt kultakausi: vaurauden ja itsehallinnon aikaa. Täyteen mittaansa kasvatetun, mutta sisäisesti ristiriitaiseen järjestelmän ylläpitoon riitti rahaa, koska suurten ikäluokkien verotulot tahkosivat sitä suotuisien suhdanteiden ja poliittisen konsensuksen vallitessa.

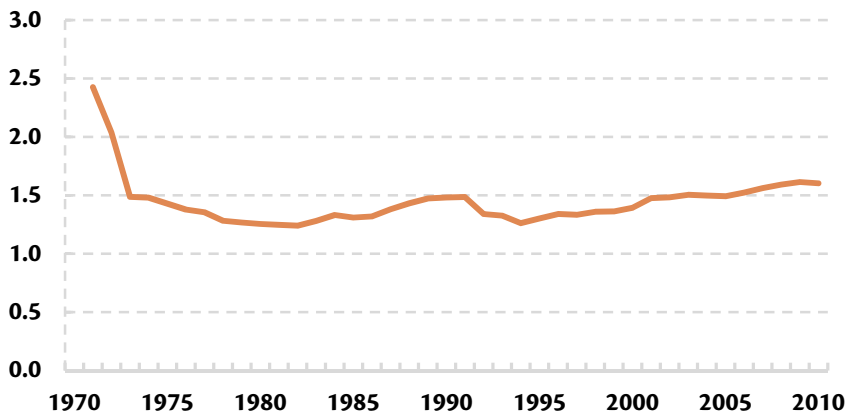
Kansanterveysjärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän tavasta toimia yhteen tuli Frankensteinin hirviö

Kansanterveysjärjestelmä sinällään oli täynnä hyviä tavoitteita ja ajan ihanteiden mukainen kuten sairausvakuutusjärjestelmäkin. Mutta näiden tavasta toimia yhteen tuli niin talouden kuin potilaankin kannalta Frankensteinin hirviö – siksi erilaiset ovat niiden toiminnan lähtökohdat. Tai kuten Yrjö Mattila terveydenhoitojärjestelmän historiikissaan kuvailee, ”sairausvakuutus on kes-

kitettyä yksilölle oikeuksia antavaa terveydenhuollon toimeenpanoa, kun taas kansanterveysjärjestelmä lähtee kunnan oikeuksista päättää asukkaansa terveydenhuollon määräästä ja laadusta”.²

Jos järjestelmän yhtenäinen ohjaus sekä rahavirroilla insentivoitu tehokkuus päästettiin 80-luvun alussa repsahtamaan, seuraavat liikkeet vain kiihdyttivät tätä kehitystä. Yksityinen sairaanhoito pantiin tarkan valvonnan alle säätämällä laki yksityisestä terveydenhuollosta vuonna 1989, mutta julkiseen erikoissairaanhoidon ei sovellettu lainkaan samantilaista raportointi- ja kehitysvelvoitetta. Kunnat saivat tehdä sen kanssa mitä halusivat, ja 1990-luvulla kehitys vain paheni, kun laman yllättäessä julkinen talous joutui painamaan hätäjarrua.

Kuntien valtionavut niputettiin niin, että ne eivät enää olleet korva merkittäviä. Kovan poliittisen paineen alla valtakunnanpoliitikot sysäsivät vastuun konkreettisista leikkauspäätöksistä kuntatasolle yhdessä yössä. Televisiouutiset näyttivät reportaaseja siitä, kuinka jossakin kunnassa suljettiin lomautusten takia vuodeosastoja, toisissa taas säännösteltiin pillerien määrää potilaille. Kunnallinen itsehallinto toteutui toki pilkulleen, mutta kukaan ei enää puhunut alueellisesta tai mistään muustakaan tasa-arvosta. Tai siitä, että yksityisiä terveystalouksia, työterveydenhoitoa ja julkista terveydenhoitoa tulisi tarkastella yhtenä kokonaisuutena.



Kuvio 2 Lääkäripalkkiosta korvausten saaneiden määrät 1971–2010, milj. henkilöä (Lähde: Kela).

Tosiasiassa nimittäin 70-luvun iso kansanterveysuudistus toi kyllä minimitasoisen terveydenhoidon kaikkien ulottuville, mutta yksityinen sektori säilyi yhä erittäin tärkeänä osana kokonaisuutta. Kuten kuvioista 2 näkyy, nettomääräisesti vain miljoona ihmistä siirtyi kokonaan pois yksityisen sektorin palvelujen piiristä. Kolmannes väestöstä jäi yksityisten palveluiden käyttäjiksi. Siirtymä tapahtui muutamassa vuodessa, jonka jälkeen yksityisten palveluiden käyttäjien määrä on pysynyt melko vakaana.

2.2 Viimeaikaiset uudistukset – käskemällä kuntoon?

Vasta 2000-luvun puolella on ryhdytty arvioimaan perusteellisemmin, mitä terveydenhuoltoon käytetyllä rahalla oikeastaan saadaan aikaan. Järjestelmän rahoituksen ja ohjauksen ongelmat ovat olleet pitkään tiedossa. Ratkaisuja etsittäessä on tutkittu perusteellisesti ulkomaisia malleja sekä selvitelty, millaisia eri toimijoiden osaoptimoinnista seuraavia ongelmia Suomen järjestelmä ylläpitää.

Lisäksi potilaan oikeudet ovat tulleet korostetusti esille. Tämä on johtanut siihen, että palvelujen määrään ja laatuun on luotu hoitotakuun kaltaisia teknisiä normeja, joita toimijoiden edellytetään noudattavan. Näin valtio on paitsi säilyttänyt kunnille uusia tehtäviä, myös ikään kuin alkanut suurten valtionosuuksien vastineeksi edellyttää, että kunnat kohtelevat kansalaisia – jotka toki ovat myös kuntalaisia – kunnolla.

Paljon hyviä kehitysprojekteja uusien käytäntöjen löytämiseksi on käynnistetty, ja remontin ytimessä on vappuna 2011 voimaan astunut uusi terveydenhoitolaki. Se on iso – vaikkakaan ei lopullinen – askel, jolla pyritään edes julkisen perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon nivomiseen aiempaa selkeämmin yhteen samaksi kokonaisuudeksi. Samalla on astuttu ensimmäiset varovaiset askeleet potilaan valinnanvapauden lisäämiseksi, kun kansalainen saa valita terveysaseman kotikuntansa sisällä ja erikoissairaanhoitopaikkansa laajemmalta alueelta kunnallisen toiminnan piiristä.

Jopa isoimpia kysymyksiä, kuten tulisiko terveydenhoidon ylipääntään olla yksi kunnallisen itsehallinnon piiriin kuuluvista asiakokonaisuuksista, on nostettu reippaasti pöydälle. Kaiken kaikkiaan voi sanoa,

että 2000-luvulla kunnallinen itsehallinto terveydenhoidossa on joka tapauksessa koko ajan kaventunut, kun ohjeistuksen, mittauksen ja normituksen määrä on kasvanut. Kunnallispolitiikot tosin kokevat sen kaventuneen erityisesti suhteessa kuntayhtymiin. Yhä suurempi osa julkisen terveydenhuollon rahoista onkin mennyt kuntayhtymien pyörittämälle erikoissairaanhoidolle.

Kunnallinen itsehallinto on kaventunut, kun normituksen määrä on kasvanut

Kunnallisen terveydenhoidon osakseen saamassa kritiikissä ei tietenkään ole ollut kyse siitä, etteikö kuntien terveydenhoidon henkilöstö

olisi pannut parastaan jo aiemminkin, vaan siitä, että kunnallistaloudellisen päätöksenteon ja terveydenhuollon ohjauksen yhteensovittaminen on osoittautunut hyvin hankalaksi.

Tästä huolimatta päätöksentekijät yrittävät edelleen korjata järjestelmää kunnalliselta pohjalta. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa tavoitteeksi on asetettu ”laadukkaat ja vaikuttavat terveyspalvelut”. Pääasiallisena keinona on nähty rakenteiden uudistaminen, keskeisesti kuntarakennetta uudistamalla.

Se ei riitä, sillä vahvan kunnallisen autonomian perinnettä on ainakin tähän asti tulkittu kuntien eduksi niin, että terveydenhuollon uudistamisesta ei ole löytynyt poliittista yksimielisyyttä. Siitä lähtien, kun kuntien valtionosuuksista poistettiin korvamerkit 90-luvun lamassa, on terveyspoliittisessa keskustelussa valitettu, että järjestelmään ei saada riittävää valtakunnallista ohjausotetta. Siihen nähden mikä määrä virkamiehiä on keskushallinnossa ohjeistuksia laatimassa ja niiden noudattamista valvomassa, ei ohjeistuksen puute välttämättä ole kuitenkaan isoin ongelma.

Päinvastoin – järjestelmässä on sisäistä kitkaa ja kallista byrokratiaa enemmän kuin lääkäri määrää.

2.3 Terveydenhuollon puuttuva lenkki

Ongelma on siinä, että tehty politiikka on ollut hyvin asiantuntijavetoista ja järjestelmäkeskeistä. Vahvat ammattikunnat ovat monopolisoineet terveydenhuollosta käytyä keskustelua. Usein myös luottamushenkilöt ovat niin valtakunnan terveyspolitiikassa kuin suurissa kunnissa sidoksissa lääkärin tai hoitajien ammattikuntatraditioihin.

Tehty politiikka on ollut hyvin asiantuntijavetoista ja järjestelmäkeskeistä

Palvelujen käyttäjien näkökulma on suomalaisen korporatistmin perinteiden mukaisesti sisällytetty potilasjärjestöjen ottamiseen mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tämä ei kuitenkaan takaa käyttäjien äänen kuulumista, sillä suurin osa palvelujen käyttökertoista ei ole kroonisten sairauksien hoitoa – ja potilasjärjestöjenkin äänitorvina ovat usein lääketieteellisen profession edustajat.

Demokraattiseen järjestelmään kuuluvat kuitenkin myös puheenvuorot, jotka kumpuavat muusta taustasta. Vaikka jotkut terveydenhoitojärjestelmän pulmakohdista ovat juuri tälle toimialalle uniikkeja, monet vastaavat ongelmat on havaittu ja myös ratkaistu toisilla toimialoilla. Muidenkin kuin professioiden edustajien on siis syytä olla – ja antaa olla – äänessä.

Entä miksi näkökulmat uudistamiseen ovat olleet niin kapeat ja mitä seurauksia tällä on ollut? Ammattikuntalähtöinen tarkastelu on kohdistunut vain rajalliseen osaan koko järjestelmän toimintaa. Ainakin yksi keskeinen tarkastelutapa on jäänyt puuttumaan terveydenhuollosta potilaaseen ja kansalaiseen kohdistuvana toimintana.

Terveydenhoitojärjestelmään on useanlaisia lähestymiskulmia eli viitekehyksiä: sen ytimessä **lääketieteellinen tarkastelutapa**, lääkärien profession kollegiaalisesti määrittelemä terveydenhoidon tehtäväkenttä. Tämä perustuu viime kädessä terveyden ja sairauden määritelmiin, joihin taas liittyvät kiinteästi ne toimenpiteet, joilla sairautta palautetaan terveiksi, mikäli mahdollista.

Hoidollinen tarkastelutapa – tai **hoitotieteellinen tarkastelutapa** – pitää sisällään kaikki ne hoitajien tekemät toimet, jotka kohdistuvat potilaaseen (tai yksilöön). Hoidollinen näkökulma on usein varsin erilainen kuin lääketieteellinen näkökulma ja pahimmillaan potilaasta saattaa tuntua siltä, että hoitajat ja lääkärit eivät edes keskustele keskenään. Tämä liittyy siihen, että terveydenhoidon hierarkiassa hoitajilla on yhtäältä erittäin itsenäisiä tehtäviä ja toisaalta he toimivat lääkärien avustajina. Hoitajat kuitenkin viettävät potilaiden kanssa huomattavasti enemmän aikaa ja usein havainnoivat erityyppisiä asioita kuin lääkärit.

Hoitajien käytettävissä oleva keinorepertuaari on myös erilainen; siinä missä lääkärien toimet ovat usein formaaleja ja hoitoprosessin muodollisia osasia, on hoitajien vastuu tietyssä mielessä kokonaisvaltaisempi. Heidän tulee edistää potilaan hyvinvointia, ehkäistä tilan heikkenemistä ja edistää paranemista kaikella, mikä saattaa vaikuttaa myönteisesti eikä vaadi nimenomaista toiminnan auktorisoimista (kuten esim. kirurgiset toimenpiteet ja reseptin kirjoittaminen vaativat).

Kaikki muut terveydenhoidon järjestelmän ulottuvuudet kuin lääketiede ja hoiva ovat lähteneet vahvasti hallinnollisista näkökohdista. **Hallinnon tarkastelutapa**, jolla ”julkinen valta” organisoii terveydenhoitopalveluja, käsittää lähinnä talouden (terveydenhoidon kokonaistalous, rahoitus, kulujakauma, tuottavuus), hallinnon (rakenteet, organisaatio, ohjaus) ja juridiikan näkökulmat (oikeusturva, tietosuoja, valvonta, vastuukysymykset). Hallinnon tarkastelutapa ei ole suoraan poliittinen: se ei ota kantaa köyhien tai utsjokelaisten suosimiseen, ei arvota syövänhoitoa hampaiden paikkauksen edelle, vaan yrittää pitää pyörät pyörimässä, mahdollisimman turvallisesti.

Hyvää tarkoittava tietosuoja, valvonta ja vastuukysymysten tiukkuus ovat kuitenkin ristiriidassa kansalaisten omatoimisuuden kanssa – omatoimisuuden, joka on paitsi kansalaisten oma toive, myös järjestelmän itsensä intressissä. Järjestelmän sujuvuus ja tehokkuus puolestaan ovat suhteellisia asioita, jotka usein perustuvat siihen, että mitataan helposti ja yksinkertaisesti mitattavia asioita (kuten odotusaikoja, käyntikertoja, kustannuksia ja hoitopäiviä) sen sijaan, että mitattaisiin asioita, jotka todella kertovat tuloksellisuudesta ja tehokkuudesta: paranemista, terveyden palautumista, sairastamisen vähenemistä.

Me elämme tällä hetkellä valheessa, jossa terveydenhoitojärjestelmä sanoo hoitavansa kansalaisia ja potilaita tiukan lääketieteellisin kriteerein. Tässä väittämässä hoidollinen tarkastelutapa ja julkisen vallan hal-

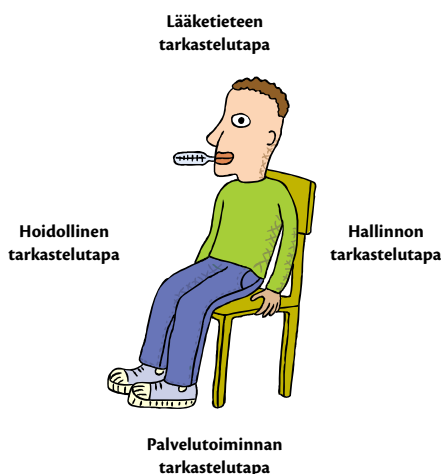
linnon tarkastelutapa tukevat lääketieteellistä tarkastelutapaa, hoitokonteksti tarjoten kaiken sen paranemisen kannalta tarpeellisen hyvän, joka ei ole lääketiedettä, ja julkisen vallan konteksti mahdollistaen ja valvoen, että tavoitteet toteutuvat, laatu säilyy eikä aisan yli potkita.

Me elämme tällä hetkellä valheessa, jossa terveydenhoitojärjestelmä sanoo hoitavansa kansalaisia ja potilaita tiukan lääketieteellisin kriteerein

Samaan aikaan kuitenkin on hyvin tiedossa, että palvelujen saatavuus vaihtelee paljon; etenkin työmarkkinastatuksen (onko kansalainen töissä ja työterveyshuollon piirissä) sekä asuinpaikan mukaan. Palvelujen saatavuuskaan ei kuitenkaan kerro varsinaisen hoidon saatavuudesta ja toimivuudesta kuin pienen osan.

Nykyisen kuntavetoisen terveydenhoitojärjestelmän puolustajat puhuvat paljon tasa-arvosta – kuitenkin juuri kuntarakennekeskustelussa on pohjimmiltaan kyse eriarvoisuuden lisääntymisestä. Ne, jotka ovat nyt kauimpana palveluista, eivät tulevaisuudessa tule olemaan lähempänä, vaan pikemminkin päinvastoin. Tarkkaan ottaen julkisen terveydenhuollon rooli on ollut tähänkin asti perälaudan ja minimitason turvaaminen, ei tasa-arvoisen terveydenhuollon takaaminen kaikille. Pelkkä yksityisen sektorin edellytysten heikentäminen – sellaisiakin esityksiä on viime vuosina ollut – ei edistä tasa-arvon kohenemistä, paitsi jos lähdetään siitä, että terveydenhoidon selkeästi alempi keskimääräinen palvelutaso on haluttava tavoite.

Nyt kun menopaineet kasvavat ja rahaa on vähemmän, on korkea aika, että asioista puhutaan oikeilla nimillä. Käsillä olevat ongelmat voidaan ratkaista, mutta sen hintana on järjestelmän tosiasiallisten piirteiden tunnustaminen sellaisina kuin ne tällä hetkellä vallitsevat.



Kuvio 3 *Terveydenhoitojärjestelmän tarkastelutavat*

Tämän vuoksi olisi hyvä, että myös keskustelun painopisteet muuttuisivat. Itse asiassa koko keskustelun painopiste tulisi kääntää kuntarakenteesta palveluprosesseihin. Ennen kuin *palvelutoiminnan tarkaste-*

Koko keskustelun painopiste tulisi kääntää kuntarakenteesta palveluprosesseihin

lutapa on mukana neljäntenä viitekehyksenä (ks. kuvio 3), jää potilaskeskeisyys pahimmillaan yksittäisten, sattumanvaraisesti toimivien temppujen kokoelmaksi. Siksi tässä raportissa ei puhuta kuntamääristä tai sopivan peruskunnan koosta palvelun järjestämiselle. Rakenteiden uudistus ei riitä vielä tuomaan kaivattuja säästöjä, vaan koko ter-

veydenhuolto palvelutoimintana pitää tuoda 2000-luvulle, valistuneen kuluttajan ja internetin aikakauteen.

Terveystieteiden tutkimuskeskus tarvitsee kehitykseen ja ohjaukseen muiden ammattilaisten rinnalle palvelutoiminnan suunnittelun, johtamisen ja toteuttamisen ammattilaisia. Samalla jo sairausvakuutusjärjestelmään sisäänrakennettu dynamiikka, jossa markka oli paras konsultti, pitää ottaa jälleen käyttöön myös euroaikana. Muuten eivät sen enempää rahat riitä kuin laatukaan parane.

3 Paraneminen lähtee prosessista, ei järjestelmästä

3.1 Kuka vastaa suomalaisten terveydestä?

Oikeus terveydenhuoltoon perustuu Suomessa perustuslakiin, jonka 19 § mukaan ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.” Kansalaiset pitävät terveyttä kaikkein tärkeimpien elämänlaatuunsa ja onnellisuuteensa vaikuttavana asiana. Poliittisen päätöksentekokoneiston odotetaan huolehtivan siitä, että kansalaisten terveyden eteen on tehty kaikki se, mitä politiikan keinoin kyetään tekemään. Kun terveyspalvelut ovat lisäksi tyypillisesti palveluja, joissa päätökset palvelun laadusta ja lajista tekevät asiantuntijat, seuraa näistä taustatekijöistä yhdessä tarve säännellä. Ei ole yhdentekevää, kuka saa päättää mistäkin ja miten päätökset tulee tehdä.

Sääntelyyn luo oman leimansa myös turvallisuus: sairaanhoidossa ollaan usein tekemisissä elämän ja kuoleman, pitkäaikaisen vammautumisen tai muiden vakavien, elämänlaatuun vaikuttavien kysymysten kanssa. Tämän vuoksi juridisiin vastuukysymyksiin ja potilaan valitusoikeuksiin on nykyään – tosin vasta äskettäin – alettu kiinnittämään paljon huomiota.

Yksilön vapaus on suomalaisessa järjestelmässä ollut kunkin vapaus valita omien mahdollisuuksiensa puitteissa kanava, jota pitkin palvelunsa hankkii. Vaihtoehdot ovat julkinen, yksityinen tai näiden väliin sijoitettava työterveysjärjestelmä. Työterveydenhuollon tavoite ei ole vain terveyden ylläpitäminen: kyse on myös työvoiman pitämisestä tuottavana ja mahdollisimman vähän aikaa poissa sorvin ääreltä. Koska tämä on niin yhteiskunnan kuin työnantajienkin intressi, on sen järjestäminen toisaalta velvoittavaa ja toisaalta siihen kannustetaan niin, että yhteiskunta maksaa puolet välittömistä kuluista.

Terveydenhuolto jaetaan perinteisesti ennaltaehkäisevään terveystyöhön ja sairaanhoitoon. Karkeistaen, oletus siis on, että ihmiset ovat lähtökohtaisesti terveitä, ja ennaltaehkäisevällä työllä heidät yritetään pitää terveisinä, ja jos sitten sattuvat sairastumaan, heidät hoidetaan terveiksi.

Ennaltaehkäisevä työ pitää sisällään paitsi varsinaiset kansanterveysdelliset toimenpiteet, myös joukon kansallisesti valvottavia turvallisuustekijöitä – ja sitä kautta laadullisia minimimitakuuta – kuten lääkärioikeudet, lääkkeiden hyväksyntä, epidemiologinen varautuminen ja sekä itselleen että muille vaarallisten ihmisten eristäminen muusta yhteiskunnasta yms. Nämä turvallisuusasiat on järjestetty modernin länsimaisen oikeusvaltion periaatteiden mukaisesti.

Ennaltaehkäisyä harjoittavat monet erilaiset tahot ja varsinkin erilaiset intressein. Työterveyshuollon koko painopiste on ennaltaehkäisyssä ja

työkelpoisuuden ylläpidossa. Julkinen sektori ei puolestaan ole perinteisesti keskittynyt niinkään ennaltaehkäisevän toiminnan tarpeessa olevien yksilöiden identifioimiseen ja tavoittamiseen, vaan se on toiminut massaoperaatioiden keinoin. Taustalla on ollut ajatus vastuusta koko väestöstä ja suuruuden ekonomia, mutta myös kohdentamisen huono osaaminen. Näkemykset yksilön omasta vastuusta sairauksien ehkäisyssä vaihtelevat yhteiskunnassa tavattoman paljon, sekä yksilön elämäntilanteen että näkemyksen esittäjän ideologian mukaan.

Vastuukysymykset sivuuttaen näyttää kuitenkin selvältä, että kokonaisuudessaan ennaltaehkäisyssä voitaisiin Suomessa onnistua paljon nykyistä paremmin. Vain hieman liioitellen voisi väittää, että Suomessa huolehditaan suunnitelmallisemmin säännöllisten katsastusten ja määräraikaishuoltojen piirissä olevien ajoneuvojen kuin ihmisten kunnosta.

Korjaamolle mennään, kun jotain on mennyt rikki. Ihmisten kohdalla tämä tarkoittaa sairaanhoidon piiriin astumista.

3.2 Tarina katkenneesta hoitoketjusta

Sairaanhoito on mallinnettu hoitoprosesseiksi ja hoitoketjuiksi, jotka kattavat suurimman osan sairauksista ja sairastumisista. **Hoitoprosessien** kuvauksista tärkeimmät ovat valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset, joita ylläpitää Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ry³.

On poikkeuksellista, että näin keskeisiä normeja ei ylläpidä viranomaistaho, vaan kolmannen sektorin taho, jolla toki on tukenaan runsaasti tieteellistä asiantuntemusta. Näin Duodecim itse kuvaa verkkosivuillaan Käypä hoito -suositusten laadintaa: ”*Laadimme näyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia terveydenhuollon päätöksenteon tueksi ja potilaan parhaaksi (...) Hoitosuosituksien ovat sovellettavissa suomalaiseen käytäntöön ja voivat sisältää perusteltuja kannanottoja sellaisistakin merkittävistä terveydenhuollon kysymyksistä, joista ei ole tieteellistä näyttöä tai joista sitä ei voida saada. (...) Käypä hoito -johtoryhmä valitsee suositusaiheet pääasiassa erikoislääkäriyhdistysten ehdotusten joukosta.*”

Kun hoidon järjestämisen enimmäisaikojen koskevat lainmuutokset tulivat voimaan 1.3.2005, niin STM:lle tuli kiire antaa – viikkoa aikaisemmin – yhtenäistämishjeet kiireettömälle hoidolle. Käypä hoito -suositusten mahtia kuvaa se, että iso osa ministeriön ohjeista tukeutui niihin. Ohjeistus kattoi ensimmäisessä vaiheessa 193 yleisintä sairautta ja niihin liittyviä tutkimuksia. Kolme vuotta myöhemmin Valtiontalouden tarkastusvirasto huomauttikin, että ”*terveydenhuollossa on tällä hetkellä käytössä useita suosituksia, jotka pohjautuvat pääasiassa kaikki Käypä hoito -suosituksiin. Tämä on johtanut siihen, että terveydenhuollossa on käytössä kolme erilaista suositusta, jotka menevät osin päällekkäin.*”⁴

Hoitoketju puolestaan on hoitoprosessin pohjalta laadittu kuvaus siitä, miten tietyn potilasryhmän hoito järjestetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Koska ketjun osia toteuttavat eri orga-

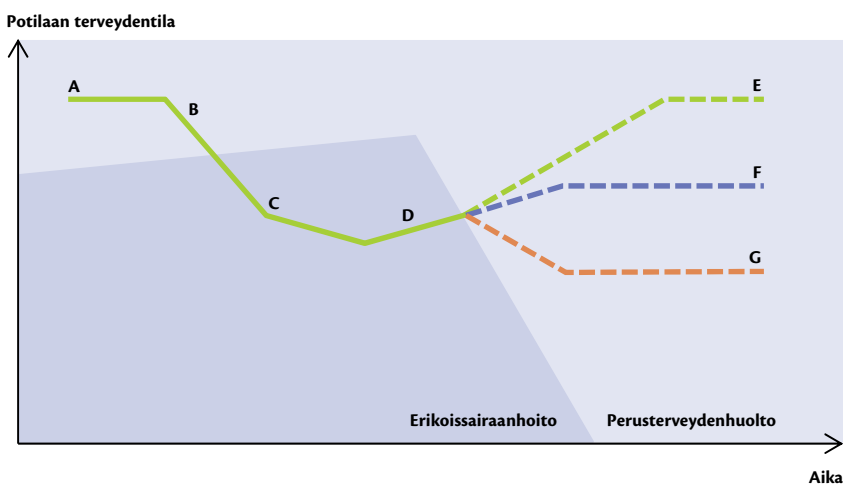
nisaatiot – perusterveydenhoitoa kunnat ja erikoissairaanhoidon kuntien muodostamat kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, tarvitaan hoitoketjun syntymiseen sopimus hoitoa järjestävien osapuolten välillä.

Periaatteessa kysymykset siitä, kuka tekee tietyn taudin tai oireyhtymän ehkäisyyn, diagnostiikkaan, hoitoon ja kuntoutukseen kuuluvat päätökset ja toimenpiteet määritellään kunkin alueen hoitoketjussa kullekin taudille erikseen. Käytännössä julkisen terveydenhoidon hoitoketjut perustuvat pitkälti samankaltaisiin hoitoprosesseihin eri sairauksissa. Tavoitteena on, että hoito olisi yhtenäistä ja hoitopaikkojen välillä saumatonta.

Hoitopolun alku on soljuva

Hoitoprosessin eri vaiheet on oheisessa kuviossa 4 esitetty kaavamaisesti julkisen terveydenhoidon hoitoketjuna. Alkupään mallinnus toimii enemmän tai vähemmän hyvin, vaikka potilasryhmien ja eri sairauksien välillä onkin eroja. Perustoimintatapa on ensimmäisten tutkimusten suorittaminen terveyskeskuksessa ja jos diagnoosi on selkeä, hoitopäätös yksiselitteinen ja hoidon resurssit ovat olemassa perusterveydenhoidossa, niin hoito myös aloitetaan perusterveydenhoidossa. Jos diagnoosiin tarvitaan lisätutkimuksia tai lisätietoa, perusterveydenhoito konsultoi erikoissairaanhoidon.

Konsultointi-termiä käytetään kahdesta prosessi- ja resurssimielessä hyvin erityyppisestä asiasta. Toisaalta perusterveydenhoidon yleislääkäri voi olla yhteydessä specialistiin kesken diagnoosin, hoitopäätöksen teon tai hoidon suorittamisen hakeakseen lisätietoa tai tukea mielipiteelleen



Kuvio 4 Terveydenhuollon prosessi potilaan hoitopolkuna

A = Terveyden lähtötaso, B = Terveydentilan heikkeneminen, C = Diagnoosi ja hoidon aloitus, D = Aloitetun hoidon havaitaan toimivan, E = Terveydentila palautuu ennalleen, F = Terveydentilan palautuu osittain, G = Terveydentilan jää pysyvästi heikommaksi

ja päätökselleen. Toisaalta yleislääkäri voi myös kirjoittaa lähetteen, jossa potilas siirtyy erikoislääkärin hoitoon joko diagnoosin loppuunsaattamiseksi, hoitopäätöksen tekoa varten tai sellaista hoitoa varten, johon tarvitaan erikoissairaanhoidon resursseja – osaamista ja/tai välineistöä.

Riippuen siis terveydentilan heikkenemisen vaikeudesta ja vakavuudesta tutkimukset, diagnoosi, hoitopäätös ja hoitotoimenpiteet suoritetaan joko yleislääkäritasoisesti tai erikoislääkäritasoisesti. Yksityisessä terveydenhoidossa potilaan on mahdollista ohittaa yleislääkärivaihe ja siirtyä suoraan erikoislääkärin pakeille. Työterveyshuollossa näin on joskus mahdollista tehdä riippuen siitä, millaisen sopimuksen työnantaja on tehnyt työterveyshuollon palveluntarjoajan kanssa.

Suomalaisen järjestelmän ”hybridisyyttä” tai sekajärjestelmäluonnetta korostaa se, että yksityiseltä puolelta saa hypätä kesken kaiken julkiselle puolelle – lähetteen erikoissairaalaan ja keskussairaalaan saa kirjoittaa kuka tahansa lääkäri.

Käytännössä erikoissairaanhoidossakin on vielä kaksi tasoa, ”yleinen” ja toinen, jota kutsutaan yleisesti ”vaativaksi erikoissairaanhoidoksi”, jota on tyypillisesti saatavissa lähinnä yliopistollisissa keskussairaaloissa. Yksityisen erikoissairaanhoidon sekä työterveyshuollon osaaminen yleensä loppuu ennen vaativaa erikoissairaanhoitoa, joten jos potilaan sairaus vaatii tätä, niin viimeistään tässä vaiheessa hän siirtyy julkisen sektorin erikoissairaanhoidon puolelle, vaikka prosessi olisi alkanut yksityisellä tai työterveydenhuollon puolella.

Erikoissairaanhoidon puolella on kehitetty suuri määrä erilaisia innovaatioita, joilla nopeutetaan potilaan käyntiä erikoissairaanhoidon puolella: monet mini-invasiiviset toimenpiteet korvaavat raskaan ja pitemmän toipumisajan avokirurgian, kirurgiassa on LEIKO-toimintaa (kotoa suoraan leikkaukseen saman päivän aamuna), psykiatriassa puolestaan on monipuolisia terapian ja lääkityksen yhdistelmiä jne. Kun diagnoosi on saatu varmistettua, hoito aloitettu ja se havaitaan toimivan – eli potilaan terveydentilan kohenevan – niin erikoissairaanhoito pyrkii yleensä hankkiutumaan potilaasta eroon. Tämä on varsin perusteltua, onhan erikoissairaanhoidossa rajallisempi kapasiteetti ja kalliimmat yksikkökustannukset kuin perusterveydenhoidossa.

Loppupäässä hoitopolku pusikoituu

Tästä paranemisen alkamisesta, joka usein vielä korreloi siihen hetkeen, jolloin potilas palaa takaisin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon, alkavat myös prosessiperusteisen ajattelun ongelmat.

Missään vaiheessa ei nimittäin yleensä ole määritelty, mille tasolle potilaan terveys on tarkoitus palauttaa (ks. kuvio 4) – onko tarkoitus:

- palauttaa lähtötilanteeseen (vaihtoehto E),
- jättää lähtötilannetta alemmas, mutta kuitenkin tasolle, jossa ihminen on pääpiirteissään terve, mutta terveyden heikkeneminen

tuottaa pitkäaikaista tai pysyvää haittaa, vaikka osa arkirutiineista sujuisikin (vaihtoehto F),

- vai onko kyseessä kohtuullisen toivoton tapaus, jonka tila yritetään stabiloida jollekin tasolle, jossa potilas on millä tahansa mittarilla sairas, mutta kuitenkin akuutti terveydentilan heikkeneminen on saatu pysäytettyä tai peräti hieman kohennettua sitä? (vaihtoehto G)

Sen lisäksi, että tällaista arviota harvoin tehdään, sitä ei ole myöskään otettu osaksi hoitosuunnitelman tekoa. Hoitosuunnitelma tehdään tyyppillisesti vaiheittain: kulloinkin päätetään seuraavista toimenpiteistä, jonka jälkeen potilasta seurataan ja tutkitaan ja vasta sen jälkeen päätetään seuraavista toimenpiteistä (joka tietysti korostaa hoidon jatkuvuuden eli käytännössä tietojärjestelmien ja potilaskertomuksen laadun merkitystä). Hoitosuunnitelmaan liittyvät ongelmat selviävät yleensä vasta varsin myöhään – jos lainkaan – kuviossa 4 kuvatulla hoitopolulla.

Niin sanottu kontrollikäynti, eli terveyskeskuskäynti juuri siinä vaiheessa, kun potilas on siirtynyt erikoissairaanhoidosta takaisin perusterveydenhuollon puolelle jää helposti irralliseksi, kliinisten tutkimusten tuottamien indikaattorien (röntgenkuvat, laboratoriotutkimusten ar-

vot) vertailuksi ilman kokonaisvaltaista kuvaa siitä, mitkä olivat hoidon tavoitteet välittömästi ennen kontrollikäyntiä sekä mitkä ne ovat sen jälkeen.

Tyypillisesti elämäntapoihin ja vastaiseen ennaltaehkäisyyn liittyvä neuvonta sekä mahdolliset työkalut tai ohjeet hoitoprosessin loppupäätä tai jopa sen jälkeistä elämää varten voivat olla potilaan kannalta ratkaisevia. Suomalaisessa järjestelmässä on kuitenkin sattumanvaraista, onko hän saanut nämä eväät varhaisemmassa vaiheessa hoitoprosessia, saako hän ne viimeisellä kontrollikäynnillä vai

saako hän niitä lainkaan. Seuraava potilaan kuvaus omista vaiheistaan hoitoprosessissa ei valitettavasti ole epätyypillinen:

”Erikoissairaanhoidon lääkäri totesi jälkitarkastuksessa, että eivät he oikein tiedä miten se leikkaus lopulta onnistui, tuliko ihan valmista. Että katsellaan puoli vuotta ja sitten pitää ottaa uudelleen yhteyttä, jos on tarvetta. No. Otin sitten uudelleen yhteyttä ja sieltä todettiin, että ei ei, tänne noin vain tulla, erikoissairaanhoidon. Kyllä lähete pitää olla. No, onneksi on työterveyshoito. Sitä kautta taas uusi vauhti. Olisi hankalaa, jos pitäisi jonotella terveyskeskukseen, että saisi lähetteen sinne, mistä alun perin käskettiin tulla uudestaan, jos on tarvetta.”

Hoitosuunnitelmiin liittyvät ongelmat voi ryhmitellä vakavuusjärjestyksessä seuraavasti:

Mahdolliset työkalut tai ohjeet hoitoprosessin loppupäätä varten voivat olla potilaan kannalta ratkaisevia. Suomalaisessa järjestelmässä on kuitenkin sattumanvaraista saako hän niitä lainkaan.

1. Isolle osalle potilaita, erityisesti pitkäaikaipotilaita, ei tehdä hoitosuunnitelmia lainkaan. Näin ollen on mahdotonta arvioida, miten potilaat paranevat ja mistä paraneminen on mahdollisesti joh-

Isolle osalle potilaita ei tehdä hoitosuunnitelmia lainkaan. On mahdotonta arvioida, miten potilaat paranevat.

tunut. Hurjin esimerkki on Espoosta, jossa potilas kävi 60 kertaa saamassa hoitoa diabetekseen tai siitä seuranneisiin vaikeuksiin ilman, että missään vaiheessa tehtiin hoitosuunnitelmaa.

2. Potilaille ei ole viestitty selvästi tai lainkaan heidän hoitosuunnitelmastaan, silloin kun sellainen kuitenkin on tehty. Todennäköisyys, että potilas suorittaa oman, vaikka vähäisenkin panoksensa paranemisensa eteen, on pienempi, jos hän ei tiedä, mikä on kokonaisuus ja mitä siltä on lupa odottaa minkäkin asioiden seurauksena.
3. Vaikka potilaalle olisi tehty hoitosuunnitelma ja kerrottu tästä hänelle, sitä ei välttämättä ole laadittu yhteistyössä potilaan kanssa niin, että hoitosuunnitelman tekijälle samalla selviäisi millä todennäköisyydellä potilas kykenee tai haluaa sitoutua yhteistyöhön niiltä osin kuin paraneminen on potilaan omasta panoksesta kiinni.

Kaiken kaikkiaan suunnittelua kuitenkin tehdään terveydenhoitojärjestelmässä paljon. Suunnittelu kohdistuu kuitenkin järjestelmään, eli sitä tehdään enemmän järjestelmää kuin potilaita varten.

Suunnittelua kuitenkin tehdään paljon. Sitä tehdään enemmän järjestelmää kuin potilaita varten.

Hoitosuunnitelmien puute tulee monella tavalla kalliiksi. Esim. depressiopotilaat ovat tyyppinen ryhmä, joka käyttää palveluja paljon, mutta joille on laadittu huomattavan vähän hoitosuunnitelmia. Hoitosuunnitelman tulisi olla potilaan perusoikeus.

Prosessin ottaminen lähtökohdaksi on myös mitä suurimmassa määrin avainkysymys, kun haetaan säästöjä. Ison-Britannian NHS:ssä on arvioitu, että kliiniset prosessit muodostavat keskimäärin 80 prosenttia kustannuksista eri toimintayksiköissä⁵. Ei siis vallan vähän.

3.3 Kohti monipuolisempaa hoidon porrastusta

Julkinen terveydenhoito rakentuu hoidon *alueellisen porrastuksen* periaatteelle, ts. em. hoitoprosessit toteutetaan alueellisesti niin, että terveyskeskuksissa hoidetaan yleislääkäritasoisesti avohoidossa helpot vaivat. Potilaan tilan vakavuuden niin vaatiessa potilas lähetetään ensin sairaanhoitopiirin aluesairaalaan tai tarvittaessa yliopistolliseen keskussairaalaan, joita eri puolilla Suomea on viisi kappaletta. Kaikkein harvinaisimmissa ja vaativimmissa potilasryhmissä (erityisvastuualueet, ERVA) hoito saattaa olla vielä valtakunnallisesti keskitettyä yhteen tai kahteen yliopistosairaalaan.

Näin siis paperilla – käytännössä portaikkoon voi jäädä jumiin tai sen voi kiertää. THL:n raportissa monikanavaisen rahoitusjärjestelmän kehittämisestä⁶ puolustetaan voimakkaasti alueellista, porrastettua kansanterveysjärjestelmää ja moititaan yksityistä terveydenhoitoa siitä, että siinä on mahdollisuus hypätä portaiden ja jonojen ohi.

Porrastetun järjestelmän isoimmat ongelmat löytyvät perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon rajapinnan huonosta toimivuudesta

Tällainen kritiikki kuulostaa kuitenkin kovin järjestelmän tarpeelta puolustaa itseään, sillä porrastetun järjestelmän isoimmat ongelmat löytyvät järjestelmän itsensä sisältä: perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon rajapinnan huonosta toimivuudesta. Tämä ongelma juontuu pitkälle siitä, että perusterveydenhuollon rahat ovat yhdessä pussissa kunnalla ja erikoissairaanhoidon rahat toisessa pussissa kuntayhtymällä. Ongelma on hyvin

tiedossa ja kaikissa viimeisen kymmenen vuoden aikana tehdyissä uudistusehdotuksissa on ensimmäiseksi aina esitetty sen ratkaisemista saattamalla molemmat hoidon tasot samaan organisaatioon.

Myös tällä hetkellä tekeillä olevan kuntareformin tausta on vahvasti tämän ongelman ratkaisupyrkimyksessä. Kuntien rahankäytöstä merkittävä osa meneekin terveydenhoitoon sekä siihen sosiaalitoimen osaan, joka liittyy läheisesti terveydenhoitoon. Samalla on kuitenkin jäänyt varjoon se, että itse porrastus ei joka suhteessa toimi ideaalisti. Pelkkä kuntarakenteen muuttaminen ei tuo ratkaisua kuin yhteen ongelmaan, siihen, että turha potilaiden ja vastuiden pallottelu ja kissanhännänveto kuntien ja kuntayhtymien välillä loppuisi niin potilaan, kuntien, henkilöstön kuin järjestelmänkin eduksi.

Suurin haaste on kuitenkin dynamiikan rakentaminen alueellisen porrastuksen sisään eli kannustimien tarjoaminen oikeansuuntaisen kehityksen aikaansaamiseksi.

Alueellisen ja erikoistumisen mukaisen porrastuksen lisäksi käytössä on *ammattillinen porrastus*. Erikoistumisen mukaisen porrastuksen kaikilla kolmella asteella (perusterveydenhuollon lääkärivastaanotto, erikoissairaanhoidon polikliininen lääkärivastaanotto ja vaativan erikoissairaanhoidon lääkärivastaanotto) voidaan porrastaa hoitoprosessin osia myös hoitohenkilökunnalle.

Varovaisia uudistuksia on käynnistettykin monien pilottiprojektien myötä: hoitajilla voi olla oikeus yksinkertaisiin lääkemääräyksiin tai he voivat tehdä osan tutkimista, jopa alustavaan diagnoosiin asti – erityisesti psykiatrisella puolella käymällä läpi pitkiä kysymyspattereita yhdessä potilaan kanssa. He voivat myös hoitaa jälki- ja määräaikaistarkastuksia seulontaperiaatteella siten, että jos potilaan tutkimustulokset viittaavat normiarvoihin, varsinaista lääkärin vastaanottoa ei tarvita.

Kaikissa näissä tapauksissa säästetään merkittävästi aikaa ja rahaa. Perusterveydenhoidossa on systemaattisen työn ansiosta saatu lääkärikäyn-

Case Rääkkylä ulkoisti terveystalonsa

Rääkkylä on koillisen Saimaan vesien rikkoma ja rytmittämä, pieni alle 3000 asukkaan kunta Joensuun ja Savonlinnan talousalueiden välissä ilman yhtä selkeää työssäkäyntisuuntaa. Vuoden 2008 loppuun asti Rääkkylän perusterveydenhoito oli osa Keski-Karjalan kuntayhtymää Kiteen ja Kesälahden kanssa. Tohmajärvi tuli vuonna 2009 Paras-hankkeen myötä osaksi samaa yhteistoiminta-aluetta, josta päästi lähemmäs hankkeen edellyttämää 20 000 asukkaan rajaa. Säästöjen varmistamiseksi kaikkien Keski-Karjalan kuntien terveys- ja sosiaalitoiminta siirrettiin Helli-liikelaitokseen.

Yhteensä 50–60 miljoonan euron budjetilla haettiin usean miljoonan säästöjä. Todellisuudessa palvelurakenteelle ei tehty mitään, kustannukset vain nousivat ja Rääkkylässä koettiin, että tilaaja-tuottajamallissa häntä (liikelaitos) heilutti koiraa eivätkä luottamushenkilöorganisaation tahdonilmaisut välittyneet liikelaitokselle.

Liikelaitoksessa muodostettiin prosessiorganisaatio kolmeen linjaan: lapset, aikuiset ja ikäihmiset. Paikallistason tuntemus kärsi, kun lapsia ja vanhempia hoidettiin erikseen – aiemmin terveydenhoitaja tiesi, mitkä perheen ongelmista johtuivat mistäkin. Kun vielä lähipalvelut olivat katoamisvaarassa, Rääkkylän mitta oli täynnä ja se hyväksyi yksityisen pohjoismaisen yrityksen Attendo MedOnen ehdotuksen kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisvaltaisesta hoitamisesta 1.5.2011 alkaen. Kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistaminen kokonaisuudessaan yksityiselle on ensimmäinen tapaus laatuaan Suomessa.

Ulkoistuksen jälkeen perusterveydenhuollon taso on parantunut ja jonotusajat saatu lyhyemmiksi. Toisin kuin liikelaitoksessa, kullekin toiminnalle on rakennettu selkeästi määritelty tavoite ja mittari. Eri toimintojen mittarit eivät niinkään mittaa tehtyjä suoritteita, vaan kunnan väestön terveydentilaa, monesti niin, että kustannuskulma on mukana. Mittarit ja talousraportit tuotetuista ja käytetyistä palveluista hintatietoineen ovat ajantasaisia. Paradoksaalista kyllä, henkilöstön vaihtuvuus on nyt pienempi, mikä luo organisaatiolle edellytyksiä jopa yksittäisten perheiden tilanteen oppimiseen. Erityisesti Rääkkylässä arvostetaan takuuta kahdesta kokoaikaisesta lääkäristä sekä uutta psykiatrista sairaanhoitajaa. Töiden sisällöt on järjestelty aiempaa joustavammin, samoin palkitseminen. Lisäksi valtakunnallinen toimija on tuonut muualla maassa testattuja parhaita käytäntöjä ja toimintamalleja Rääkkylään.

Myös tilaajan eli kunnan ja toteuttajana toimivan yrityksen välille on rakennettu dynaaminen palkitsemisjärjestelmä, joka seuraa kullekin tarkkaan kuvatulle palvelutuotteelle rakennetun indikaattorin kehitystä (11 ennaltaehkäisevää palvelua, 18 hoitopalvelua ja 9 elämäntilapalvelua). Indikaattoreita on monentyyppisiä: esim. äitiysneuvolapalveluissa äitien painoindeksi vuosi synnytyksen jälkeen, ehkäisyneuvolapalveluissa nuorten naisten raskaudenkeskeytykset, mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa maksetut sairauspäivärahat, kotisairaanhoidossa asiakastytyväisyys jne. Olennaista on in-

dikaattorien keskittyminen mahdollisuuksien mukaan nimenomaan palvelujen lopputulokseen eli vaikuttavuuteen. Sopimus pitää sisälleen myös mahdollisuuden maksuosuuksien alenemiseen, jos palvelu ei toimi sovitusti. Valviran vaatimuksesta seitsemän henkilöä jäi kunnan palvelukseen viranhaltijoiksi käyttämään julkista valtaa virkavastuulla päätöksentekijöinä.

Mikä on heikentynyt? Iltapäivystykset ovat siirtyneet Kiteeltä (38 km päästä Rääkkylän kuntakeskuksesta) Joensuuhun (60 km), jossa yö- ja viikonloppupäivystykset olivat jo aikaisemminkin. Kustannukset ovat alkuvaiheessa karkeasti samaa tasoa kuin aiemminkin, mutta selkeämmin ennakoitavissa ja lisäksi sopimuksen dynamiikka kannustaa taloudellisempiin ratkaisuihin.

tien määrä laskuun ja hoitajakäynnit nousuun viimeisten kymmenen vuoden aikana. Turvallisuus voidaan taata sekä riittävällä koulutuksella, että sillä, että tiettyihin asioihin vaaditaan edelleen lääkärin puumerkki, vaikka suurimman osan työpanoksesta tekisikin hoitaja.

Perusterveydenhoidossa on saatu lääkärikäyntien määrä laskuun ja hoitajakäynnit nousuun

Usein muutos vaatii myös asennemuutosta: lääkärrien täytyy luovuttaa osa auktoriteetistaan ja oikeuksistaan, hoitajien täytyy olla valmiita ottamaan vastuuta, potilaiden täytyy uskoa ja luottaa

saavansa ihan yhtä hyvää – ja ennen kaikkea yhtä vaikuttavaa – hoitoa hoitaja Mutikaiselta kuin tohtori Matikaiselta. Avain on jyrkkien toimenkuvarajojen lieventämisessä.

Niin paljon kuin moniammatillisuudesta puhutaankin, ammattikuntarajat istuvat monin paikoin tiukassa – sairaaloissa lääkäreillä ja hoitajilla saattaa olla erilliset taukokuoneet, jolloin työyhteisön muodostuminen ja yhteenhitsautuminen on merkittävästi vaikeampaa ja hitaampaa. Toimenkuvien ja työtehtävien joustavoittamisella voidaan kuitenkin saavuttaa merkittäviä säästöjä.

Muutos vaatii myös asennemuutosta: lääkärrien täytyy luovuttaa osa auktoriteetistaan ja oikeuksistaan, hoitajien täytyy ottaa vastuuta, potilaiden täytyy uskoa

Nykyiselläänkin kunnallinen itsehallinto mahdollistaa terveyskeskuksen toiminnan organisoinnin monella tavalla (ks. Case Rääkkylä). Jatkossa – päädytäänpä mihin organisointimalliin tahansa – nykymuotoiset terveyskeskukset tulevat to-

dennäköisesti sijaitsemaan nykyistä harvemmassa ja niitä tulee olemaan vähemmän. Joustavuudella löytyy kuitenkin myös ratkaisu syrjäkylien terveydenhoitoon, joka nyt nielee paljon rahaa mm. matkakustannuksina. Erilaiset kiireettömät terveydenhoitotoimet kuten pistokset, rokotukset ja yksinkertaiset tutkimukset, kuten verenpaineet, kolesteroli, yms. voitaisiin mainiosti hoitaa keskitetysti tiettyinä vastaanottoaikoina. Esimerkiksi asiamiesposteista ja niiden toiminnasta voi löytyä paljon

toimintamalleja tällaisten terveystietokioskien tai osa-aikaisesti miehitettyjen sivutoimipisteiden hoitoon. Ensimmäisissä pilottikokeiluissa terveystietokioskeista on saatu rohkaisevia kokemuksia⁷.

Terveyspalvelujen käyttäjien tarvetta matkustaa voitaisiin vähentää ja myös matkakulusäästö sairausvakuutuksessa olisi merkittävä. Toimipisteet voisi organisoida luontevasti esim. apteekkien yhteyteen, kuitenkin niin, että terveydenhoitohenkilökunta olisi sekä koulutustaustaltaan että ”jäävyyssyistä” selkeästi eri kuin lääkkeitä myyvä henkilökunta.

Kuten edellä todettiin, erikoissairaanhoidon palvelu perusterveydenhoitoa nykyiselläänkin monella muullakin tavalla kuin hoitoketjun jatkokohoitopaikkana. Erityisesti konsultaatiot säästävät rahaa ja aikaa sekä lisäävät diagnoosin ja hoidon oikeellisuutta, jos perusterveydenhuollon henkilökunnalla on pääsy neuvonpitoon erikoisasiantuntijan kanssa mahdollisimman nopeasti ja joustavasti. Yksittäisissä kokeiluissa keskussairaalat ovat jopa allokoineet resursseja konsultaatioavuksi nimenomaan kunta-asiakkaiden ammattilaisten käyttöön.

Erikoissairaanhoidon kannustin tuottaa konsultaatioita on ollut lähinnä kollegiaalinen

Tähän asti se on merkinnyt erikoissairaanhoidolle mahdollisuutta padota tarpeetonta potilasvirtaa, kun potilaille on voitu toimittaa toimiva apu jo perusterveydenhoidon puolella. Näitä konsultaatioita ei kuitenkaan lueta erikoissairaanhoidon suoritteisiin, joiden perusteella kunnat maksavat erikoissairaanhoidosta kuntayhtymille. Näin

ollen erikoissairaanhoidon kannustin tuottaa konsultaatioita on ollut lähinnä kollegiaalinen, eikä näistä myöskään ole mitään raportointia tai tilastointia.

Joillakin erityisaloilla konsultointi voi olla kehittynyt hyvin pitkällekin, esim. ihosyöprien varhaisvaiheen tunnistamista voidaan tehdä fotonkonsultaationa, jolloin perustason lääkäri tai hoitaja ottaa valokuvan potilaan ihosta ja lähettää sen lausuntoa varten erikoistalolle ilman, että potilasta tarvitsee lainkaan käyttää ylemmällä tasolla. Asenne konsultaatioihin vaihtelee kuitenkin paljon aloittain ja alueittain.

3.4 Hoidon toimivuus ja oikeellisuus kohdalleen

Terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta mitataan monella tavalla. Perustavoitteita ovat hoidon oikeellisuus ja oikea-aikaisuus, jotka kytkeytyvät läheisesti potilaan oikeusturvaan ja hoitovirheisiin.

Tarkastelukulma ei painotu siihen, tuleeko potilas terveeksi, vaan siihen, että prosessi on edistynyt normien mukaisesti

Näissä tarkastelukulma ei – edellä olevaan viitaten – niinkään painotu siihen, tuleeko potilas terveeksi, vaan siihen, että prosessi on edistynyt normien mukaisesti ja hoitoketjun varrella toimijat eivät ole tehneet virheitä. Mikäli virheet ovat merkittäviä, on selvää, että potilas harvoin tulee terveeksi. Mutta hoidon lopputulosta määrittävät

tietenkin monet muutkin syyt. Näin ollen tiukan juridinen tarkastelukulma ei kerro paranemisesta mitään. Ja sitä paitsi johtaa helposti virheiden välttämiseen ja riskinoton karttamiseen silloinkin, kun riskittömiä hoitopäätöksiä ei ole vaihtoehtojen joukossa.

Virheet kuriin

Hoitovirheen määrittelylle ei itse asiassa edes ole mitään omaa juridista määritelmäänsä. Uusi terveydenhoitolaki puhuu ”laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuudesta”. Laissa potilaan oikeuksista puolestaan mainitaan hoitoonsa tyytymättömän potilaan oikeudesta tehdä muistutus – tyytymättömyyden syy voi olla mikä hyvänsä – ja potilasvahinkolaisissa puhutaan ainoastaan korvauksen suorittamisesta henkilövahingosta, jos on todennäköistä, että se on aiheutunut henkilöstön suoranaisestä törtöilystä.

Perusfilosofiana kajastaa taustalta epävarmuus: kaikissa tilanteissa voi sattua kaikenlaista, ja näin ollen on paha mennä sanomaan, että joku nimellinen hoitovirhe oli syypäänä hoidon ei-toivottuun lopputulokseen. Käytännön elämässä on toki laaja spektri erilaisia tapauksia: sattuu

selkeitä, puhtaasti inhimillisiä erehdyksiä tai sitten laiteviat tai muut vastaavat tekniset seikat johtavat tulkinta- tai toimenpidevirheisiin. Toisessa päässä skaalaa ovat täysin tulkinnanvaraiset tapaukset, joissa henkilökunta on yrittänyt parhaansa käytettävissä olevan tiedon pohjalta. Lainsäätäjä on kuitenkin halunnut kirjoittaa säädökset siten, että ne pikemminkin suojelevat hoitohenkilökuntaa ja

Lainsäätäjä on halunnut säädökset siten, että ne suojelevat hoitohenkilökuntaa ja sairaaloita syytöksiltä

sairaloita syytöksiltä rajatapauksissa kuin turvaavat potilaan oikeuksia virheettömään hoitoon.

Osa hoitovirheistä on selviä operatiivisia virheitä, ja tällaisista pidetään hyvin kirjaa. Nämä hoitovirheet ovat niitä, jotka nousevat otsikoihin: jos pihdit jäävät leikkauspotilaan vatsaan, virhe on selkeä ja hoito ei ole oikeellista. Iso osa poikkeamista oikeellisuudesta on eräänlaisia ”pehmeitä hoitovirheitä”. Nämä ovat jotain muuta kuin oikein tai väärin-tilanteita, vaan kyse on usein eriasteisista epätarkkuuksista prosessin suhteen. Toisinaan vastaan tulevaa tilannetta ei ole mallinnettu alun alkaenkaan riittävästi (lääketieteessä on paljon tuntematonta ja selittämätöntä), tai oireita, indikaatioita, tutkimustuloksia tms. luetaan väärin, tai sitten lähtöinformaatio on puutteellista tai väärää – mm. tietojärjestelmien puutteiden tai yhteensopimattomuuden vuoksi. Näistä ei aina myöskään seuraa haitallista tai virheellistä hoitoa, vaan usein tuloksena voi olla ainoastaan tehoton tai vajaatehoinen hoito.

Pohjimmiltaan hoidon oikeellisuus pitäisikin ymmärtää yhtä laajana kysymyksenä, kuin mistä nuortenlääkäri Elina Hermansonin esimerkki Lääkärilehdessä 35/2011 kertoo, potilaan sanoin:

”Sairastuin diabetekseen 7-vuotiaana. Hoitavaksi lääkärikseni tuli mustahiuksinen noita-akka. Hän pelotteli minut ja äidinkin aina tosi pahasti, ja mustasi koko tulevaisuuteni. Olisin 20-vuotiaana sokeana rullatuolissa enkä ikinä voisi saada terveitä lapsia. Pelkäsin lääkärikäyntejä niin paljon, että lopulta kieltäydyin menemästä kontrolleihin. Elin kuin viimeistä päivää, koska minulle oli toistuvasti sanottu, ettei minulla ollut mahdollisuutta miettiä muiden tavoin sitä, mitä teen isona.”

Vaikka henkilökuntaa ja terveydenhoidon yksiköjä valvotaan, rekламаatiomenettely on järjestetty ja suuri määrä erilaista ohjeistusta annettu niin valtakunnallisesti kuin yksiköissäkin, ei tarkkaa tietoa virheiden määrästä ole olemassa. Ulkomaalaisten vastaavien tutkimusten perusteella on arvioitu, että Suomessa kuolee yksi tuhannesta potilaasta vuodessa hoitovirheisiin sairaaloissa. Mitään tarkkaa tilastointia näistä laajassa mielessä ei kuitenkaan ole olemassa.

On arvioitu, että Suomessa kuolee yksi tuhannesta potilaasta vuodessa hoitovirheisiin sairaaloissa

On ihme, ettei virheitä satu vieläkin enemmän, kun otetaan huomioon, mikä määrä lääkkeitä sairaaloissa päivittäin käsitellään, minkä verran kotiutus päätöksiä tehdään ja kuinka vähän potilaiden oman osuuden (kuten lääkkeiden nauttimisen) suorittamista seurataan. Voimme vain olettaa, että enimmäkseen onni on myötä, vaikka sadat potilaskuolemat vuosittain onkin iso luku.

Sairaaloiden omaan toimintaan kohdistuva ennaltaehkäisevä työ on käytettävissä olevan tiedon valossa hyvin vaihtelevaa, eikä se ole systemaattista. Esimerkiksi infektioiden estämisen pitäisi lähteä liikkeelle jo rakennussuunnittelusta, rakennusmateriaalien valinnasta ja väistötilojen pohdinnasta, mutta näin ei kaikkialla ole. Myös yliopistosairaaloiden omien keskitettyjen ennaltaehkäisevien tukitoimintojen sisältö ja taso vaihtelee.

Sairaaloiden omaan toimintaan kohdistuva ennaltaehkäisevä työ on hyvin vaihtelevaa

Parhaat esimerkit virheiden ehkäisyssä ovat erinomaisia, kuten esim. anestesia-aineiden annosteluun liittyvän tiedon kerääminen ja kehittäminen keskitetysti, hyytymiseen liittyvien ongelmien neuvonta päivystystyyppisenä kontaktikeskustoimintana, kirurgisten operaatioiden käynnistäminen nimenhuudolla ja instrumenttistojen läpikäynnillä, jne. Yliopistosairaalat kuitenkin rahoittavat tällaisten uusien innovaatioiden kehittämistä omista varoistaan henkilökunnan innostuksen varassa, eivätkä ne välttämättä leviä valtakunnallisiksi parhaiksi käytännöiksi saati sitten turvallisuus- ja luotettavuusnormeiksi.

Kaiken kaikkiaan Suomessa tulisi panostaa paljon enemmän ja systematisemmin hoitovirheiden ja potilasvahinkojen ehkäisemiseen. Minimitason tulisi olla sellainen, ettei kukaan tule sairaalassa ainakaan sairaalan ansiosta sairaammaksi kuin mitä oli sinne tullessaan!

Hoidon tavoite selkeäksi

Oma lukunsa on se joukko tauteja, joita ei voida parantaa tai joita ei lähdetä parantamaan. Tällöin sekä syyt, miksei parantamista edes yritetä, että hoidon tavoitteet – mihin pyritään paranemisen sijaan – tulisi viestiä potilaille ja omaisille mahdollisimman selkeästi. Syitä, miksi hoidolla voi olla muitakin tavoitteita kuin parantaminen, on monia: esimerkiksi potilaan kunto voi olla niin huono, että hoitotoimenpiteistä aiheutuva riski tai haitta on suurempi kuin sairauden aiheuttama haitta.

Joihinkin vakaviin sairauksiin voi olla ainoana parantavana hoitomuotona esim. elinsiirto, joka edellyttää sitä, että tiedossa on sopiva luovuttaja. Tapaukset, joissa taloudelliset tekijät olisivat radikaalisti sanelemassa hoitoratkaisuja hoitopäätöstä tehtäessä, ovat sellaisenaan harvinaisia, sillä lääketieteellisten kriteerien tulisi ratkaista hoitopäätös. Silti vaihtoehtoisten hoitomuotojen harkinnassa taloudellisilla seikoilla voi olla merkitystä. Muita mahdollisia hoidon tavoitteita ovat tyypillisesti omatoimisuuden asteen kohottaminen, parempi elämänlaatu tai pienemmät kivut ja tuskat.

Varsinaista tilastointia siitä, milloin hoidon tavoitteet ovat muita kuin paraneminen, ei kuitenkaan ole olemassa. Samalla kun kaikkien potilaiden hoitoprosessien tavoitteet hoidon loppuun asti ylipäättään täsmennyvät hoitosuunnitelmissa, päästään näkemään, minkä verran näitä muita tavoitteita hoidolla käytännössä on.

Silloinkin kun puhutaan paranemisesta, olisi syytä täsmentää, mitä sillä tarkoitetaan: mille tasolle terveydentila on määrä palauttaa. Poti-

Kun puhutaan paranemisesta, olisi syytä täsmentää, mitä sillä tarkoitetaan: mille tasolle terveydentila on määrä palauttaa

laalle tehtävässä hoitosuunnitelmassa on harvoin määritelty tavoitetasoa, ja varsinkin nuoremmalle potilaalle, joka on työkykyinen sairastuessaan tai tapaturman sattuessa, odotusarvo on useimmiten paluu terveydentilan heikkenemistä edeltävälle tasolle. Aina ei tietenkään ole mahdollista heti sanoa, mille tasolle terveydentila voidaan palauttaa, mutta tämänkin määrittely, viestiminen ja hoitopro-

sessin arvioiminen suhteessa valittuun tavoitetasoon ovat vielä harvinaisia tapauksia eikä mikään pääsääntö.

Kun lisäksi hoitoprosessi ja -ketju on mallinnettu (ja seurattu sekä valvottu) hyvin tarkkaan vain alkuvaiheessaan, ei ole mikään ihme, että meillä ei loppujen lopuksi ole kovinkaan tarkkaa kuvaa terveydenhoidon tuloksellisuudesta: emme tiedä, mihin on tarkoitus päästä valituilla toimenpiteillä, emmekä myöskään tiedä, onko kaikkia tarpeellisia toimenpiteitä tehty riittävästi ja hoitoprosessi viety loppuun.

Esimerkiksi lopputarkastus järjestetään usein hoitoprosessin viimeisenä vaiheena siten, että tavoitteena olevaa terveydentilaa ei vielä ole saavu-

Meillä ei loppujen lopuksi ole kovinkaan tarkkaa kuvaa terveydenhoidon tuloksellisuudesta

tettu, vaan esim. lääkityksen viimeinen vaihe on vielä käynnissä. Kuitenkin vasta koko hoidon päätyttyä on mahdollista arvioida, onko potilas

Järjestelmään on sisäänrakennettu oletus, että jos potilaasta ei kuulu enää mitään, tämä lienee terve

todella parantunut – käytännössä järjestelmään on sisäänrakennettu implisiittinen oletus, että jos potilaasta ei kuulu enää mitään, tämä lienee terve.

Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa tehtävien isompien ortopedisten toimenpiteiden jälkeen potilas saa usein kuntoutusta perusterveydenhoidon puolella. Ainakin joissakin kunnissa potilas ja fysioterapeutti tekevät kyllä yhdessä hoitotavoitteet,

joissa on hyvinkin yksityiskohtaisesti määritelty liikuntakyvyn termein tavoitteena oleva tila. Sekä tavoitteet että tulokset raportoidaan kuntoutusjakson päättyessä vastuulääkärille erikoissairaanhoitoon, mutta tällä ei useimmiten ole aikaa tai kiinnostusta edes lukea raporttia, sillä seuraavat

potilaat ovat jo tulossa leikkauspöydälle ja huomio on heissä. Vastuu potilaasta ja tämän paranemisesta jää ilmaan.

Vastuu potilaasta ja tämän paranemisesta jää ilmaan

Siihen nähden, kuinka huolellisesti hoitoprosessin alkuvaihe on suunniteltu ja kuinka paljon energiaa käytetään hoitoon pääsyn organisoimiseen ja valvontaan, on nurinkurista, että meillä ei ole juurikaan käsitystä siitä, onko kaikki alkupään tohina ollut hyödyllistä vai ei.

Alan ihmiset itekin myöntävät, että esim. kuntoutuksen ohjaus, prosessi ja rahoitus on sekavaa. Ei ihme, jos ottaa huomioon säädösten sekavuuden⁸. Kuntoutussuunnitelma kuuluu kuntoutettavalle tehdä, mutta missään ei mainita kenen vastuulla se on, kunhan se sovitetaan yhteen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestävän tahon kanssa. Kelan puolella lääkinnällinen kuntoutus onkin sitten harkinnanvaraisesti korvattavien asioiden joukossa. Minkään muun hoitoprosessin ja ketjun osalta maksu-miehen löytäminen ei ole samalla tavoin harkinnanvaraisuuden takana.

3.5 Sitä saadaan, mitä mitataan

Julkinen terveydenhoitomme on kustannustasoltaan yksi alhaisimmista läntisessä maailmassa (ks. kuvio 5), mutta toimiiko se tehokkaasti? Ennen kuin tähän lähdetään vastaamaan, on todettava, että terveydenhuollon tuottavuudesta tiedetään paljon enemmän kuin sen tehokkuudesta. Eniten tiedetään sairaanhoidon tuottavuudesta, joka vaikuttaa hyvältä.

Suomen ja Norjan vertailussa suomalainen sairaala hoitaa samanlaisesta terveysongelmasta kärsivän potilaan koko hoitopisodin 37 prosenttia pienemmillä kustannuksilla kuin norjalainen sairaala. Noin kaksi kolmannesta tehokkuuserosta selittyy Suomen alhaisemmalla palkkatasolla ja noin kolmannes tuotannollisella tehokkuudella (mukaan lukien henkilöstön määrä)⁹.

Toisaalta myös suomalaisten sairaaloiden välillä on eroja. Samoista terveysongelmista kärsivien hoidon kustannukset voivat vaihdella jopa 40 prosenttia eri sairaaloiden välillä¹⁰. On hyvä muistaa, että yleisesti ajatellaan tehokkuuden olevan merkityksellisempää kuin tuottavuuden, kun kyse on julkisista palveluista.

Mitä mittarit oikeasti kertovat?

Kaiken mittaamisen ongelma on se, että sitä saadaan, mitä mitataan. Jos oviaukkoon laitetaan valokenno, on hyvin vaivatonta saada selville, montako ihmistä siitä päivän mittaan kulkee ohi ja vuoden lopussa potilaskäyntien tilasto on syntynyt kuin itsestään. Mutta käyntien väheneminen voi kertoa terveydenhoidon tehokkuuden kasvusta, palvelujen saatavuuden heikkenemisestä, palvelujen tavoittavuuden heikkenemisestä, vaihtoehtoisten hoitotapojen suosion kasvusta, hoitoon hakeutumisen laiminlyönnistä kokonaan tai muutoksista hoitoprosessissa itsessään.

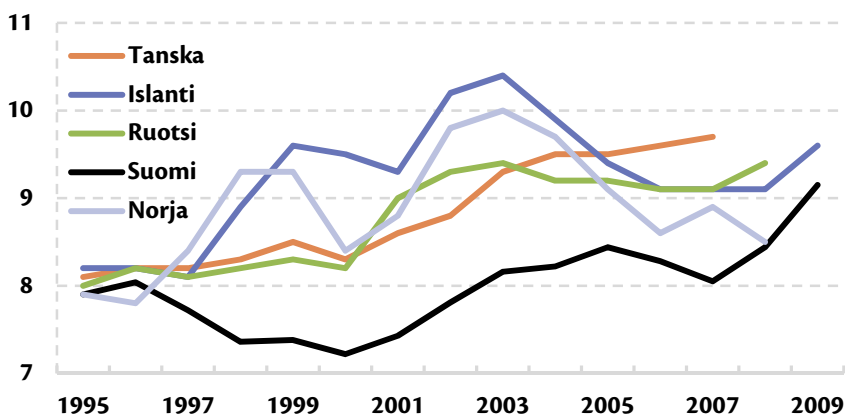
Syiden väliset erot ovat mittaamisen mielekkyyden kannalta dramaattisia, mutta tästä huolimatta käyntimääriä (sekä käyntimäärien johdannaisia, kuten vakiointi potilasta kohti, 100 000 asukasta kohti jne.)

pidetään yhtenä tehokkuuden keskeisistä indikaattoreista niin perus- kuin erikoistasolla, yksityisellä, julkisella ja työterveyspuolella.

Helppojen ja vaivattomien mittarien, niillä saatujen tulosten ja niiden johdannaisten sijaan pitäisikin keskittyä mittareihin, jotka ovat relevantteja koko potilaan paranemisen, tai ainakin tavoiteltavan terveydentilan kohentamisen kan-

nalta. Muuten jämähdetään nykytilanteeseen, jossa sekä säädökset että valvonta-apparaatti ovat keskittyneet mittaamaan ja sanktioimaan uhkasakoin hoitoprosessissa tunnistamia pisteitä (kuten vastaanotolle pääsy,

Helppojen mittarien sijaan pitäisikin keskittyä mittareihin, jotka ovat relevantteja paranemisen kannalta



Kuvio 5 Terveydenhuoltomenot suhteessa bkt:seen Pohjoismaissa 1995–2009, %
(Lähde: THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009).

lähetteen käsittely tai leikkausjono – ks. kuvio 6), eivät niinkään kokonaisuutta tai tuloksellisuutta.

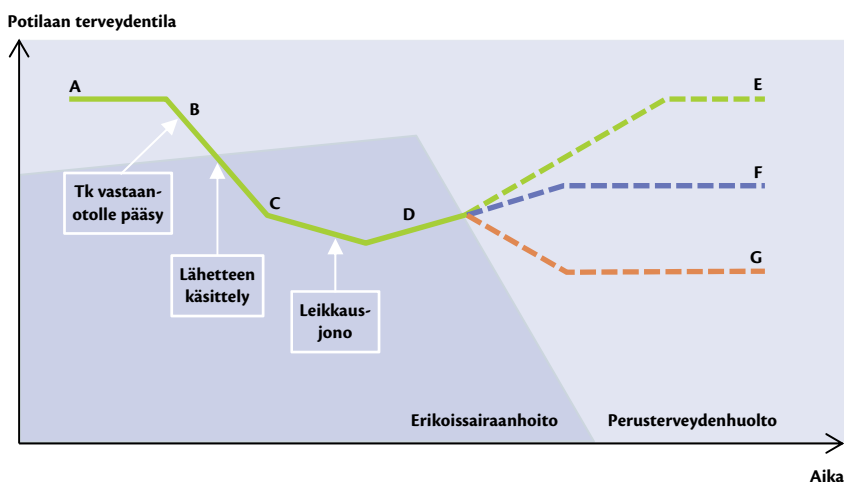
Tämä ulkokohtaisten mittareiden tarkkailuun keskittyvä ajattelutapa kiteytyy uudessa terveydenhoitolaissa, jonka 6. luku on omistettu kii-reettömään hoitoon pääsulle määrääkojen määrittelyn kautta. Velvoit-teiden ehdottomuutta kuvastavat sekä uhkasakko- jen määräämiskäytäntö että lain nimenomainen maininta ostopalvelujen käyttämisestä, jollei hoi-toa voida itse järjestää.

Ulkokohtaisten mit-tareiden tarkkailuun keskittyvä ajatteluta-pa kiteytyy uudessa terveydenhoitolaissa

Hoitoon pääsyn tarkasteleminen ei kuitenkaan lähtökohtaisesti kerro mitään siitä, tulevatko poti-laat lopulta hoidetuiksi. On varsin mahdollista – ja jopa todennäköistä – että organisaation huomio keskittyy siihen, mitä mitataan eikä parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Paine hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi julkisessa terveydenhoidossa aiheutuu osaltaan myös siitä, että nopea hoitoon pääsy on eräs tärkeimpiä yksityisen terve-ydenhoidon markkinoinnissaan käyttämiä argumentteja.

Mutta tavat, joilla hoitoon pääsyä valvotaan, eivät lopulta välttämättä edes kerro varsinaisesti hoitoon pääsystä.

Yhteydenottomahdollisuutta terveyskeskukseen mitataan puhelin-kontaktin saamisella¹¹. Tämä on siinä mielessä nurinkurista, että yk-sityinen sektori on ottanut enenevässä määrin käyttöön yhteydenot-tokanavakseen sähköisen ajanvarauksen internetissä, joten paraskaan puhelinjonoon pääsy ei tuota toivottua kilpailutilanteen tasoittumista



Kuvio 6 Hoitoon pääsyn määritellyt ja valvotut pisteet hoitoprosessin varrella

A = Terveyden lähtötaso, B = Terveydentilan heikkeneminen, C = Diagnoosi ja hoidon aloitus, D = Aloitetun hoidon havaitaan toimivan, E = Terveydentila palautuu ennalleen, F = Terveydentila palautuu osittain, G = Terveydentila jää pysyvästi heikommaksi

julkiselle puolelle niin kauan kuin käytössä on yksinomaan puhelimitse lähestyminen ja suorituskykyä mitataan vain puhelinkanavan perusteella.

Internet-ajanvarauksen edut puhelinkontaktiin verrattuna ovat ylivoimaiset: se ei sido henkilöresursseja – sen enempiä terveyskeskuksessa

Vastaanottoaikojen varaus vain kello 8–9 aamulla, on monille kohtuuton vaatimus

kuin kuluttajankaan päässä. Kuluttajalla on mahdollisuus tarkastella ja valita itselleen sopivia vapaita aikoja kotonaan silloin kun hänelle itselleen sopii. Jos kunta on järjestänyt esimerkiksi vastaanottoaikojen varauksen tapahtuvaksi vain kello 8–9 aamulla, on monille kohtuuton vaatimus yrittää

järjestää työ tai opiskelu sen mukaan, että pystyy istumaan tuon tunnin puhelinjonossa.

Puhelinkontaktia voidaan perustella sillä, että samalla voidaan suorittaa hoidon tarpeen arviointia. Näin käytännössä myös tapahtuu, kun puhelimeen vastaava ammattilainen koettaa jakaa niukkuutta eli saman tai lähipäivien aikoja kiireettömään hoitoon mahdollisimman kitsaasti.

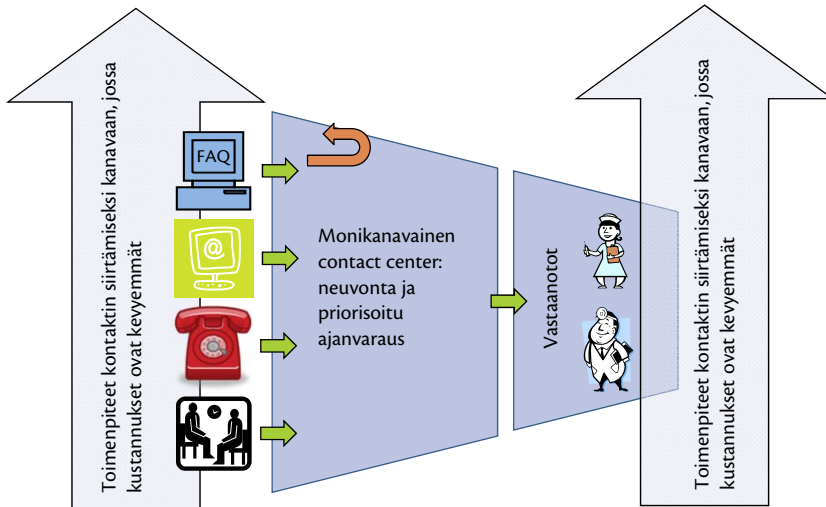
Yhteys auki sujuvammin

Kun kuitenkin muistetaan, että kunnilla on nykyisin kohtuullisen hyvin toimivat terveydenhoidon palvelunumerot, joista saa terveysneuvontaa ympäri vuorokauden, niin olisi järkevää yhdistää tämä toiminta sekä neuvonnan ja ajanvarauksen toiminnot contact center –toiminnaksi.

Sähköisiä ajanvarausjärjestelmiä on aivan viime aikoina otettu ainakin koekäyttöön yhä useammassa kunnassa, mutta monesti niistä saa varattua vain hoitajan, ei lääkärin vastaanottoaikoja. Järjestelmän – sähköisenkin – pitäisi kuitenkin olla rakennettu niin, että se tukisi oikeanasteista asian-
tuntemusta oikeaan vaivaan. Tällöin tarpeeton lääkäriaikojen kuormitus saataisiin siirrettyä hoitajavastanoille. Jos sähköiseen ajanvaraukseen yhdistettäisiin lisäinformaatiota potilaan ongelmasta, vaikka vapaamuotoisena tekstikenttänäkin, se helpottaisi priorisointia ja tuottaisi hoitohenkilökunnalle ennakkoinformaatiota.

Puhelinjonon vahtimisen sijasta koko puhelimesta pitäisi päästä eroon ja keskittyä sähköiseen asiointiin etenkin yksinkertaisemmissa tapauksissa. Tätä varten ei tarvitse jäädä odottamaan massiivista kaikkien tietojärjestelmien remontointia tai lakiuudistusta.

Kuviossa 7 on esitetty karkea malli, miten yhteydenotot voitaisiin järjestää monikanavaiseksi contact centeriksi yhdistämällä nykyinen terveydenhoidon neuvonta ja ajanvaraus sekä vielä uutena toimintona FAQ-toiminto (usein kysytyt kysymykset, linkit itsehoitoon). Tavoitteena tällöin olisi tuottaa mahdollisimman laadukas vastaus potilaan huoleen ja hätään mahdollisimman edullista kanavaa pitkin. Toiminnan organisointi tulisi tehdä myös siten, että kansalaisia kannustetaan käyttämään edullisia kanavia, ensisijaisesti tarkistamaan usein kysytyistä kysymyksistä apu vaivaan, toissijaisesti hoitamaan asiansa sähköisellä ajanvarauksella



Kuvio 7 Ajanvarauksen ja neuvonnan järjestäminen monikanavaiseksi contact centeriksi

ja/tai neuvonnalla, sen jälkeen puhelimitse ja viimesijaisesti henkilökohtaisella käynnillä.

Perus- ja erikoissairaanhoidon neuvonnan nykyisin käsittelemät puhelumäärät ovat massiivisia (esimerkiksi pääkaupunkiseudun 10023-palvelussa yli 300 000 puhelua vuodessa). Neuvonta myös toimii: asiakastytyväisyyskyselyn mukaan soitto pääkaupunkiseudun terveysneuvontapalveluun korvasi kolmelle neljästä puhelun ja joka toiselle käynnin terveysasemalle. Lähes kaikki palvelua käyttäneet suosittelevat sitä myös muille. Tähän puhelunpalveluun ei kuitenkaan kytkeydy nykyisellään minkäänlaista www-, chat- tai sähköpostipalvelua.

Tämänkaltaisen toiminnan organisointi ja laatu tulisi kytkeä osaksi hoitotakuun toteutumisen seuranta. Nykyisellään hyvin toimiva neuvonta on omana erillisenä toimintonaan eikä STM:n ja THL:n valvonta ja seuranta koske sitä. Toiminnan pitäisi myös olla perus- ja erikoissairaanhoidon yhdessä järjestämää.

Tavoitteena tulisi olla, että kiireettömille hoitaja- ja lääkäri vastaanotolle tullaan silloin, kun pelkkä neuvonta ei yksin riitä, potilasturvallisuutta kuitenkaan vaarantamatta. Neuvonnan epävirallinen asema hoitoketjun ensimmäisenä lenkinä tulisi virallistaa ja vakiinnuttaa.

Neuvonnan asema hoitoketjun ensimmäisenä lenkinä tulisi virallistaa ja vakiinnuttaa

Hoitoon oikealla hetkellä

THL:n seurantatilaston mukaan kesäkuussa 2011 kansalaisten pääsy erikoissairaanhoitoon on nopeutunut. Hoitotarpeen arvioinnin aloittamisen nopeutuminen näkyi läheteiden käsittelyaikojen lyhentymisenä.

Erikoissairaanhoidon jonot keskittyvätkin muutamille erikoisalaille: suurimpia ovat kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä silmätaudit.

Lainsäädäntö ja seuranta eivät juuri ota huomioon sitä, että erityyppisten sairauksien kohdalla jonottaminen ja odottaminen on hyvin erilaista: iso osa kirurgisin keinoin korjattavista vaivoista on sellaisia, joita voi todella kutsua kiireettömiksi.

Esimerkiksi lonkan nivelrikoissa monesti suositaan ensin pehmeämpiä menetelmiä ja seurataan tilanteen kehittymistä ennen kuin turvaututaan leikkaukseen, koska sairauden aiheuttama elämälaadun heikkeneminen voi olla vähäistä. Ortopedit suosittelevat yleensä leikkausta vasta, jos kivut yltyvät suuriksi ja liikkuminen käy vaikeaksi. Näin ollen leikkausjono ei kerro ”hoitotakuusta” kuin teknisiä lukuja – se, millaisten oireiden ilmetessä ja millaisen tilanteen kohdalla potilas laitetaan jonoon, vaihtelee hyvin paljon.

Toiselle jonotus on yhtä tuskaa ja yksinkertaisesti liian pitkä, vaikka teknisesti kyseessä onkin kiireetön eikä akuutti hoitotarve. Toisella taas elämä jatkuu kohtuullisena, vaikkei edes vielä olisi jonossa. Kiireettömään hoitoon pääsy on kaiken kaikkiaan tavattoman ongelmallinen hoitotakuun seurantakohte: se merkitsee sitä, että joudutaan määrittelemään, mikä on kiireetöntä ja milloin taas on kiire.

Itse asiassa STM:n Kiireettömän hoidon yhteinäistämisohjeissa vuodelta 2005 todetaankin suoraan, että ”*sisätautialojen kriteereitä tulkittaessa on huomioitava, että valtaosa sisätautierikoisalalan hoitoa vaativista potilaista tarvitsee hoitoa päivystyksenä tai kiireellisesti. Raja kiireettömään hoitoon on usein liukuva ja voidaan määrittää vasta sitten, kun diagnoosiin on päästy*”¹².

Lisäksi tietyissä sairauksissa on vielä oma sykkinsä. Hyvä esimerkki ovat tietyt syövä, joissa potilas voi kokea, että häntä ei oteta vakavasti, jos aika ensioireista lopulliseen diagnoosiin ja sitten vielä leikkaukseen pääsyyn tuntuu pitkältä – kuten syöpäpäpäilyn ollessa kyseessä helposti tuntuu. On kuitenkin täysin mahdollista, että potilas ei todellisuudessa ole jonossa, vaan esim. laboratoriotutkimusten tuloksien valmistuminen riittävän luotettavasti ottaa aikaa.

Koska juuri syövässä hoitopolut, tutkimukset, diagnostiikat, jatkohoidot yms. ovat hyvin yksilöllisiä, potilaita helpottaisi, jos heillä olisi mahdollisuus ”paikallistaa” oma sijaintinsa hoitoprosessissa. Jos nykyään pystyy internetissä seuraamaan kuriiryhtiön kuljettaman postipaketin kulkua reaaliajassa sen matkalla maapallon puolelta toiselle – sinänsä täysin hyödytöntä, mutta asiakkaan hallinnan ja turvallisuuden tunnetta lisäävää informaatiota – niin luulisi erityisesti vakavissa sairauksissa olevan mah-

Kiireettömään hoitoon pääsy on kaiken kaikkiaan tavattoman ongelmallinen hoitotakuun seurantakohte

Potilaita helpottaisi, jos heillä olisi mahdollisuus ”paikallistaa” oma sijaintinsa hoitoprosessissa

dollista rakentaa vastaava navigointiesitys hoitoprosessin kulusta ja potilaan paikasta siinä.

Nyt esim. yksityinen syöpäsairaaloiminta houkuttelee asiakkaita julkiselta puolelta juuri tällaisella turvallisuuden tunteen lisäämisellä.

3.6 Ruohonjuuresta lähtevää prosessin parannusta kannustettava

Kuten edellä on käynyt ilmi, sekä hoitoprosessi että palvelukonteksti ovat suomalaisessa terveydenhuollossa kaikkea muuta kuin valmiit. Se ei merkitse sitä, että Suomessa seisottaisiin tumput suorina, päinvastoin, maassa on käynnissä paljon erilaisia projekteja ja hankkeita asioiden kohentamiseksi. Kaikki hankkeet eivät kuitenkaan ole yhtä tehokkaita.

Terveydenhoidon kehittäminen on viime aikoina ollut keskusjohtoista sen jälkeen, kun – hiljaisesti – tunnustettiin, että 60- ja 70-lukujen kansanterveysuudistukseen sisältynyt erittäin suuri kuntien autonomia, joka vain kasvoi 90-luvun alun valtio-osuus uudistuksen jälkeen, on johtanut tasa-arvon vähenemiseen eikä kasvamiseen – päinvastoin kuin alun perin oli tarkoitus.

Terveydenhoidon kehittäminen on viime aikoina ollut keskusjohtoista

”Suuret kansalliset hankkeet”

Keskusjohtoisesti on kanavoitu rahaa hyvin erilaisiin kehityshankkeisiin, joista osa on varsin raskaitakin. Viimeaikaiset hankkeet ovat olleet pääasiassa osa lopuillaan olevaa vuosien 2008–2011 massiivista Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa (*Kaste*). Kyseessä ei ole mikään pieni harjoitus: neljän vuoden budjetti kehittämiseen on sata miljoonaa euroa eli saman verran kuin kuuden vuoden valtionosuuksien tasokorotukset tai puolet *Mehiläinen*-konsernin vuosiliikevaihdosta.

Ohjelmaa valmistettaessa järjestettiin kuulemisia – ensisijaisesti kuntien sosiaali- ja terveysjohdolle. Ohjelma suuntautuukin vain yhteen kolmesta terveydenhoidon linjasta, työterveyshuolto ja yksityinen sektori eivät ole mukana sen enempää toimijoina kuin kohteinaakaan.

Kasteen tavoitteina ovat muun muassa ”kuntalaisten” osallisuuden lisääntyminen, syrjäytymisen vähentyminen sekä hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen. Siksi luulisi olevan tähdellistä kutsua työhön mukaan kaikki tahot, jotka näiden asioiden parissa muutenkin tekevät töitä ja jotka edustavat merkittävää osaa suomalaisesta terveydenhoidosta, mitataan tätä euroilla, sairauspäivillä, henkilöluvulla tai henkilöstömäärillä.

Työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhoito ovat irrallaan kehitysprojektitoiminnasta. Tämä ei voi olla järkevää resurssien käyttöä.

Työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhoito ovat kuitenkin käytännössä kokonaan irrallaan kehitysprojektitoiminnasta. Ei voi olla järkevää resurssien käyttöä, että näiden osaamista ei saada mukaan kansalliseen kehitystoimintaan – täs-

sä suhteessa julkinen terveydenhoito muodostaa muusta yhteiskunnasta erillisen, omalakisensa saarekkeensa.

Kasteessa kunnat ja kuntayhtymät voivat saada valtionavustusta kehittämistoimintaan, joka edistää hankkeen tavoitteiden toteuttamista. Niinpä ei ole ihmeäkään, että kunnat ja kuntayhtymät ovat keksineet mitä erilaisimpia hankkeita, joihin sata miljoonaa euroa saataisiin käytettyä.

Potilaskeskeisyyttä edistävästä hankkeista maininnan arvoinen on Potilas kuljettajan paikalla -hanke (*Potku*). Sitä on toteutettu Väli-Suomen perusterveydenhuollossa keskeisenä tavoitteenaan pitkäaikaissairaiden potilaiden mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja hoidon toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluja terveyskeskuksissa. Jokaisella pitkäaikaissairaalla on yksilöllinen ja strukturoitu hoitosuunnitelma, jonka laatimiseen potilas on itse osallistunut. Keinovalikoimaan kuuluvat mm. ryhmäohjaus, terveysvalmennus ja sähköiset omahoidon tukipalvelut. Terveyskeskuskäynnit ovat kaikki ennalta suunniteltuja ja ammattilaisen työnjako sekä vastuut on määritelty.

Tuntuu kummalliselta, että muiden alojen normaalit toimet muuttuvat terveydenhoidossa erityisiksi kehityskohteiksi

Vaikka *Potku* on selvästi tolkun projekti, niin tuntuu kummalliselta, että muiden alojen organisaatioiden normaalit, käytännönjärkiset toimet muuttuvat terveydenhoidossa erityisiksi kehityskohteiksi.

Potkun kohdalla tavoitteisiin on kirjattu esim. ”terveyskeskusten palveluvalikoima on rakennettu potilaiden palvelutarpeen mukaisesti”, ”kehittämistyössä otetaan käyttöön vaikuttavaksi todetut lähestymistavat ja menetelmät”, ”potilaan kanssa tehtävässä päätöksenteossa käytetään Käypä hoito -suosituksia ja muita näyttöön perustuvia tietolähteitä” sekä ”noudatetaan yhteisesti sovittuja tietojärjestelmiin kirjaamiskäytäntöjä”.

Ja edelleen: Etelä-Suomen kuntien 2010–2012 kestävässä *Kaste*-osahankkeessa *Hyvä vastaanotto* opetetaan tiimejä omaksumaan periaatteita kuten ”tämän päivän työt tehdään tänään”, ”yhdelle ajalle varataan vain yksi potilas”, ”ajanvarausaikoja on luokiteltu mahdollisimman vähän erilaisiin kiireellisyysluokkiin”, jne. Eräässäkin terveyskeskuksessa, loppuraportin mukaan, ryhdyttiin kiinnittämään huomiota ei vain siihen, että potilaalle tulee jatkohoitosuunnitelma, vaan myös siihen, että ”vastaanotolta lähtiessä potilaille annettavassa jatkohoitosuunnitelmassa tulee olla potilaan nimi”.

Eikö tällaisten asioiden tulisi olla terveydenhuollossa itsestään selviä? Mihin suomalainen, laadukkaaksikin väitetty terveydenhoitojärjestelmä sitten oikein aiemmin on perustunut, jos yleisesti saatavilla olevien alan normeina toimivien hoitosuosituksen käyttöön ottaminen, jonkinlaisen standardin käyttäminen tietojärjestelmäkirjauksissa – ja viime kädessä järjen käytön systematisointi ja huolellisuus – ovat alalle kuumia uutuuksia?

Jotta *Potkusta* ja *Hyvästä vastaanotosta* ei tulisi liian negatiivinen kuva, on kuitenkin syytä mainita, että niillä on selvästikin ollut iso merkitys henkilökunnan innostajina palvelunäkökulman mukaan ottamiseen.

Muualtakin maailmasta voidaan siirtää toimivia käytäntöjä pienellä vaivalla Suomeen

Vaikka ne ovatkin keskushallintolähtöisiä, niissä on rakennettu paljon ruohonjuuritason parantamista. *Hyvä vastaanotto* on myös esimerkki hankkeesta, jossa pyörää ei tarvitse keksiä itse, sillä sen opit on kopioitu Ruotsista. Muualtakin maailmasta voidaan siis dokumentoidusti siirtää toimivia käytäntöjä pienellä vaivalla Suomeen.

Lisäksi on syytä erikseen mainita, että suomalaiset terveydenhoidon ammattilaiset eivät valtaosin suinkaan ole pelkästään lääke- tai hoitotieteellisesti orientoituneita tai palveluhaluttomia. Kuten Vantaan Tikkurilan terveysaseman *Hyvä vastaanotto* -loppuraportissa todetaan:

Uusien toimintatapojen kehittäminen ja niiden kattava implementointi varsinkin isossa työyhteisössä vaatii päämäärätietoisuutta, pitkäjänteisyyttä sekä laajaa sitoutuneisuutta. Lisäksi se vaatii mahdollisuutta riittävään ajankäyttöön suunnittelun ja seurannan osalta. Kaikkineen tämä on haaste sekä johdolle että henkilökunnalle. Hyvä vastaanotto -projekti on auttanut lähestymään vastaanotto toiminnan kehittämistä, antanut konkreettisia keinoja kehittää ja mitata toimintaa ja kannustanut niiden käyttämiseen.¹³

Spontaania kehittämistä ei saa tappaa

Se, ettei missään vaiheessa ole opetettu tuotantotaloutta eikä palvelukontekstia olennaisena osana oman toiminnan organisointia – kuten muissa palveluelinkeinoissa – ei merkitse, etteikö tähän oltaisi motivoituneita ja ymmärrettäisi sen lisäävän työmotivaatiota, helpottavan kiireitä ja sujuvoittavan hoitoprosessia, kunhan työkaluja saadaan käyttöön. Terveydenhoitojärjestelmän johtamiseen on kuitenkin saatava palvelukontekstin osaaminen entistä vahvemmin mukaan lääketieteellisen ja hoidollisen osaamisen rinnalle.

Jo potilaan ohjeistaminen aiempaa paremmin oman osuutensa hoitamiseen sujuvoittaa järjestelmää

Jo pelkästään vastaanottojen sisällön suunnittelu ja sen kytkeminen ajanvarauksiin ja potilaan ohjeistaminen aiempaa paremmin oman valmistavan osuutensa hoitamiseen hoitoprosessin eri vaiheessa sujuvoittaa järjestelmää ja vähentää turhia käyntejä (kuvio 8).

Pieniä askeleita on siis saatu otettua. Mutta sitten kun ministeriö – toki hyvää tarkoittaen ja kiukkuisten kansalaisten paineessa – asettaa uusia tavoitteita, kuten puheluihin vastaamisen viiden minuutin sisällä, joudutaan siirtymään prosessin parantamisesta yhden yksittäisen hoitoprosessin pisteen paikkaamiseen kuin puristamalla hammastahnaa tuubissa yhdestä kohdasta toiseen.

Tyypillinen ratkaisu on takaisinsoittojärjestelmään investointi. Tällöin automaatti ilmoittaa aamulla, monenko tunnin päästä terveyskeskuksesta soitetaan takaisin. Takaisinsoittojärjestelmillä ei kuitenkaan ole kykyä tunnistaa asiakkaita tai näiden tarpeita prosessia eteenpäin vievällä tavalla, joten soittojen määrä ei vähene. Lisäksi luvutulla takaisinsoiton odotusajan tuntimäärällä ja todellisuudella ei välttämättä ole mitään tekemistä toistensa kanssa, koska takaisinsoittojärjestelmän ohjelmoitavuus on rajallista. Näin kiukkuisten asiakkaiden määrä vain kasvaa.

Kaikki tällainen ylimääräinen organisoiminen ei välttämättä lisää todellista tai koettua palvelutasoa, vaikka ministeriön raportteihin tuleekin merkintä uusien, entistä tiukempien ohjeistuksien noudattamisesta.

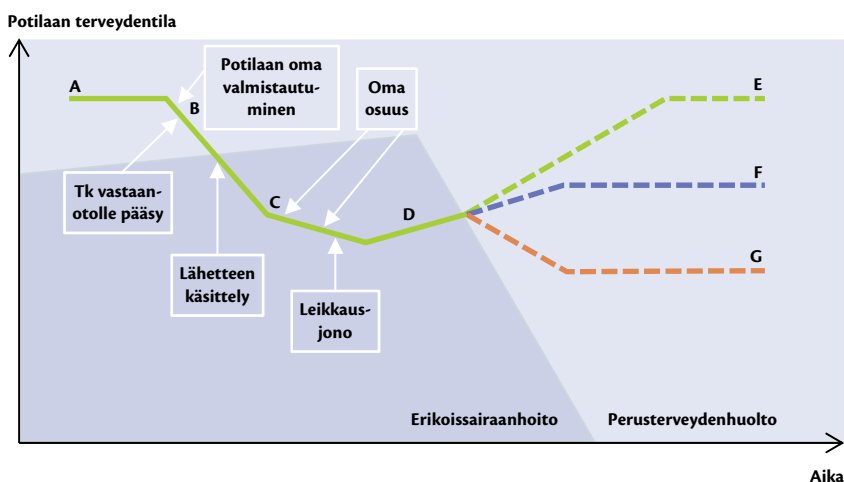
Puhelinjärjestelmien myyjät ovat ne, jotka tästä hyötyvät eniten samaan aikaan kun uusien järjestelmien ostamiseen, asentamiseen ja säätämiseen kuluva aika on pois itse prosessin parantamisesta.

Järjestelmälähtöisten hankkeiden lisäksi Suomessa on myös lukuisia ruohonjuuritasolta nousuvia ja potilasnäkökulmaa keskeisenä pitäviä kehitystapoja. Ruohonjuuritason kehitystyötä

pitäisi kuitenkin kannustaa huomattavasti enemmän, dynaamisemmin ja yksinkertaisemmin.

Nyt meillä on kahden kerroksen hankkeita. Jotkut vaativat monipuolisen ja perusteellisen suunnittelun ohjausryhmineen, miljoonabudjetiteineen ja monen vuoden suunnittelujänteineen. Toisia käytännön työn tekijät kehittävät ja ottavat käyttöön koko ajan osana omaa työtään.

Ruohonjuuritason kehitystyötä pitäisi kannustaa huomattavasti enemmän, dynaamisemmin ja yksinkertaisemmin



Kuvio 8 Potilaan oman osuuden kytkeminen hoitoprosessin osaksi

A = Terveystilan lähtötaso, B = Terveystilan heikkeneminen, C = Diagnoosi ja hoidon aloitus, D = Aloitetun hoidon havaitaan toimivan, E = Terveystila palautuu ennalleen, F = Terveystila palautuu osittain, G = Terveystila jää pysyvästi heikommaksi

Säästöjä, parempia työkäytäntöjä tai potilaan aseman parannuksia voi kertyä kummallakin tavalla. Olisi tärkeää voida mitata myös jälkimmäisten tuottamia terveys- ja kustannushyötyjä, mielellään samoilla mittareilla ja samalla viivalla kuin järjestelmälähtöisten hankkeidenkin. Ja yhtä tärkeää olisi kannustaa ja palkita rahallisilla insentiveillä myös tätä ruohonjuurilähtöistä kehittämistä silloin, kun sillä saadaan aikaan selvästi yhteiskuntaa ja potilaita hyödyttäviä säästöjä.

Järjestelmälähtöisistä hankkeista päätetään pitkälle sen mukaan, soveltuvatko ne valittuihin painopistealueisiin. Tukemalla ja kannustamalla myös muuta innovaatiotoimintaa pidetään huoli tasapainoisesta kehityksestä. Toisaalta järjestelmälähtöisten hankkeiden kriteeristöissä näyttäisi olevan muitakin valintaan ja rahoitukseen vaikuttavia seikkoja, kuten alueellinen tasapuolisuus.

Pahimmillaan tehdään jopa asioita, jollaisia on jo toteutettu muualla aikaisemmin, ja jotka olisi mielekästä toteuttaa valtakunnallisina hankkeina. Ties monesko yleisen terveystiedon verkkopalveluportaali jollekin kohderyhmälle taas puolen miljoonan projektina ei voi olla perusteltavaa aikaansaataavaa järjestyksessä jo viidennen ammattikorkeakoulun oppilastyönä, kun aikaisemmillekaan ei ole riittänyt ylläpitoa eikä mielekästä käyttökontekstia. Järjestelmälähtöisissä hankkeissa tulisi saada dokumentoidusti parhaat toteuttajat tekemään hankkeita.

Taulukkoon 1 on jäsenneily tapoja, joilla sekä järjestelmälähtöisten että ruohonjuurihankkeiden arvioinnin seurauksena saataisiin parempaa ohjausdynamiikkaa hankkeiden tuloksellisuuteen.

Järjestelmälähtöisissä hankkeissa tulisi saada dokumentoidusti parhaat toteuttajat tekemään hankkeita

Yhteiseksi kaikille			
– Yhtenäinen hankkeiden tuloksellisuusmittaristo seurantaan: kasvako potilaan etu, taloudellisuus – Työterveyshuolto ja yksityinen sektori mukaan, sekä omilla että yhteisillä hankkeilla			
		Hankkeen niveltymisen järjestelmän suunnitteluun	
		Järjestelmälähtöiset	Ruohonjuurilähtöiset
Terveys- ja kustannushyödyt	Merkittävät	Painopisteiden mukaisia, parhaat toteuttajat tekemään	Pitäisi kannustaa tulokselliseksi osoittautuvia hankkeita taloudellisin kannustimin
	Vähäiset	Pitäisi pyrkiä eliminoidaan jo varhaisessa vaiheessa	Pitäisi viestiä myös näiden tuloksista ja varmistaa, että näistäkin opitaan

Taulukko 1 *Kuinka terveydenhuollon kehityshankkeista saataisiin enemmän irti*

Kaikki mukaan kehittämiseen!

Vaikka perusterveydenhuollon resurssit ovat polkeneet paikallaan kysynnän räjähtäessä ja monet ongelmat ovat sillä puolella akuutimpia, niin erikoissairaanhoidon ei saisi kehitysrahoja jaettaessa jäädä lapsipuolen asemaan. Erityisesti erikoissairaanhoidossa tehdään jatkuvasti paljon toimintaympäristöön ja työmenetelmiin kohdistuvaa kehittämistä.

Olisikin kohtuullista, ettäensinnäkin mini-invasiivisempien hoitokäytäntöjen kehittämisestä ja käyttöönotosta palkittaisiin tai vähintään mahdollistettaisiin pilotteja. Nämäkin toimenpiteet osaltaan lisäävät säästöjä ja nopeampia läpimenoaikoja sairaaloissa ja sitä kautta nopeampia toipumisia ja sekä nopeampaa paluuta työelämään.

Toisena isona alueena voisi mainita diagnostiikan paranemisen. Paremmat välineet ja tarkemmat testit johtavat sekä parempiin havaintoihin että siihen, että ne osataan tulkita paremmin ja yhdistää oikeammin indikaatioihin. Paremman diagnostiikan käyttöönottoa ei kuitenkaan ole insentivoitu millään tavoin.

Viime kädessä nämä koituvat kuntalaisten säästökäsitteellä, kun erikoissairaanhoidon säästää itse kuluistaan. Mutta näin on toki asian laita järjestelmälähtöisissä projekteissakin. Kun kuitenkin muistetaan, että erikoissairaanhoidon menot ovat lähes kaksi kertaa pe-

rusterveiydenhoidon menoja suuremmat, on näiden tahojen välinen epäsuhta säästöihin johtavien, parempaa hoitoa tavoittelevien kehityshankkeiden rahoituksessa silmiinpistävä.

Ja vielä tätäkin tärkeämpää olisi saada yksityinen ja työterveyssektori mukaan koordinoituun kehitystoimintaan, sekä omine hankkeineen että osana eri sektorit yhteen kokoavia hankkeita. Työ-

terveyshuollon vuosivolyymi on kuitenkin 600 miljoonaa euroa, ja sen piirissä on 1,8 miljoonaa ihmistä.

Innovatiivisia käytäntöjä syntyy jatkuvasti muuallakin kuin STM:ssä: Esimerkiksi *Pekka Niska Oy* maksaa tupakanpolton lopettamisesta työntekijälle 1000 euroa ja kaikille tupakoimattomille 170 euroa vuodessa palkanlisää. Yhteiskunta ei ole osallistunut tähän terveyttä edistävään toimintaan sentillääkään (lukuunottamatta mahdollisen normaalin työterveyshoidon korvausosuuksia). Päinvastoin, yritys maksaa näistäkin palkanlisistä vielä sairausvakuutusmaksut päälle.

Samaan aikaan järjestettiin *Savuton Savo* -kampanja, hinta 170 000 euroa, tuloksena 104 työpaikalla tupakointikielto, joka koski 74 000 työntekijää, vapaaehtoistyöntekijää ja opiskelijaa. Kuulostaa hyvältä, mutta johtiko se myös tupakoimattomuuteen?

Hankkeen loppuraportin mukaan ”*hankkeessa luodun tupakoivan potilaan hoitopolun käyttöönoton ongelmana oli terveydenhuollon sitoutuminen*”¹⁴. Kun verrattiin savuttomuuspäätöksen tehneitä työpaikkoja ja niitä, jotka

Vielä tätäkin tärkeämpää olisi saada yksityinen ja työterveyssektori mukaan koordinoituun kehitystoimintaan

eivät olleet sellaista tehneet, ”lääkkeellisen hoidon, työterveyshuollon antaman neuvonnan ja vieroitusr ryhmien yleisyydessä ei ollut eroa ryhmien välillä. [...] Henkilökunnan tukeminen ja nikotiinikorvaushoidon järjestäminen oli yleisempää savuttomuuspäätöksen tehneissä organisaatioissa”.

Missään vaiheessa ei kuitenkaan kysytty itse ydinasiaa: kuinka moni lopetti tupakoinnin ja johtuiko se tästä hankkeesta. Pekka Niskalla sen sijaan juuri loppuindikaattori on jatkuvassa seurannassa ja kannustinperiaate vahvasti esillä myös rekrytoinnissa.

Summa summarum: kehitystoiminnan tukemiseen käytettävän 100 miljoonan euron potin pitäisi nykyisen massiivisen painopistelähtöisen, perusterveydenhoitopainotteisen ja kuntasektoriin keskittyvän projektisalkun lisäksi kattaa yksityinen ja työterveyssektori sekä palkita omaehtoiset, käytännön ruohonjuuritoiminnasta nousevat käytäntöjen muutokset ja niiden levittäminen.

Parhaista käytännöistä on toki nytkin koottu verkkoportaali, ensin osoitteeseen www.hyvakaytanto.fi, josta ne ovat muuttaneet *Sosiaaliportin* verkkopalvelun alaisuuteen, josta *Innokylä*-nimiseen verkkopalveluun, jonka *Innopankki*-osion pitäisi avautua testikäyttöön vuoden 2011 lopussa.

Sosiaaliportista löytyy kuitenkin vain 23 terveyteen liittyvää hyvää käytäntöä, kuten esim. matkapuhelimitoimivat *Mobihubu*-edutainment-pelit, joiden tarkoitus on valistaa ohjaamalla pelissä olevaa hahmoa eteenpäin vastaamalla oikein kysymyksiin tupakasta, alkoholista, huumeista, hyvinvoinnista, jne.

Perus- tai erikoissairaanhoidon prosessien kehittämiseen liittyviä hyviä käytäntöjä on kuusi yhteensä 23 käytännöstä. Määrän luulisi aiheuttavan noloutta. Vertailun vuoksi mainittakoon, että Duodecimin tuottamia Käypä hoito -suosituksia on toistasataa.

Case Espoon ja HUS:n yhteisellä lonkkaliukumäellä hoito yhdessä putkessa loppuun asti

Espoon kaupungin perusterveydenhuollon ja HUS:n tuki- ja liikunta-elinkirurgian yhteinen Lonkkaliukumäki on kehitetty saumattomaksi hoitoprosessiksi aktiivisten vanhusten tapaturmien seurauksena tuleviin lonkkamurtumiin. Kaatumisen seurauksena tuleva murtuma on varsin tavallinen tapaus, ja huonosti hoidettu murtuma tietää pitkiä aikoja vuodepotilaana kotona tai laitoksessa. Jorvin sairaalan ortopedian ja traumatologian klinikalla leikataan vuosittain yli 200 matalaenergistä eli ilman suurta rysäystä sattunutta vanhusten lonkkamurtumaa.

Konseptin ydin on kahtaalla: byrokratian minimoiminen lähetesirkuksen sijaan niin, että potilas ei edes huomaa, minkä yksikön palveluista hän nauttii sekä viiveiden minimoiminen hoitoprosessin eri vaiheiden väliltä potilaan paranemisen edistämiseksi. Tavoitteeksi on selkeästi määritelty, että potilas on sairaalasta kotiutettaessa vähintään yhtä hyvässä kunnossa kuin hän oli ennen lonkkansa murtamista.

Prosessi alkaa diagnoosista: jos on pienikin epäily lonkkamurtumasta, potilas viedään suoraan Jorvin röntgeniin. Leikkaus tehdään mahdollisimman nopeasti – tavoitteena leikata alle 12 tunnissa, sillä pitkään murtuman jälkeen leikkausta odottamaan joutuvan vanhukseen elimistö saattaa mennä kataboliaan, jolloin elimistö alkaa syödä lihaksia. Kirurgisella vuodeosastolla viivytään vain pari päivää leikkauksen jälkeen. Aiemmin potilasta saatettiin pitää kirurgisella osastolla jopa yli kymmenen päivää.

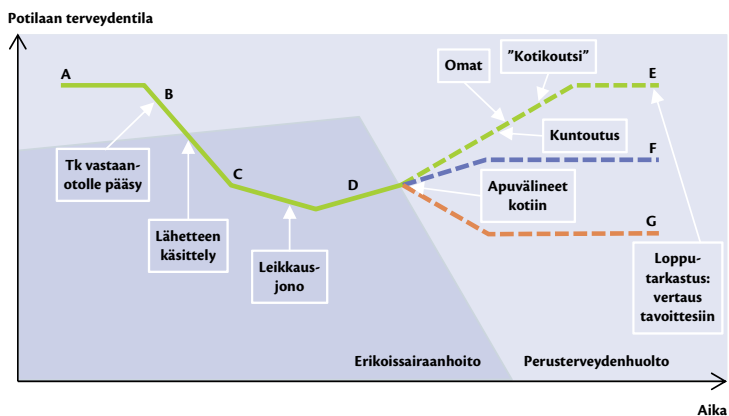
Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy perusterveydenhuollon ortogeriatrieseen yksikköön kuntoutusosastolle, jossa kuntoutus alkaa heti. Kuntoutusosaston fysioterapeutti käy tervehtimässä potilasta jo ennen leikkausta ja vastaa myös kotona jatkuvasta perusteellisesta kuntoutuksesta. Ortogeriatriassa yksikössä päähoitovastuu on sisätautilääkärillä tai geriatrilla, joka selvittää syyn potilaan kaatumiseen. Samalla tutkitaan taudit, tarkistetaan lääkitykset ja kartoitetaan kotiolot. Kuntoutusohjelma suunnitellaan siten, että siinä otetaan huomioon potilaan muu terveydentila.

Myös ympäristö sopeutetaan: jos kotiin tarvitaan apuvälineitä, ne hoidetaan valmiiksi siihen mennessä, kun potilas pääsee sairaalasta. Samoin pidetään huoli, että yksin asuvilla on tukihenkilö, ”kotikoutsit” – esim. lapsi tai ystävä – motivoimassa treenaukseen ja käyttämässä vanhusta ulkona kuntoutuksen tehon varmistamiseksi.

Lonkkaliukumäen tavoite ei ole hoitoaikojen lyhentämisessä, vaan hoidon laadussa. Käytännössä potilaat ovat päässeet keskimäärin viikkoa aikaisemmin kotiin, ja heidän kuntonsa on ollut parempi kuin vastaavilla potilailla aiemmin lonkkaleikkauksen jälkeen. Myös infektioriski pienenee, kun sairaalassaoloaika lyhenee. Vastaavasti kuntoutuspäivät sairaalassa ovat hieman aiempaa kalliimpia, sillä tiimissä on entistä enemmän ammattilaisia. Kokonaisuudessa järjestely on kuitenkin myös yhteiskunnalle taloudellisempi, sillä potilaat tulevat kuntoutusosastolle paremmassa kunnossa ja lähtevät hyväkuntoisina kotiin, eivät laitokseen.

Lonkkamurtumaa seuraava vuosi on erityisen vaarallista aikaa iäkkäille naisille. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan¹⁵ naisten kuolleisuus voi kohota tuolloin jopa viisinkertaiseksi verrattuna terveisiin samanikäisiin. Suurin osa kuolemista sattui kolmen kuukauden sisällä lonkkamurtumasta, mikä viittaa kuolemien johtuvan murtumista eikä naisten muista sairauksista.

Lonkkaliukumäellä hoidetaan siis hoitoprosessi maaliin – selkeään päätökseen, jossa tuloksia verrataan tavoitteeseen – asti niin, että eri osapuolten vastuut kriittisellä polulla on määriteltyhoitosuunnitelmassa ja niiden toteutustavat nivelletty toisiinsa (kuvio 9).



Kuvio 9 *Espoon ja HUS:n Lonkkaliukumäessä hoitoprosessin vaiheet kulkevat saumattomasti organisaatiorajojen yli nivellettyinä toisiinsa selkeään maaliin asti*

A = Terveyden lähtötaso, B = Terveydentilan heikkeneminen, C = Diagnoosi ja hoidon aloitus, D = Aloitetun hoidon havaitaan toimivan, E = Terveydentila palautuu ennalleen, F = Terveydentila palautuu osittain, G = Terveydentila jää pysyvästi heikommaksi

4 Rahoitus ja tieto ohjaamaan ihmisten paranemista

4.1 Terveysthuollon toimijat pelaamaan samaan maaliin

Terveysthuolto on yhä enenevässä määrin tietointensiivinen palvelulaji. Se ei voi toimia, ellei tiedon oikeellisuutta, ajantasaisuutta ja tavoitavuutta voida taata säällisesti kautta koko järjestelmän. Tässäkin raportissa esitetyt parannusehdotukset, säästötoimet ja palvelukokemuksen kohennukset edellyttävät tiedon laadun ja kulun kohennamista

Oikea tieto mahdollistaa rahoituksen kohdentamisen mahdollisimman vaikuttavasti. Jotta rahoitus voisi kohdentua oikein, tulee järjestelmän lisäksi toimia yhtenä kokonaisuutena kuin jääkiekkojoukkue, jossa jokaisella pelaajalla pitää olla osaamista ja iskukykyä. Jotkut pelaajat voivat olla tähtiäkin, mutta menestykseen päästään vain koko joukkueen tarkkaan suunnitellulla ja harjoitellulla roolituksella ja yhteistoiminnalla.

Terveysthoidon kolme putkea – julkinen, työterveys ja yksityinen – ovat kuin jääkiekkojoukkueen kolme hyökkäysketjua. Ketjuja voi tarpeen vaatiessa sekoittaa, ja jos vaiva on tarpeeksi vakava, kantaa julkisen puolen ykköskentällinen vastuuta. Yksi suomalaisen järjestelmän kulmakivistä on, että kenen tahansa lääkärin lähete kelpaa julkiseen erikoissairaanhoidon. Tämä on luontevaa myös siksi, että monessa harvinaisemmassa taudissa ainoa osaaminen Suomessa on julkisella puolella.

Vastaavasti myös mistä tahansa putkesta pääsee yksityiseen erikoissairaanhoidon, eikä tähän tarvita edes lähetettä. Työterveyshoito puolestaan tarjoaa erikoissairaanhoidon vain rajoitetusti, sillä sairausvakuutus korvaa työnantajalle laajemmin vain yleislääkäritasoisia lääkärinpalkkioita.

Pääsääntöisesti kaikissa putkissa saa hyvää hoitoa – tai oikeammin, hyvää ja huonoa hoitoa löytyy kaikista putkista. Hoidon laatu ei ole siinä määrin järjestelmästä kiinni. Vaikka monilla onkin vahva mielikuva siitä, että yksityisellä puolella hoito olisi parempaa kuin julkisella, niin asiaa ei kuitenkaan ole juuri tutkittu. On myös viitteitä siitä, että kokonaisuutena suomalaiset olisivat jopa tyytyväisempiä julkiseen kuin yksityiseen

hoitoon¹⁶. Toisaalta näyttäisi myös siltä, että esimerkiksi hoitotakuun toteuttaminen ei ole vähentänyt yksityisten terveysthuollon palvelujen käyttöä, vaan se on pysynyt ennallaan. Myös sairauspäiväraha-korvaukset ovat jatkaneet kasvuaan¹⁷.

Kaikille lienee myös täysin selvää, että hoitoon pääsyssä on merkittäviä eroja eri putkien välillä. Valtiontalouden tarkastusvirasto on kiinnittänyt

huomiota siihen, että vaikka kiirettömän hoidon perusteet julkisella ja yksityisellä sektorilla ovat yhtenäiset, niitä tulkitaan eri tavalla hoidon

Vaikka kiirettömän hoidon perusteet julkisella ja yksityisellä sektorilla ovat yhtenäiset, niitä tulkitaan eri tavalla

tarpeen arvioinnissa ja hoitopäätöstä tehtäessä. Ratkaisuna se esittää kiireettömän hoidon perusteiden sitovuustason nostamista sekä pakollista ja yhdenmukaista perehdyttämistä perusteisiin.

Samaisen raportin arvion mukaan pyrkimykset olemassa olevien terveydenhuoltojärjestelmien uudistamiseksi tehokkaammiksi, tuottavamiksi ja kustannusvaikuttavammiksi ovat tulleet maksamaan vuosien 2002–2008 välisenä aikana julkiselle vallalle vähintään 800 miljoonaa euroa. Kun tulokset eivät silti ole sitä, mitä odotettiin, niin voi kysyä, eikö tämä ole varsin kallis hinta kunnallisesta itsehallinnosta?

Jos suomalaisessa terveydenhuollossa todella halutaan nostaa kansalainen ja kuluttaja keskiöön ja taata hoitoon pääsy, ei tällä tiellä ole mahdollista päätyä mihinkään muuhun kuin yhtenäistämään hoitoon pääsyn kriteerejä ja sitä kautta hoitoprosesseja eri puolilla maata. Normittamisen tulisi kattaa myös yksityinen puoli, kun muistetaan, että järjestelmän perusfilosofia on putkesta toiseen hyppäämisen salliminen kesken kaiken. Näyttääkin siltä, että ei ole mitään syytä olla menemättä Ruotsin malliin siten, että perusterveydenhuollon tarjoajissa olisi sekä julkisia että yksityisiä toimijoita.

On hyvä kysymys, voitetaanko alueellisella tilaajajärjestelmällä mitään

On myös hyvä kysymys, voitetaanko alueellisella tilaajajärjestelmällä – jota muun muassa STM:n¹⁸ THL:n¹⁹ mallit tarjoavat – mitään verrattuna valtakunnallisesti yhtenäisempään ja isommallalla muskelilla varustettuun valtakunnalliseen malliin, jollaista esimerkiksi Sitra on esittänyt²⁰.

STM:n ja THL:n painottama sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö täytyy joka tapauksessa hoitaa kunnolla, mutta se ei välttämättä edellytä palvelujen rahoituksen ja tilaamisen tekemistä pienissä yksiköissä. Valtakunnallisessa yhtenäistämässä ollaan muutenkin tosiasiaa jo hyvin pitkällä verrattuna sekä kansanterveysjärjestelmän syntyaikoihin 60–70 -luvuilla että valtionosuusjärjestelmän uudistamiseen 90-luvun alussa.

Vaivan sijainti kropassa vaikuttaa hoitoon pääsyyn

Sen sijaan hoitoon pääsy ja se, mitä sen jälkeen tapahtuu, vaihtelee hyvin paljon sen mukaan, onko vaiva suussa, muussa kehossa vai sielussa (ks. taulukko 2). Tästä on puhuttu vähemmän, koska jako on ikivanha osa lääke- ja hoitotieteen perinnettä. Osa tästä vaihtelusta on lainsäätäjän tietien tahtoen suunnittelemaa, osaan on päädytty sattumalta tai lainsäädäntöhetken kireän rahatilanteen seurauksena ja osaa on haluttu rakentaa ohjaamaan potilaita tiettyyn kanavaan.

Ikäryhmittäiset erot ovat – eivät suinkaan yllättäen – merkittävin selittävä tekijä linjan valinnassa: työterveydenhuolto on luonnollisesti käytettävissä vain työikäisellä väestöllä. Määristä kertoo jotakin, että 1,8 miljoonaa ihmistä on työterveyshuollon piirissä ja 1,5 miljoonaa ihmistä sai Kelalta korvausta yksityislääkäripalkkioista. Yksityisten avohoito-

käyntien määrä – sisältäen erikoislääkärikäynnit – on ollut noin puolet terveyskeskusten avohoitokäyntien määrästä vuosittain.

Vaikka työterveyshuolto keventää julkisen puolen taakkaa, silläkin on kääntöpuolensa, joka ei johda pelkästään taloudellisiin ja terveyshyötyihin:

- Koska hoitoon pääsy on nopeaa, työterveyden vastaanotoille tulee paljon ihmisiä myös turhaan – ja kun potilaan oma maksuosuus on piilossa sairausvakuutusmaksussa osana palkan ennakonpidätystä, mitään pidäkkeitä palvelujen tarpeettomalle käytölle ei ole.
- Ennaltaehkäisyn ja sairaanhoidon raja voi jäädä epäselväksi ja vaikuttaa hoidon kokonaisuuteen (esim. verenpainetauti – monet potilaat luulevat, että heitä hoidetaan, mutta työterveyslääkäri ajattelee, että tämä on työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyä, eikä oteta vastuuta hoidon suunnittelusta). Tästä johtuen työterveydessä on paljon hoidon ”piiloväliinputoajia”.
- Työterveysmarkkinaa ja kilpailua siellä ei tarkastella kuten markkinoita yleensä, koska sitä verrataan vain julkiseen terveydenhoitoon. Työterveyspalvelujen tarjoajilla ei välttämättä ole intressiä kehittää toimintaansa, koska ostajien osaaminen on usein heikkoa tai painottuu hinta-argumenttiin.
- Työterveyden henkilöstön osaaminen on usein kapeampaa kuin terveyskeskuksissa, joissa on monipuolisempi potilasaine. On mahdollista, että turvallisuus ja laatu voivat myös kärsiä kapeampien rutiinien myötä.

Hammashoidossa tehtiin kolme miljoonaa käyntiä yksityiselle ja viisi miljoonaa julkiselle puolelle. Työterveydessä hampaita ei juuri hoideta. Hammashoidon suurta yksityisen puolen käyttöä selittää toisaalta muun kehon hoitoon sairauksia pitempi hoitoon pääsyn hoitotakuuraja (6 kk)

	Julkinen linja 5 milj. ihmistä	Työterveyslinja 1,8 milj. ihmistä	Yksityinen linja 1,5 milj. sv-korvauksen hakijaa
Somaattinen terveys (pl. suu)	Hoitoon pääsy ja hoitoprosessin loppuun vieni ontuvat	Nopeasti hoitoon, vaikeimmat tapaukset loppuun julkisella puolella	Tarjontaa lähinnä asutuskeskuksissa, erikoissairaanhoidon useiin ei-lääketieteellisistä perusteista lähtevää
Suun terveys	Niukkuutta ratkaistaan epävirallisella ohjauksella yksityisille	Hyvin vähäistä	Hiotut asiakkuusprosessit kutsuineen vuositarkastuksiin, jne
Mielenterveys	Mallintamattomat hoitoketjut ongelmana	Kasvava työkyvyttömyyden aiheuttaja	Laatu ja taso vaihtelevat, tärkeä rooli julkisen sektorin kumppanina

Taulukko 2 *Tasa-arvon ja palvelujen kohtaannon ongelmat ovat erilaisia eri sairaanhoidon linjoissa*

sekä lisäksi tämän rajan huono noudattaminen: lokakuussa 2010 tehdyn selvityksen mukaan noin 12 000 henkilöä oli odottanut hammaslääkärille pääsyä yli kuusi kuukautta. Määrä oli lähes kaksinkertaistunut puolessa vuodessa, samalla kun somaattiselta puolelta yli kuuden kuukauden leikkausjonot taas oli saatu purettua lähes kokonaan. Ohjaus putkesta toiseen saattaa käytännössä työntää myös julkiselta yksityiselle, kun liikutaan hammashoidon puolella – tässä yksi potilaan tarina:

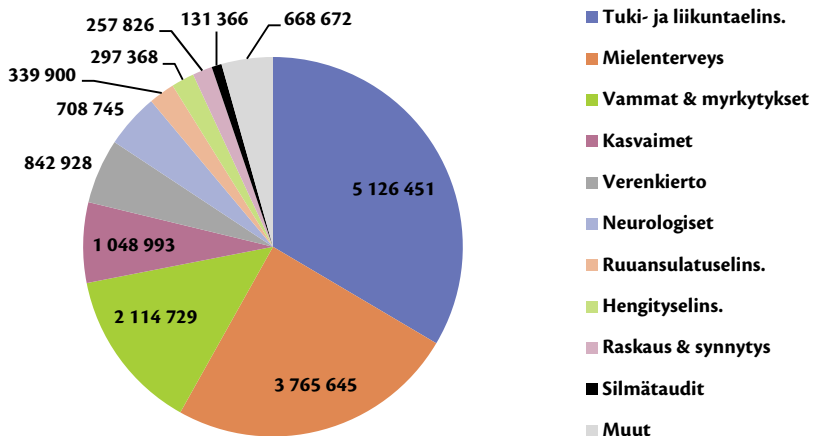
”Mulle ei suostuttu suoraan sanomaan, että mene yksityiselle, vaan vastaanottovirkailija väitti pokkana, ettei hampaita tarvitse paikata lainkaan. Käski lopulta soitella puolen vuoden päästä. Lääkäri oli noin minuuttia aikaisemmin vannottanut mua hoitamaan hampaani ennen lapsen syntymää... riitelin siinä sitten aikani ja menin yksityiselle.”

Yksityinen hammashoito onkin todennäköisesti koko terveydenhoitojärjestelmämme edistyksellisin osa asiakkuusprosessiensa hallitsemisessa: esim. tekstiviestimuistutukset seuraavasta tarkastusajasta alkavat olla jo arkipäivää.

Psykiatrisissa vaivoissa perusterveydenhuollossa ollaan yleislääkärin varassa huomattavan pitkään: STM:n vuoden 2005 kiireettömän hoidon yhtenäistämishojeden mukaan ahdistusta hoitaa yleislääkäri, joka lähettää potilaan eteenpäin, jos tilanne ei parane yhden kuukauden sisällä. Lievää tai keskivaikeaa masennusta hoitaa samoin yleislääkäri aina kolmeen kuukauteen asti. Kiireelliseksi tapaukseksi pääseminen edellyttää käytännössä todettua itsemurhariskiä.

Systeemin ongelmista kertoo se, että mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt edustavat jo neljännestä (24,5 %) kaikista korvatuista sairaus-

Mielenterveyden häiriöt edustavat jo neljännestä sairausrahapäivistä



Kuvio 10 Vuonna 2010 korvatut sairauspäivärahopäivät potilasryhmittäin (Lähde: Kela).

rahapäivistä (ks. kuvio 10). Niiden osuus on toiseksi suurin heti tuki- ja liikuntaelinten sairauksien jälkeen. Psykiatrisella puolella ei kuitenkaan edes ole mitään jonojärjestelmää. Sen sijaan järjestelmä nojaa edellä kuvatulla tavalla odottamiseen: toivotaan ja katsotaan kuukausikaupalla riittääkö yleislääkärihoito vai mitä pitäisi tehdä.

Odottelu maksaa maltaita

Hoitoon pääsyn ja hoidetuksi tulemisen tarkastelu sairauspäivärahojen valossa ei ole ollut kovin yleistä. Pohjimmiltaan tämä johtuu siitä, että nämä ovat järjestelmälähtöisessä tarkastelussa ”perifeerisimpiä” kustannuksia – sairaanhoitoapparaatin kannalta ei ole merkitystä sillä, mitä tapahtuu terveydenhoitojärjestelmän ulkopuolella.

On kuitenkin hyvää muistaa, että odottelun kansataloudelliset kustannukset ovat suuret. Sairausvakuutuksen sairauspäivärahoina korvaamat runsaat 800 miljoonaa euroa edustaa vain jäävuoren huippua näistä kustannuksista. Omavastuuajat ja -leikkurit huomioon ottaen työtulojen menetykset kansalaisille tähän päälle ovat varmasti miljardin tai parinkin luokkaa.

Odottelun kansataloudelliset kustannukset ovat suuret, runsaat 800 miljoonaa euroa edustaa vain jäävuoren huippua

Jos tähän lisätään työnantajille koituvat menetykset saamatta jäävästä työpanoksesta sekä sijaisten palkkaamisesta, sijaistavan henkilökunnan yli- ja lisätyökorvauksista ym. sairastuneen työntekijän aiheuttamista lisäkuluista, niin sairastamisen työelämäsidonnaiset lisäkustannukset ja menetykset ovat helposti arvioitavissa 4–5 miljardiksi euroksi.

Tällä tavoin laskettuna prosentinkin vähennys sairastamisessa ja ajassa, jolla työkäinen ihminen – työllinen, työtön tai opiskelija – saadaan nopeammin sairastavuuteelta työelämän käyttöön, merkitsee yhteenlaskettuna 50 miljoonan säästöjä ja lisätuloja. Kymmenen prosentin kohennus on jo puoli miljardia.

Prosentinkin vähennys sairastamisessa merkitsee 50 miljoonan säästöjä ja lisätuloja

Havaittavissa olevat sairausvakuutuksen kulut eivät myöskään kerro siitä, onko poissaolo sairauden takia tapahtunut hoitoon pääsyä odotellessa,

hoidon aikana vai varsinaisten toimenpiteiden jälkeen takaisin työelämään kuntoutuessa.

Voidaan kuitenkin kysyä, eikö sairauspäivärahojen sairausryhmittäinen jakauma tulisi ottaa mukaan osaksi terveydenhoitojärjestelmän ohjausdynamiikkaa? Näin toimien terveydenhoitojärjestelmää palkittaisiin rahallisesti sairastavuuden ja sairaanhoidon kulujen vähentämisestä. Sairaanhoitopiirejä ei palkittaisi kulujen minimoimisesta – jotta ei mentäisi siihen ääripäähän, jossa lääkärit ahneuksissaan määräisivät mahdollisimman lyhyitä sairauslomia. Sen sijaan jonojen purkamiseen ja muuhun jär-

keistämiseen käytettyä rahaa (jota siis on Valtiontalouden tarkastusviraston arvion mukaan käytetty viimeisen vuosikymmenen aikana 800 miljoonaa) kohdennettaisiin osittain sen mukaan, mitä tuloksia tällä mitarilla saadaan.

Nyt kaikkia eri jonoja on yritetty hoitaa tasapuolisesti, mutta niin ei ole tapahtunut yksin porkkanalla, vaan viranomaiset toivat vuonna 2008 lisärahan rinnalle kepin eli uhkasakot. Osin tämä johtui siitä, että jonojen purkamiseen tarkoitettua rahaa oli käytetty myös muihin tarkoituksiin.

Yksityisen ja julkisen vuorovaikutus – esimerkkinä kaihi

Esimerkki potilasryhmästä, jolla on ollut isot, viranomaispainostuksella purkupainetta saaneet jonot, mutta ei juurikaan sairauspäiviä, ovat kaihipotilaat (kaikista yli 6 kk HUS:ssa jonossa olleista potilaista vuoden 2009 lopussa noin kaksi kolmasosaa oli silmätautipotilaita). Kaiheja on leikattu urakalla ja ylitöinä keskussairaaloissa, vuokralääkärien voimin sekä palvelusetelijärjestelmää kokeilemalla ulkoistetusti yksityisellä puolella.

Kaihileikkaukselle on tyypillistä, että se kuuluu ns. bulkkileikkauksiin eli ei pääsääntöisesti vaadi huippuosaamista. Kaihileikkaukset ovat useimmiten päiväkirurgisia toimenpiteitä, joissa on pieni komplikaatio-riski. Toisaalta silmälääkäripuolella on myös olemassa poikkeuksellisen paljon ”ylimääräistä” kapasiteettia yksityisellä sektorilla, koska silmille tehdään paljon tarkastustoimintaa optikkojen ja yksityisten silmälääkärien toimipisteissä sekä ei-läketieteellisesti välttämättömiä leikkauksia, kuten laserkorjausleikkauksia.

Näin ollen tällä puolella on ollut helppoa ”yksityistämällä” purkaa jonoja, koska yksityisellä puolella on ollut spesialistivaranto valmiina markkinan luomista varten. Sama koskee joitakin muitakin alueita, kuten plastiikkakirurgiaa ja naistentauteja, joissa joko esteettiset perusteet tai säännöllisen tarkastuksen tarve on synnyttänyt julkisen erikoissairaanhoidon kanssa käytännössä kilpailevan merkittävän yksityisen sektorin.

Kaikilla alueilla näin ei suinkaan ole, ja erityisesti erikoissairaanhoidossa julkisen ja yksityisen sektorin niveltämistä samaksi järjestelmäksi pitäisi ehdottomasti tarkastella erikoisaloittain, jotta hoitokynnys pysyisi

”oikeassa” kohdassa. Muuten ollaan tilanteessa, jossa kaihileikkausten määrä kasvaa paitsi väestön ikääntymisen vuoksi ja elintapasairauksien kuten diabeteksen lisääntymisen vuoksi, myös siksi, että leikkaukseen otetaan potilaita yhä matalammilla kriteereillä, kuten Ruotsissa jo epäillään tapahtuvan²¹.

Julkisen ja yksityisen sektorin niveltämistä samaksi järjestelmäksi pitäisi ehdottomasti tarkastella erikoisaloittain

Suomen 777 kaihileikkausta 100 000 asukasta kohti oli viime vuonna hieman yli eurooppalaisen keskitason, vain hieman jäljessä Ruotsin 790 leikkauksesta. Osin kirjaustavoista, osin väes-

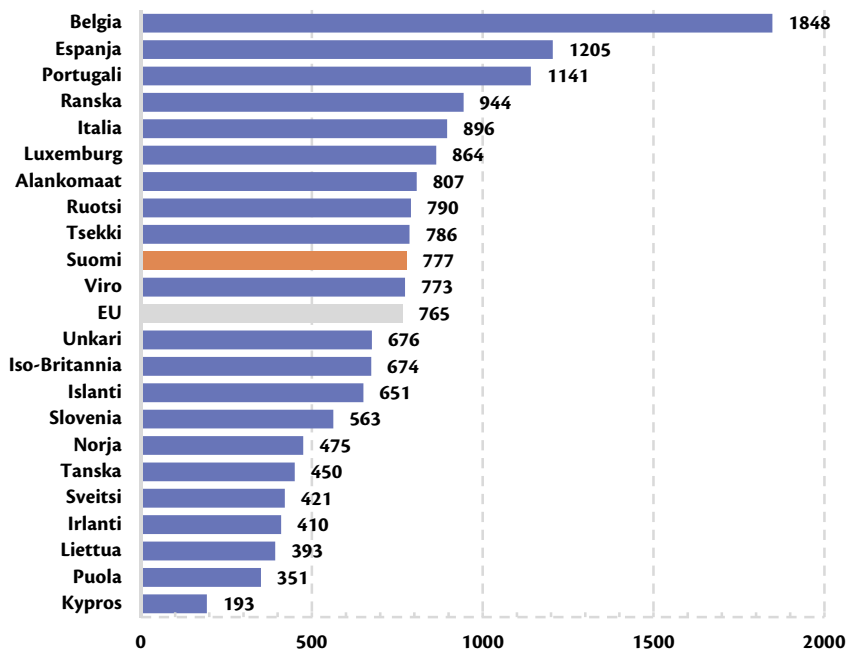
töeroista, osin hoitoprosesseista johtuvista syistä hajonta eri maiden välillä on kuitenkin suurta (ks. kuvio 11). Kansainvälinen vertailu tulisikin ottaa myös yhdeksi tekijäksi arvioitaessa kiireettömän hoidon toteuttamisen tarvetta. Näin voisimme yrittää oppia muiden maiden kokemuksista hyvän elämänlaadun ja kalliiden operaatioiden välisen balanssin rakentamisessa mieluummin kuin höyrypäisesti rynnätä massiivisiin tilastojenkaunistusoffensiiveihin tulaksemme hyvän terveydenhoidon mallimaaksi.

Kansainvälinen vertailu tulisii ottaa myös yhdeksi tekijäksi arvioitaessa kiireettömän hoidon toteuttamisen tarvetta

Kaihileikkausten määrä Suomessa on ollut hoitotakuun tehostetun valvonnan alkamiseen asti

laskussa – mikä siis on osaltaan kertonut myös jonojen synnystä. Jonojen isoimpana syynä on ollut silmälääkäripula julkisella puolella. Kaiken järjen mukaan silmälääkärien siirtymisen enenevässä määrin yksityiselle puolelle olisi pitänyt johtaa myös leikkausten siirtymiseen yksityiselle puolelle, lääkäreiden perässä.

Kuten taulukosta 3 käy ilmi, näin ei ole tapahtunut, vaan hoitotakuun johdosta – ja sen valvonnan vielä tehostuttua vuosikymmenen loppupuolella – potilaat ovat jääneet julkisen puolen jonoihin, jolloin ratkaisuna käytännössä on toteutettu siis ”spontaania privatisointia”, kun julkinen puoli on siirtynyt ostamaan palveluja yksityisiltä. Näin siis ilman, että yksikään terveystalouden suunnitteluelin, ministeriö tai eduskunta olisi



Kuvio 11 Kaihileikkausten määrä eri EU-maissa 100 000 asukasta kohti 2008 (Lähde: OECD (2010)).

Vuosi	Julkinen sektori	Yksityinen sektori	Yhteensä
2003	36 366	14 122	50 488
2004	35 381	14 862	50 243
2005	41 657	12 701	54 358
2006	36 274	9 470	45 744
2007	36 626	10 349	46 975
2008	38 236	8 715	46 951

Taulukko 3 Kaihileikkaukset Suomessa julkisella ja yksityisellä sektorilla (Lähde: Käypä hoito -suositus).

missään vaiheessa tietoisesti tarkoittanut – niin paljon kuin yksityisen ja julkisen terveydenhoidon rajanveto muutoin herättääkin poliittisia intohimoja.

Vaikka elämme 2010-luvulla, ovat argumentit usein sen kaltaisia, että ihmisten terveydellä ja hädällä ei saa tehdä bisnestä. Kuitenkin yksityinen lääkäritoiminta on ollut sallittua – ja säänneltyä – Suomessa jo puolentoista vuosisadan ajan. Samaan aikaan sosiaalihuollossa merkittävä osa toimintoja on ulkoistettu tai hoidetaan kolmannen sektorin avulla ilman, että tämä herättää minkäänlaisia poliittisia intohimoja. Kaihileikkauksissa pysyäksemme, kyse ei ole pohjimmitaan sektorien välisestä rajanvedosta, vaan kriteereistä ja rajanvedosta. Asiantuntijat arvioivat leikkaustarpeen nykykriteereillä kasvavan nykyisestä 45 000–50 000 silmän vuosivauhdista 70 000 leikkaukseen vuodessa seuraavien kymmenen vuoden aikana.

Vaikka elämme 2010-luvulla, ovat argumentit usein sen kaltaisia, että ihmisten terveydellä ja hädällä ei saa tehdä bisnestä

Jotakin on siis tehtävä. Tilapäiset jononpurkutoimet, joilla esimerkiksi HUS:ssa kaihileikkausten määrä kasvoi ensin vuoden 2008 noin 900 leikkauksesta 1 700 leikkaukseen vuonna 2009 saavuttaakseen loppuvuodesta 2009 tavoitellun kahdentuhannen silmäleikkauksen vuosivauhdin, eivät riitä alkuunkaan. Tampereella ollaan jo suunnittelemassa (julkista) silmäsairaa, jossa tehokkuutta ollaan nostamassa nykyisestä kuudesta leikkauksesta päivässä per lääkäri. Tavoitteeksi ollaan asettamassa 12 leikkausta päivässä. Prosesseissa onkin kehittämistä, koska Ruotsissa ja Hollannissa silmäkirurgit leikkaavat päivässä 14–16 silmää. Intiassa luku on peräti 40²².

Milloin potilas on hoidettu?

Karkeasti ottaen voi sanoa, että operatiivisilla toimialoilla jonoja on helppo purkaa, koska suoritettuja toimenpiteitä on helppo mitata. Jos hoito on yksi leikkaus, niin tiedetään, milloin potilas on ”hoidettu”. Erikoissairaanhoidon näkökulmasta potilas on valmis ja hän poistuu jonosta.

Jälkihoidosta ja kuntoutuksesta ei kuitenkaan ole samanlaista tilastointia. Mikä vielä pahempaa, isolla osalla konservatiivisen hoidon aloja mitään vastaavaa yksiselitteistä pistettä ei ole määritetty. Lisäksi leikkausjonojen purku on ilmeisesti aiheuttanut myös tukipalvelujen käytön vinoutumaa niiden potilasryhmien vahingoksi, jotka saavat ensi sijassa konservatiivista hoitoa. Esimerkiksi reumapotilaille ei ole ollut samal-

Hoitoon pääsyn ja sairaanhoidon tasa-arvo, yksi suurista kansanterveysjärjestelmän tavoitteista, on osin myytti

la tavoin käytettävissä kuvantamispalveluja silloin, kun leikkausjonoja on purettu ärhäkimmin – jälleen esimerkki hammastahnapatkilon puristamisesta tapahtuvasta osaoptimoinnista.

Hoitoon pääsyn ja sairaanhoidon tasa-arvo, yksi suurista kansanterveysjärjestelmän tavoitteista, on siis osin myytti. Toinen myytti on kuitenkin se, että tasa-arvon raja kulkisi terveydenhoidon kolmen sektorin välissä. Ikäryhmittäiset, alueelliset ja tautikohtaiset erot ovat vähintään yhtä merkittäviä tekijöitä, jos tarkastelukriteerinä on se, voidaanko terveys palauttaa halutulle ja perustellulle tavoitetasolle järkevässä ajassa siitä, kun sairastumista on alettu epäillä.

Täydelliseen tasa-arvoon emme pääse, mutta räikeimpien epäkohtien korjaaminen olisi sekin jo merkittävää inhimillisen kärsimyksen lievittämisen kannalta ja toisi merkittäviä säästöjä, kun ihmisiä ei pidetä tarpeettoman pitkään tarpeettoman sairaina. Ei voi olla niin, etteikö tähän työhön voitaisi valjastaa koko sairaanhoitojärjestelmää.

Täydelliseen tasa-arvoon emme pääse, mutta räikeimpien epäkohtien korjaaminen olisi sekin jo merkittävää inhimillisen kärsimyksen lievittämisen kannalta ja toisi merkittäviä säästöjä, kun ihmisiä ei pidetä tarpeettoman pitkään tarpeettoman sairaina. Ei voi olla niin, etteikö tähän työhön voitaisi valjastaa koko sairaanhoitojärjestelmää.

4.2 Omatoimisilla avainasiakkailla krooniset kansantaudit kuriin

Isoimpia säästöjä kannattaa etsiä luonnollisesti sieltä, missä kulut ovat suurimmat. Näitä kuluja tilastoidaan pääasiassa erikoissairaanhoidon hoitokulujen puolelta, johtuen siitä, että erikoissairaanhoidon kokonaismenot ovat suurin yksittäinen kustannusryhmä terveydenhoitojärjestelmässä (ks. kuvio 12).

Akuuteiksi somaattisiksi kansantaudeiksi, joissa on iso potilasryhmä, merkittävä hengen menetyksen riski ja kallis hoito, voidaan lukea syövät sekä sydän- ja verisuonitaudit. Näiden hoidon kehittämiseen on panostettu paljon ja niissä Suomen terveydenhoitojärjestelmä on parhaimmillaan, syövän hoidossa kenties jopa maailman paras. Syövän hoitoa kehitetään valtakunnallisesti koordinoiden maamme syöpäklinikoiden yhteistyöllä potilasnäkökulma mukana, uusimpia toimivia hoitoja soveltaen ja kustannustehokkuus mielessä. Aiheesta lähemmin kiinnostuneille on saatavilla varsin tuore, erinomainen kehitystyöryhmän raportti²⁴.

Sydän- ja aivoinfarktien sekä lonkkamurtumien hoito on parantunut merkittävästi 2000-luvulla

Myös sydän- ja aivoinfarktien sekä lonkkamurtumien hoito on parantunut merkittävästi 2000-luvulla. Arvion mukaan Suomessa on pystytty edistyneen hoidon ansiosta välttämään vuosina

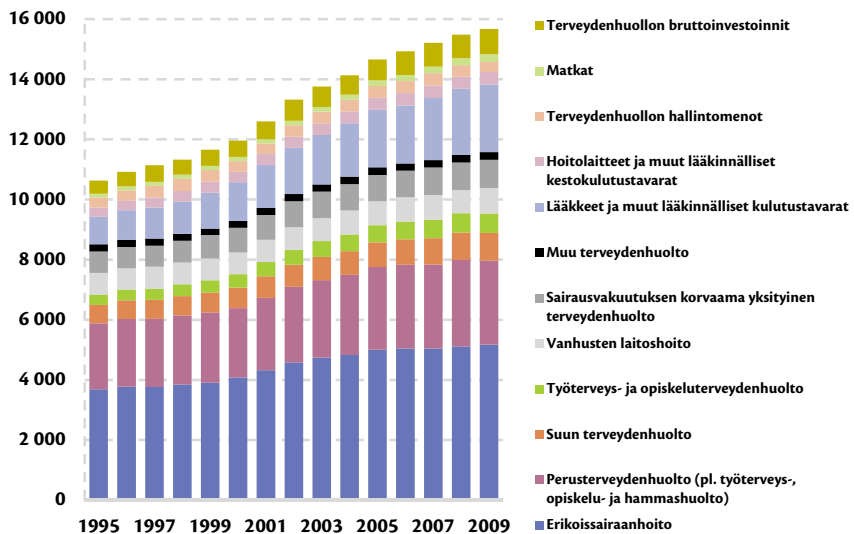
1999–2007 noin 5 600 kuolemaa²⁵. Sydäninfarktipotilaiden laskennallinen elinajanodote on lisääntynyt keskimäärin yhdellätoista kuukaudella, ja aivoinfarkti- ja lonkkamurtumapotilaiden noin kuudella kuukaudella. Hoidot ovat parantuneet ilman merkittäviä lisäkustannuksia. Sydäninfarktin hoidon kustannukset ovat vuoden 2002 jälkeen pysyneet ennallaan, ja aivoinfarktin ja lonkkamurtuman hoitojen kustannukset ovat kasvaneet vain hieman.

Hoitojen tehostumisesta huolimatta alueelliset erot näiden kolmen sairauden hoidoissa ovat pysyneet suurina. Jos sydäninfarktin hoidon kustannukset olisivat kaikissa sairaanhoitopiireissä yhtä pienet kuin edullisimmassa piirissä, pystyttäisiin säästämään noin 38 miljoonaa euroa. Se on 30 prosenttia sydäninfarktin hoidon kustannuksista. Jos sydäninfarktipotilaiden kuolleisuus olisi vuonna 2006 ollut kaikissa sairaanhoitopiireissä yhtä pientä kuin parhaimman hoidon antavassa sairaanhoitopiirissä, olisi säästetty 270 ihmishenkeä. Tämä olisi tuonut noin 3 800 elinvuotta lisää. Jos tästä neljäsosakin olisi työvuosia, merkitsisi se vielä lisäksi noin 10 miljoonaa euroa saamatta jääviä verotuloja.

Omatoimisuuden merkitys

Jos akuuttien tautien hoito on kohtuullisen hyvällä mallilla, niin krooniset kansantaudit ovat ne, joiden kanssa tehdään tällä hetkellä hartiavoimin töitä. Näistä tärkein on kakkostyyppin diabetes: jos sen sairastaminen räjähtää käsiin, edessä ovat miljardikulut. Diabeteksen hoidon aiheuttama kustannustaakka on jo nyt lähes kaksinkertaistunut 10 vuodessa ja oli vuonna 2007 noin 833

Diabeteksen hoidon aiheuttama kustannustaakka on lähes kaksinkertaistunut 10 vuodessa



Kuvio 12 Terveystieteiden suurimmat kustannuserät 1995–2009 (Lähde: THL).

miljoonaa euroa. Diabeteksestä aiheutuvat lisäsairaudet kasvattavat lisäkustannukset 4,5-kertaiseksi: kun diabeteksen hoito ilman lisäsairauksia maksaa noin 1 300 euroa vuodessa, niin lisäsairauksineen kustannukset ovat n. 5 700 euroa.

Diabeteksen ehkäisyssä on tärkeää estää tai viivästyttää erityisesti valtimosairauksia, jotka ovat diabeteksen tärkein ja tappavin liitännäissairaus. Diabeteksen ehkäisyyn tarvitaan isoja räätälöityjä ehkäisyohjelmia niille, joilla on suuri vaara sairastua diabetekseen. Riskitekijöitä ovat mm. ylipaino, alkoholi ja perinnöllinen taipumus – tyypillisesti myös ikääntyminen lisää riskiä, joten väestörakenteen muutos yhdessä elämäntapamuutosten kanssa on huono ja kalliiksi tuleva yhdistelmä.

Suomessa on lukuisia joukko kokeiluja, joissa erikoissairaanhoidon koordinoi toimintaa alueellaan siten, että diabeteksen varhainen tunnistaminen ja hoidon käynnistäminen pyritään suorittamaan terveyskeskuksissa. Toiminta yksikkörajojen yli ei kuitenkaan aina ole mutkatonta.

Avaintekijöitä ovat potilaan sitouttaminen ja usein käyvien näkeminen ”avainasiakkaina”

Perusterveydenhuollossa voidaan tehdä paljon sekä ammattilaisten että potilaiden asennemuutoksilla. Avaintekijöitä ovat yhtäältä potilaan sitouttaminen ja toisaalta usein käyvien terveyskeskuspotilaiden näkeminen ”avainasiakkaina”, joiden paranemiseen keskittyminen toisi sekä kustannus- että terveyshyötyjä. Nyt nämä potilaat leimataan liian usein vain ”moniongelmaisiksi”²⁶, joiden kasvava määrä on keskeinen tekijä siinä, miksi terveyskeskustyö koetaan raskaaksi.

Kun hoitosuunnitelmia ei ole, eikä hoitoprosesseja ole kuvattu, on helpompaa kehottaa potilasta menemään vaikka diabeteshoitajalle. Usein potilas ei mene, koska hän ei hahmota, mitä hyötyä siitä hänelle olisi. Potilaan olisikin itse määriteltävä se, minkä hän näkee ongelmakseen ja asetettava itselleen tavoitteet. Tällöin ammattilaisten roolikin muuttuu, neuvojasta enemmän valmentajaksi.

Myös astmojen ja allergioiden hoidossa ollaan ottamassa käyttöön uusia, vaikuttavia hoitomenetelmiä kuten siedätyshoito, mutta tässäkin tapauksessa työtä on pitänyt pohjustaa laajamittaisella asennemuokkauksella ja eri tahojen sitouttamisella.

Tulevaisuuden terveydenhoidossa ratkaisevassa asemassa on yksilön oman vastuun kasvattaminen. Tämä on pitkälti rahakysymys: jotta tasa-arvo voi toteutua ja tietyt minimipalvelut kyetään takaamaan kaikille, on pyrittävä seulomaan esiin se väestönosa, jonka heikentyneen terveydentilan palauttaminen onnistuu pienemmällä yhteiskunnan panoksella, jotta resursseja voidaan kohdistaa tarpeeksi niihin potilaisiin, joiden kyky, osaaminen tai mahdollisuudet merkittävään omaan vastuuseen tai omatoimisuuteen on selkeästi vähäisempi.

Tässä ei siis ole kyse tasa-arvon romuttamisesta, vaan päinvastoin, sen takaamisesta. Tasa-arvolla ei tällöin välttämättä tarkoiteta kaikille samaa

hoitoprosessia – hoitosuunnitelmat ovat monissa taudeissa yksilöllisiä jo nyt – vaan kaikille hyviä hoitotuloksia, mutta niin, että keinot saattavat vaihdella. Yksilöllisissä hoitosuunnitelmissa painottuvat potilaan oman käytöksen ja oman toiminnan osuudet. Monet etsivät ja käyttävät terveystietoa aktiivisesti esimerkiksi internetistä jo nyt.

Tasa-arvolla ei tarkoiteta samaa hoitoprosessia vaan kaikille hyviä hoitotuloksia

Käypä hoito tulisikin ajatella ohjenuorana eikä standardina, eikä vain hoitavan henkilökunnan ajatuksissa, vaan yhtä lailla potilaiden mielissä.

Varsinkin äkillisesti ja vakavasti sairastunut ihminen turvautuu mielellään normiin kuin kainalosauvaan. Toisinaan voi olla vaikea hyväksyä sitä, että oma tapaus on yksilöllinen eikä välttämättä lääketieteellisin perustein (tai mahdollisesta muusta syystä) taivu standardikäsitteeseen.

Internet on tässä suhteessa tietysti kaksiteräinen miekka: se mahdollistaa potilaan omatoimisen tiedonhankinnan ja sitä kautta saattaa rauhoittaa sekä luoda potilaalle mahdollisuuksia itse vaikuttaa paranemiseensa tai ainakin tilan heikkenemisen estämiseen. Mutta yhtä lailla levoton mieli pystyy hakemaan netistä tukea kauhuskenaarioille tai toiveille tulla hoidetuksi juuri tietyllä tavalla.

Ei käy kateeksi, jos vastaanotolle tulee potilas, joka kertoo miten pitää hoitaa

Hoitohenkilökunnan asemaa ei käy kateeksi, jos vastaanotolle tulee potilas, joka kertoo oireensa, mikä häntä vaivaa ja miten se pitää hoitaa. Joskus potilas voi olla oikeassa, joskus taas pahasti pielessä joko diagnoosin tai hoitopäätöksen kanssa. Terveystieteidenhoidossa tulisikin muistaa kaiken asiantuntijatoiminnan perussääntö: asiakas ei ole aina oikeassa, vaan asiakas (tai kunta) maksaa siitä, että se saa parhaan mahdollisen asiantuntijakäsitteilyn asioista. Oikea potilaslähtöisyys tarkoittaa potilaan kunnioittamista, mutta ei kuninkaaksi nostamista.

Lääkäri- ja hoitajakoulutuksessa ei nykyisellään tuoteta erityisen hyviä valmiuksia tällaisten vuorovaikutustilanteiden hoitamiseen, jossa potilaan omatoimisuuden astetta pitää arvioida tiedollisessa, ei niinkään lääketieteellisessä mielessä. Kuitenkin potilaiden omatoimisuudella saadaan merkittäviä kustannussäästöjä, joiden aikaansaamiseksi tulisi olla

tarkkaan mietittyjä kannustimia. Tässä myös tietotekniikka auttaa: esimerkiksi tekstiviestikutsut ja -muistutukset, potilastietojärjestelmän avaaminen potilaalle ja järkevä hoitosuunnitelma auttavat potilasta ottamaan vastuuta itsestään.

Oikea potilaslähtöisyys tarkoittaa potilaan kunnioittamista, mutta ei kuninkaaksi nostamista

Väestön ikääntymisessäkin on paitsi uhka myös mahdollisuus: vaikka ihmisten eläessä pitempään

he ehtivät sairastaa enemmän, ihmisten pitäisi kyetä säilymään terveempinä kuin aiemmat polvet. Yhä isompi osa ikäluokasta myös vanhuksissa on omatoimisempaa ja ottaa itse selvää asioista.

Potilaiden omatoimisuudella tulisi olla kannustimia

Viime kädessä muuttuva terveydenhoito merkitsee myös kuoleamisen muuttumista. Järjestelmän tarkoitushan ei ole pitää huolta siitä, että ihmiset eivät kuolisi lainkaan tai eivät kuolisi sairaaloissa.

Kuolema ei kuitenkaan ole ”oma taiteenlajinsa”, vaikka sitä kohdataan terveydenhoidossa jatkuvasti. Käytännössä päivittäin tehdään tuhansia hoitopäätöksiä, joissa otetaan potilaan ikä ja jäljellä olevan elinajan todennäköisyys huomioon hoidon intensiivisyyttä ja kalteutta mietittäessä. Esimerkiksi syövän hoidossa on kehittynyt käytäntö, jossa kuolemaan johtavassa tilanteessa tehdään hoitopäätös siirtyä vain palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon (joka kansan suussa tunnetaan saattohoitona).

Palliatiivisen, ei enää parantamiseen tähtäävän hoidon ja saattohoitokäytäntöjen kehitys olisi tärkeää yhtenäistää ja tuoda muuallekin kuin syöpäpotilaille. Kyse ei ole vain potilaiden ja omaisten oikeudesta arvokkaaseen kuolemaan, vaan myös tarpeesta saada vähemmän vanhusten pallottelu kaupunkien sosiaali- ja terveystoimen sekä erikoissairaanhoidon kolmiossa. Valitettavan usein kesken erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kinastelun kuntoutuksen vastuujärjestäjästä tulee yllätyksenä, että potilas kuolee.

Kokonaiskustannukset esiin – esimerkkinä flunssa

Kansantaudeiksi voi kutsua myös vähemmän vakavia sairauksia niiden yleisyyden vuoksi. Kenties kallein yksittäinen potilasryhmä on kuitenkin tavallinen flunssa – kaikessa epämediaseksikkyydessään. Kalleus käykin ilmi vasta, kun kaikkia eri kulueria tarkastellaan yhdessä.

Flunssa merkitsee noin 500 000–700 000 lääkärikäyntiä julkisella sektorilla vuosittain

Ensinnäkin ylähengitystieinfektiot, joista yleisin on nuhakuume eli flunssa, on yleisin syy terveyskeskuskäynteihin. Lukuisten eri arvioiden mukaan noin neljäsosa terveyskeskuksen päivystyskäynneistä tehdään tavallisen flunssan vuoksi²⁷. Se merkitsee noin 500 000–700 000 lääkärikäyntiä julkisella sektorilla vuosittain. Kos-

ka flunssa harvoin vaatii erillisiä kuvannus- tai laboratoriotutkimuksia, käynnit ovat halpoja. Kokonaishinnaksi yhteiskunnalle tulee silti vähintään 50 miljoonaa euroa vuodessa.

Osa flunssatapauksista osoittautuu tutkimuksissa vakavammiksi sairauksiksi, pieni osa jopa sairaalahoitoa vaativiksi. Ylähengitystieinfektiot on yleisin terveyskeskuskäyntien syy lasten, nuorten ja keski-ikäisten ikäryhmissä. Vain vanhuksilla syy on selvästi pienempi.

Helsingin terveyskeskuspäivystyksen kävijöistä tehdyssä tutkimuksessa kolmannes oli flunssapotilaita ja näistä kolme neljäsosaa oli sairastanut tautia yli kolme vuorokautta tullessaan päivystykseen²⁸. Kaikista terveyskeskuspäivystykseen hakeutujista työssäkäyvistä ei-kiireellisen hoitoluo-

kituksen saaneista 67 % oli tullut hakemaan sairauslomaa. Toisin sanoen päivystyksestä on tullut paitsi piste, jossa arvioidaan hoidon tarve, tarjotaan hoitoa ja ohjataan jatkohoitoon, myös piste, jossa hoidetaan byrokratiaa eli kirjoitetaan sairauslomia flunssan vuoksi.

Päivystyksestä on tullut piste, jossa hoidetaan byrokratiaa

On perusteltua olettaa, että flunssakäyntien aiheuttama kuormitus työterveyshuollolle on vähintään puolet Helsingin terveystieteiden keskuksen rasioksesta eli 25 miljoonaa euroa. Tästä sairausvakuutus korvaa työntäjille varovasti arvioiden kolmanneksen eli kahdeksan miljoonaa euroa.

Toiseksi, flunssa aiheuttaa suuret lääkekustannukset. Flunssan syytä ei pohjimmitaan tunneta, eikä sen leviämismekanismestakaan vallitse täydellistä konsensusta. Se kestää muutaman viikon, eikä siihen ole mitään lääkettä. Oireita kuitenkin lievitetään tulehduskipulääkkein (enimmäkseen reseptittöminä vahvuuksina) että antibiootein. Mikrobilääkkeet ovat Suomen käytetyimpiä lääkkeitä: avohoidon potilaille kirjoitetaan vuosittain yli kaksi miljoonaa mikrobilääkekuuria, joista puolitoista miljoonaa kuuria käytetään hengitystieinfektioiden hoitoon.

Tämän kustannukset olivat vuonna 1998 45 miljoonaa euroa, josta sairausvakuutuksen korvausosuus omavastuuosuuden jälkeen 42 % eli yhteiskunnalle noin 18 miljoonaa. Osa hoidoista on mitä todennäköisimmin tarpeettomia ja osa voitaisiin toteuttaa paremmin suunnatuilla ja hinnaltaan edullisemmilla mikrobilääkkeillä sekä kestoaltaan lyhyemmällä kuureilla. Lisäksi mikrobilääkkeiden käyttö on johtanut kaikkialla maailmassa bakteerien lääkeresistenssin lisääntymiseen niin avohoidossa kuin sairaaloissakin²⁹.

Kolmanneksi flunssa syö työpäiviä kansantaloudelta. Edellä mainittuun terveystieteiden keskuksen tulleiden potilaiden sairauspäivien määrä on varovasti arvioituna vähintään kolmen vuorokauden flunssien osalta 1,2 miljoonaa työpäivää. Ei ole liioiteltua arvioida, että flunssan takia kaiken kaikkiaan Suomessa ollaan poissa kaksinkertainen määrä, kun kolmea päivää lyhyemmät jaksot – joita varten ei välttämättä tarvita lääkärintodistusta – lasketaan mukaan. Tällöin flunssapäivien määrä olisi noin 2,5 miljoonaa päivää vuodessa.

Kelan tilastoimia ylähengitysteiden äkillisten infektioiden ja keuhkokuumeen sairauspäivärahopäiviä on vain 87 000 vuodessa. Näistä korvattiin sairausvakuutuksesta viisi miljoonaa euroa vuonna 2010. Ero 87 000 ja 2,5 miljoonan päivän välillä selittyy sillä, että flunssapäivien yhteisarvo

ei käy millään tavoin ilmi Kelan maksamista sairauspäivärahoista omavastuurajojen ja muiden tekniesten syiden vuoksi – eikä mistään muualtakaan.

Piilokuluna 2,5 miljoonaa päivää – keskipalkkaa alaspäin painottaen – merkitsee sitä, että kansantalouden tuotoksesta puuttuu vuosittain

Kansantalouden tuotoksesta puuttuu vuosittain vähintään 250 miljoonan euron arvoinen työpanos

vähintään 250 miljoonan euron arvoinen työpanos. Verrattuna Kelan kaikkiaan vuonna 2010 korvaamaan 16 miljoonaan sairauspäivään flunssa nousee merkittäväksi taudiksi, vaikka sen sairastamisesta korvataankin murto-osa. Arvio flunssan yhteiskunnalle aiheuttamamista kuluista on summattu taulukkoon 4.

Vaikka tämänkaltaiset kuluerät ovatkin arvioita ja osin epäyhteismitallisia, on tärkeää nähdä, että nykyinen terveydenhoitomien tilastointi ei tuo esiin kaikkea sitä, mitä kestävyysvajeen umpeen kuromisen vuoksi pitäisi saada selville. Lisäksi voi vielä perustellusti kysyä, pitäisikö sairauslomakäytäntöä ja ihmisten vahtimista muuttaa – ja pitäisikö flunssan leviämistä hidastaa siten, että työntekijät jäisivät jo aikaisemmin kotiin? Kaikilla näillä tekijöillä joka tapauksessa on merkityksensä flunssan kansantaloudelliseen vaikutukseen.

Tällainen yhteiskunnan kokonaistalouden tarkastelutapa pitäisi ottaa käyttöön tautiryhmittäin ja ikäryhmittäin. Sairauslomapäivissä, erityisesti niissä, jotka eivät tilastoidu Kelan maksa-

Sairauslomapäivissä on iso piilokustannus

miin sairauspäivärahoihin, on iso piilokustannus. Nykyiselläänkin kotitaloudet maksavat Suomessa kansainvälisesti katsoen varsin ison osan sairaan-

hoidon kustannuksista – noin 20 prosenttia. Todellisuudessa sairauspäivien muodossa sekä kotitalouksien että työnantajien kantama taloudellinen rasite on vielä huomattavasti tätä suurempi (ks. kuvio 13).

Kun lisäksi vielä otetaan huomioon, että terveyskeskuspäivystykseen saapuvista vain 15 % oli kokeillut terveysneuvonnan puhelinpalvelua ennen saapum (tässä ei eroja päivystyksessä luokitellun kiireellisyyden perusteella) ja toisaalta eri tutkimusten mukaan 15–20 % päivystyskäynneistä on turhia, niin on sitäkin välttämättömämpää yhdistää neuvonta ja ajanvaraus contact center -tyyppiseksi toiminnaksi.

Jos kaikelle tälle rakennetaan kannustimet ohjaamaan perusterveydenhuollon toimintaa, on mahdollista päästä merkittäviin säästöihin ilman, että koettu palvelutaso kärsii. Päinvastoin: todella sairastavat saavat nopeammin oikeaa hoitoa, vähemmän kiireiset voivat odottaa, kaikki pääsevät suunnitellun hoidon piiriin ja henkilöstön kuormittavuuskin

	Milj. euroa
Terveyskeskuspäivystyksen lääkärikäynnit	50
Työterveyshuollon lääkärikäyntien sairausvakuutuskorvauksen osuus	8
Lääkkeiden sairausvakuutuskorvaus	18
Kelan sairauspäiväkorvaukset	5
Menetettyjen, tilastoimattomien työpäivien arvo	250
Yhteensä	331

Taulukko 4 Arvio flunssan yhteiskunnalle aiheuttamista kuluista

todennäköisesti laskee. Tätä ajattelutapaa on esimerkinomaisesti luonnosteltu taulukossa 5.

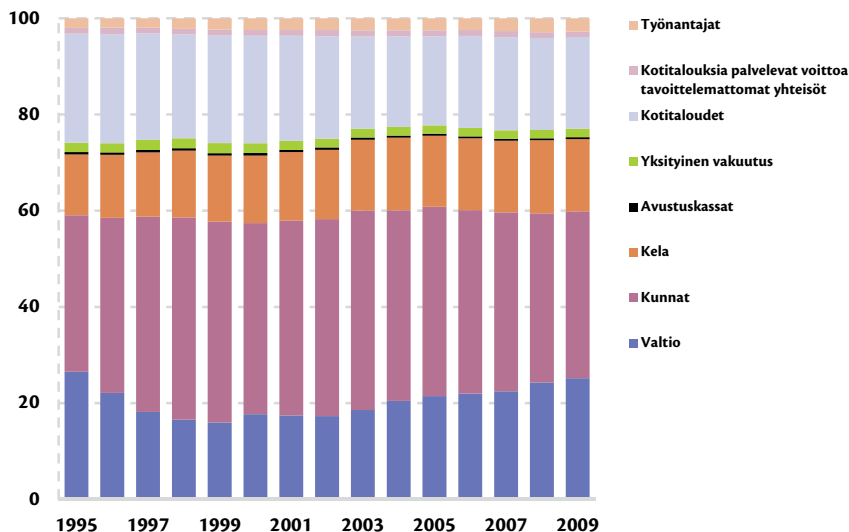
Ruuhkia ei saada purettua ellei ei-kiireellisiä potilaita saada paremmin hallintaan

Ruuhkia ei saada purettua eikä todella sairaita hoidettua, ellei ei-kiireellisiä päivystykseen pyrkiviä potilaita saada paremmin hallintaan. Näitä kun on monenlaisia muussakin kuin lääketieteellisessä mielessä: terveyskeskuspäivystystä käyttävät erityisesti päihdeongelmaiset, ihmissuhde- tai perhevaikeuksissa olevat ja köyhyyteen liittyvissä asioissa ulkopuolista apua tarvitsevat.

Ryhmään kuuluu myös terveysjärjestelmää tuntemattomia maahanmuuttajia, kiireisiä työssäkäyviä, uusavuttomia nuoria, viikonlopun yli sairastaneita, lapsiperheitä, joilla on infektiokierre, psykosomaattisesti oireilevia psykiatrisia potilaita, yksinäisiä vanhuksia, sairaalomaata hakevia, asunnottomia ja päihdeongelmaisia.

Ei-kiireellistä hoitoa tarvitseva potilas on järjestelmään sopimaton palvelun tarjoajan näkökulmasta. Vaikka lääketieteellisen arvioinnin näkökulmasta osa päivystyskäynneistä voidaan nimeätä turhiksi, asiakkaan näkökulmasta turhia käyntejä ei ole. Päivystys saattaa eri syistä olla asiakkaan näkökulmasta tarkoituksenmukaisin paikka hakea hoitoa. Erilaisiin näkökulmiin potilaan ja ammattilaisen välillä vaikuttaa voimakkaasti se, että maallikko pitää helposti lääketieteellisesti katsottuna vähäpätöistä sairautta vakavana, mikäli sen oireet eivät ole tuttuja tai koettu kipu ei ole ”tavanomaista”.

Asiakkaan näkökulmasta turhia käyntejä ei ole



Kuvio 13 Terveystenhoiton rahoitus rahoituslähteittäin, % (Lähde: THL).

		Asiakaskäyntejä yhteensä	
		Paljon	Vähän
Asiakaskäyntejä per asiakas	Vähän	Esim. flunssa INSENTIVOINTI POTILAALLE: ajanvaraus ja/tai maksut siten, että käynnin kynnyks nousee tai käynnit ohjautuvat lääkäriltä hoitajille	Selvitettävä, onko vähäisten käyntien syy 1) pieni sairastavuus tai vaivan harvinaisuus, vai 2) onko palvelujen tavoitavuus ja saatavuus kunnossa, vai 3) ohjautuvatko potilaat johonkin toiseen kanavaan, ja onko se puolestaan suotavaa vai ei → insentivointi sen mukaan, mitkä syyt ovat tilanteen takana Vaativat usein siirron joko esh:n puolelle, lisäkonsultaatioihin tai muille ammatillisille – rakennettava jonoja
	Paljon	INSENTIVOINTI TERVEYDENHUOLLOLLE: flunssakäyntien ja/tai niiden aiheuttamien kustannusten vähentämisessä onnistumisesta bonusta	
		Esim. moniongelmaiset, kroonikot INSENTIVOINTI POTILAALLE: hoitosuunnitelman mukaisia useaa asian samalla kertaa hoitavia käyntejä tietty määrä vuodessa ilman jonoa, samoin niistä seuraavat tarpeelliset lisäkäynnit, ei-perustellut lisäkäynnit jonotuksen kautta ja eri hintaan, tuetaan omaa valmistautumista INSENTIVOINTI TERVEYDENHUOLLOLLE: moniongelmaisten ja kroonikkojen käyntikertojen (per potilas) vähentämisessä onnistumisesta bonusta	

Taulukko 5 *Esimerkki kustannusohjaavien kannustimien rakentamisesta perusterveydenhoitoon*

Tällöin hoitoon hakeutumisessa on enemmän kyse tilanteenhallinnan logiikasta kuin lääketieteen mukaisesta logiikasta. Tilanteenhallinnan logiikan mukaiset käynnit voivat sisältää selityksen, varmistuksen tai poissulkututkimuksen hakemista ja apua oireen lievittämiseen. Tilanteenhallinnan logiikan mukaisiin käynteihin liittyvät myös käynnit, joissa haetaan kokonaisvaltaista apua jäsentymättömiin oireisiin, joissa psykososiaaliset tekijät ovat usein keskeisesti mukana. Runsas terveyskeskuspäivystyksen käyttö on selvästi yleisempää sosio-ekonomisesti heikommilta alueilta käsin, mikä voi kertoa yhtä lailla terveysongelmien ja köyhyyden korrelaatiosta kuin siitä, että hyvätuloiset hankkiutuvat herkemmin yksityiseen hoitoon julkisen sijasta vastaavissa tilanteissa.

Julkisesta terveydenhuollosta on tullut aina avointen ovien ratkaisu myös sellaisiin ongelmiin, jotka eivät sille kuulu. Sitä ei saada tehokkaasti hoitamaan perustehtävänsä, ellei myös tähän puututa.

4.3 Mielenterveysongelmat uusi kansantauti

Mielenterveyttä on perinteisesti hoidettu omassa, somaattisesta hoidosta erillisessä putkessaan. Moderni psykiatria pyrkii mahdollisimman pitkälle hoitamaan ihmisen sopeutumista ympäristöönsä etenkin silloin, kun ympäristöä ei voida muuttaa. Akuuttipsykiatriassa laitoshoido on käytännössä nykyään tarkoitettu vain akuuttien oireiden lievittämiseen tilanteissa, jossa potilaalle on ratkaisevan tärkeää päästä hetkeksi pois nor-

maaliympäristöstään esimerkiksi kyetäkseen nukkumaan kokonaisia öitä. Toki pitkäaikaisinkin laitoshoidon tarvitsijoita yhä on.

Mielenterveyskäyntejä perusterveydenhuollossa on alettu tilastoidaan erikseen vasta 2000-luvun aikana suurissa kunnissa. Pitkältä tästä johtuen hoitoprosessin sujuvuudesta on varsin vähän tietoa. Jotain prosessin onnistumisesta ker- tonee kuitenkin se erityisen hälyttävä tieto, että mielenterveysperustein myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on noussut rajusti viime vuosina.

Mielenterveysperustein myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on noussut rajusti viime vuosina

Mielenterveysdiagnoosit kokonaisuudessaan eivät ole lisääntyneet, vaan masennusdiagnoosit ryhmän sisällä. Tarkkaa tietoa siitä, onko masennuksen lisääntyminen todellista vai onko diagnosointi muuttunut, ei ole olemassa. Vaikuttaisi myös siltä, että yhä useammin somaattisten ja psyykkisten oireiden yhdistelmä diagnosoidaan psykiatriselle puolelle, mutta tästäkään ei ole varmaa näyttöä.

On kuitenkin selvää, että jos terveyskeskusten ensikontaktiajaksi myönnetään sama 15–20 minuuttia kuin yksinkertaisiin somaattisiin vai- voihin, niin se ei millään riitä elämäntilanteen kartoitukseen. Määrittelemällä eripituisia ensivastaanoton aikoja jo aikaa buukattaessa auttaisi paljon, sillä hoitoketju toimii monin paikoin kuitenkin hyvin. Mutta ellei varhaisessa vaiheessa päästä siihen, että potilaan tilanne kartoitetaan kunnolla, ei voida myöskään arvioida tämän kesto- ja kantokykyä yksilöllisesti suhteessa ongelmiin.

Oma kysymyksensä on mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteenkietoutuminen: tyypillisesti masennusta lievitetään alkoholilla, jolloin tilanne lievittyy illalla, mutta pahenee aamulla. Tämä yhteys on tosin hyvin tiedostettu. Monin paikoin se on johtanut mielenterveys- ja päihdehoidon yhdistämiseen yli terveys- ja sosiaalitoimen rajan. Addiktiolähtöisiin ongelmiin liittyviä stigmoja on kuitenkin vaikea poistaa yhteiskunnasta ja kulttuurista. Ja erityisen iso ongelma on poistaa ne tekijät, jotka ovat aiheuttaneet masennuksen, eli usein pettymyksen elämään ja odotuksiin elämää kohtaan.

Hoitokäytäntöjen puolesta psykiatrian hoitokulttuurissa ovat pitkät, analyttiset ja kalliit terapiat yhä valtavirtaa. Usein nämä on julkisella puolella toteutettu ostopalveluina, mikä voi osaltaan vaikeuttaa hoidon tehokkuuden arviointia. Lyhytterapioita tulisikin harkita yhä useammin vaihtoehtoina ja pyrkiä rakentamaan siltoja takaisin työelämään osa- tai kokoaikaisesti aiempaa tavoitteellisemmin ennen työkyvyttömyyseläke- päätöksiä.

4.4 Osaoptimoinnin kukkasat: lääkkeet, matkakorvaukset ja sairauslomat

Koska terveydenhuoltojärjestelmässä on paljon osaoptimointia, voidaan merkittäviin säästöihin päätyä muuallakin kuin vain isoissa potilasryhmissä. Sairausvakuutusjärjestelmän kummallisuuksia ovat lääke- ja matkakulukorvaukset. Niillä on haluttu tasoittaa kansalaisille sairastumisesta aiheutuvaa riskiä – sen tähden korvaus juuri sairausvakuutuksesta mutta käytännössä tasa-arvopyrkimyksistä on etäännytty kauas, kun historian eri

Sairausvakuutusjärjestelmän kummallisuuksia ovat lääke- ja matkakulukorvaukset

käänteissä on tehty erilaisia uudistuksia. Kunkin uudistuksen taustamotiivit ovat olleet erilaiset, josta on seurannut varsinainen osaoptimointien suma niin, että kokonaisuus on tätä nykyä kaikkea muuta kuin linjakas.

Sairauslomien sairausvakuutuskorvaus samoin kuin matkakulujen korvaukset pitäisi saada samaan budjettiin, josta maksetaan sekä avohoito että laitoshoido, jotta näiden logistiikan suunnittelu olisi osa hoitoketjun suunnittelua. Nyt kun Kela maksaa sairauslomat ja matkat, näistä ei nykyisellään aiheudu kunnalle suoria kustannuksia.

Lisäksi lääkehoidon korvaus on tällä hetkellä varsinainen viidakko. Korvaukseen vaikuttaa lääkkeen korvattavuuden ohella mm. sen annostelu paikka. Kuviossa 14 on avattu maksumiehen roolin vaihtelua sen mukaan, millaisia päätöksiä lääkäri tekee. Pahimmillaan jopa diagnoosi voi määrittäytyä korvattavuuden mukaan, eikä päinvastoin: esimerkiksi keuhkohtaumataudin sijaan diagnoosiksi vääntyy helposti keuhkoastma, jossa

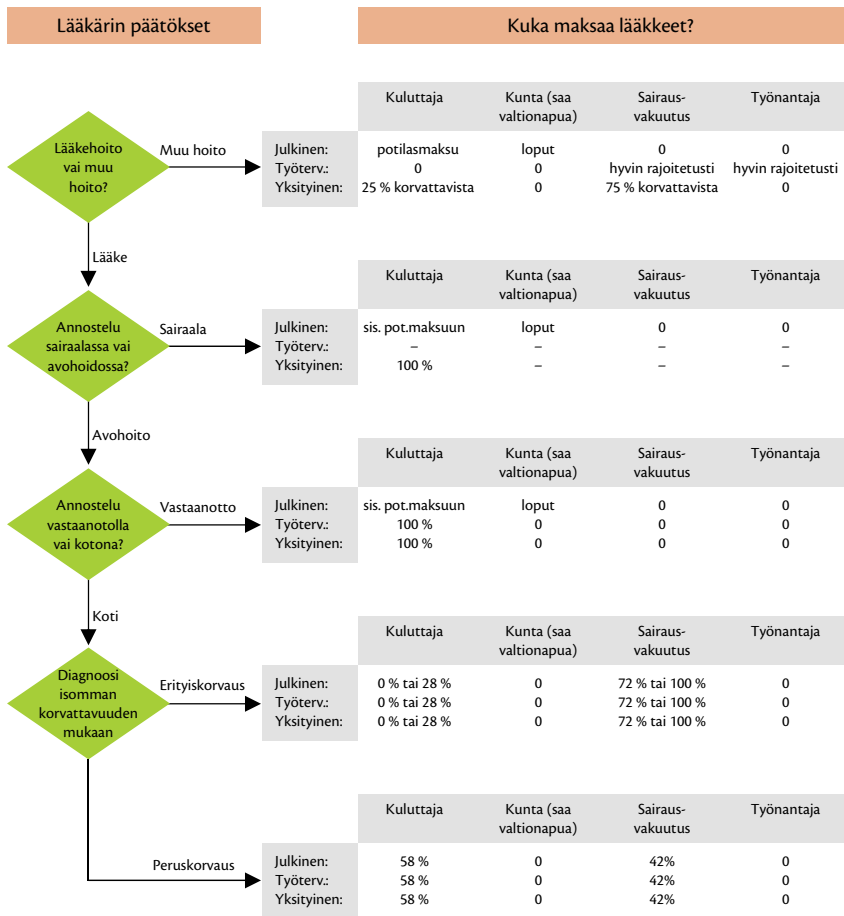
Pahimmillaan jopa diagnoosi voi määrittäytyä korvattavuuden mukaan

lääkkeet ovat erityiskorvattavia. Erityiskorvattavuusluokitukset saattavat taas olla 1960-luvultakin asti peräisin³⁰.

Vanhustenhuollossa puolestaan kuntien on edullista suosia sairaalojen sijaan hoitokoteja, joiden asukkien lääkkeet korvaa Kela – riippumatta siitä, minkälaiset normit ja hoidon taso näissä muutoin on sairaalahoittoon verrattuna.

Hallitusohjelmassa on päätetty valtion lääkekorvausmenojen leikkaamisesta 113 miljoonalla eurolla vuoteen 2015 mennessä. Syy käy hyvin ilmi kuvioista 15: lääkekorvausmenot ovat olleet viime vuodet rajussa kasvussa. Tavoitteeseen tuskin päästään – ainakaan hallitusti – ellei lääkekorvausmenoja kytketä osaksi muuta kustannusvaikuttavuudella ja kannustamisella ohjausta. Pelkällä korvausprosenttien muutoksilla tai korvausluokkien yhdistämisellä tuloksiin ei päästä, vaan on puututtava sairastamiseen ja sairastavuuteen.

Lisäksi lääkevaihtojärjestelmää pitäisi laajentaa – aluksi edes niin, että lääkärit määräisivät useammin lääkkeitä, jotka ovat järjestelmän piirissä. Rinnakkaislääketeollisuuden arvion mukaan lääkärit määräävät vuodessa noin 17,2 miljoonaa reseptiä valmisteille, jotka eivät ole viitehintajärjestelmän piirissä. Jos näistä joka kymmenes kirjoitettaisiinkin hinta-

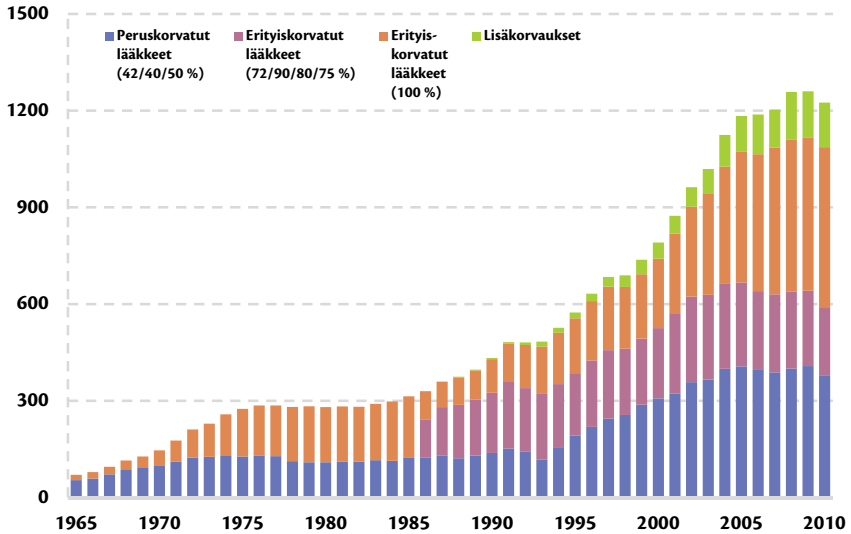


Kuvio 14 Lääkkeiden maksamisen jakautuminen riippuu sairaanhoidon linjasta ja lääkärin päätöksistä

kilpailun piirissä oleville valmisteille, valtio säästäisi noin 70 miljoonaa euroa vuodessa. Esimerkiksi Hollannissa lääkeviranomaiset ovat luoneet tietokannan, jossa sähköisen lääkemääräyksen yhteydessä järjestelmä ehdottaa lääkärille geneerisiä vaihtoehtoja tietyillä terapia-alueilla³¹.

Entinen peruspalveluministeri Osmo Soininvaara kertoo blogissaan matkakorvausten aiheuttamasta osaoptimoinnista potilasesimerkin³²:

Taksinkuljettaja kertoi minulle maakunnassa asuvasta vammaisesta miehestä, jolla on suuria tuskia aiheuttava epämuodostuma. Kipua varten hänen on joka päivä käytävä hakemassa pistos keskussairaalaan. Keskussairaalaan on 70 kilometriä, eikä hän voi taittaa vammansa takia näin pitkää matkaa omalla autollaan. Niinpä hän ajaa matkan päivittäin Kelan piikkiin taksilla. Taksimatkan hinnaksi tulee 170–200 euroa, eli koko lysti maksaa Kelalle noin 65 000 euroa vuodessa. Pistoksen voisi tietysti antaa myös parin kilometrin päässä terveyskeskuksessa, mutta näin se on nyt organisoitu.



Kuvio 15 Lääkekorvausten määrän kasvu 1965–2010, milj. euroa, vuoden 2010 rahana (Lähde: Kela).

En tiedä, onko tarina totta, mutta pahinta on, että se voi olla. Tällainen tilanne voi syntyä näin: Jostain syystä vaikeavammainen potilas on sairaanhoitopiiriin eikä kunnan potilas, menee varmaankin kalliin hoidon tasaukseen, eikä menisi, jos potilas hoidettaisiin terveyskeskuksessa. Mikään ei estä sairaanhoitopiiriä ja terveyskeskusta sopimasta tuon kipupiikin antamisesta terveyskeskuksessa, mutta kummankaan kannalta ei näin kannata tehdä.

Olisi hallinnollisesti hankalaa ryhtyä tekemään sairaanhoitopiiriltä laskutettavaa toimintaa perusterveydenhuollossa. Ei mahdollonta, mutta hankalaa. Siihen ei siis ryhdytä, ellei ole jotain houkutinna, eikä sellaiseksi riitä se vaiva ja suorainen tuska, joka potilaalle koituu pitkistä matkoista.

Tuo 65 000 euron matkakustannus ei ole syy muuttaa käytäntöä vaan päinvastoin. Sen maksaa Kela/valtio. Pienelle maalaiskunnalle on iloa valtion maksamasta taksikuskin puolipäiväisestä työpaikasta. Tai siis kokoaikaisen työn ansio tuosta lohkeaa, vaikka työaika on vain muutama tunti päivässä. Eihän sellaista voi menettää.

Tilannetta ei yhtään helpota, että Kela on – periaatteessa järkevästi – pyrkinyt niputtamaan taksikytyjä aluesairaaloihin syrjäkylältä. Tämä on kuitenkin tehty yhdessä Taksiliiton kanssa siten, että vain tietyt maksukäytännöt käyvät ja maksujärjestelmä on kalliimpi Taksiliittoon kuulummattomille liikennöitsijöille. Käytännössä Kela ja Taksiliitto hoitavat kyytien ostamista – ilman mitään julkista kilpailutusta – joten tässäkin suhteessa matkakorvausjärjestely on osaoptimoinnin myötä erkaantunut varsin kauas alkuperäisestä tarkoituksestaan.

Tosiasiassa se, että Taksiliiton puhelinkeskukset yhdistelevät matkoja, johtaa ainoastaan suoraveloituksesta syntyviin laskennallisiin säästöihin Kelan hallinnossa. Varsinaisten matkojen ajankohdat on jo sovittu terveydenhuollon yksiköissä, useimmiten ilman mitään koordinaatiota. Todellisiin säästöihin voidaan kuitenkin päästä. Seinäjoella koordinaatiota kokeiltiin siten, että kahden sihteerin tehtävänä oli yhdistää asiakkaiden kyytejä Etelä-Pohjanmaan keskussairaalaan jo käyntiaikoja sovitattaessa. Tuloksena oli kulujen puolittuminen miljoonasta puoleen miljoonaan euroon.

Lääkehoitoa ja matkakulujakin isompia vinoumia kustannusohjaukseen tulee sairauslomien määräämisestä

Lääkehoitoa ja matkakulujakin isompia vinoumia kustannusohjaukseen tulee sairauslomien määräämisestä. On käsittämätöntä, että niinkin taloudellisesti merkittävä asia kuin sairauslomapäivien määrääminen tehdään mutu-tuntumalla ilman vastaavaa tukiohjeistusta kuin Käypä hoito-suositukset.

EK:n työaikaatilaston mukaan EK:n jäsenyrityksissä sairauspoissaolot vaihtelevat toimialoittain 1,7–7,0 prosentin välillä, keskimäärin 4,3 prosenttia työajasta, mikä vastaa 10 päivää vuodessa. Jos oletetaan, että sama keskiarvo pätsisi koko noin 2,4 miljoonan hengen työlliseen työvoimaan, niin Suomessa pidettäisiin vuodessa 24 miljoonaa sairauspäivää vuodessa. Kela tilastoi vain korvaamansa 15 miljoonaa, ja tähän sisältyy muitakin kuin työllisen työvoiman sairauspäiviä.

On käsittämätöntä, että sairauslomapäivien määrääminen tehdään mutu-tuntumalla

Terveydenhoitojärjestelmän kokonaistaloudellisen ohjauksen kannalta olisi erinomaisen tärkeää tietää, minkä tautien potemiseen menevät nuo tilastoilta piilossa olevat ainakin 9 miljoonaa päivää ja miten niiden määrää voisi vähentää. Sairausloman oikea määrittely edellyttää monipuolista käsitystä työkyvyttömyydestä, eli se vaatii lääkäriltä huomattavasti osaamista. Lääkärin pitää ainakin:

- **määrittää** mille tasolle potilaan terveys on määrä palauttaa ja millaisten välivaiheiden kautta tai lisätoimenpiteiden kuten lääkeshoidon tai kuntoutuksen avulla,
- **tuntea** asianomaisen sairauden normaali kulku ja hoitoprosessi,
- **tietää** potilaan työtehtävien vaativuus ja laatu.

Tällä hetkellä käytäntö on sekava, kirjava ja puutteellinen. Asiantuntijoiden mukaan esim. selkävaivoissa potilaan oma arvio on paras ennustetekijä, lonkkaproteesin vaihdossa annetaan kategorisesti 2–3 kuukautta työtehtävistä riippumatta, osa-aikaisia sairauslomia voi saada vasta tietyn ajan jälkeen, ei alun alkaen, jne.

Asiakasta kuunteleva asenne siihen, miten sairaus tai vamma vaikuttaa työn tekoon, auttaisi jo sekkin. Esimerkiksi sormimurtumasta saatu viikon sairausloma ei mitenkään riitä viittomakielen tulkille, mutta toimisto-

työntekijä pärjää ilman sairauslomaakin. Lisäksi sairausloma olisi monissa tapauksissa hyvä määrittää moniammatillisesti, edes yhdessä fysioterapeutin kanssa eikä yhtä sattumanvaraisesti kuin nykyään.

Tämä on satojen miljoonien eurojen kysymys.

Nykypäivän työelämä on monesti itseohjautuvampaa ja potilaat ovat myös paljon tietoisempia omasta tilastaan kuin ennen. Pahimmillaan tai parhaimmillaan potilas menee lääkärin vastaanotolle, kertoo itse mikä häntä vaivaa, mitä lääkettä haluaa ja paljonko sairauslomaa tarvitsee. Vaikka lääkäri tekeekin asiantuntijana päätökset, hän on useammin potilaan kumppani kuin ehdoton auktoriteetti.

Pitäisi päästä eroon myös tilanteista, joissa tarvitaan jatkotutkimuksia erikoissairaanhoidon tasolla, jonne huonoimmassa tapauksessa on pitkä jono. Tutkimuksia odottaessaan ihminen saattaa tappaa kuukausia aikaa sairauslomalla.

4.5 Tietojärjestelmät tukemaan potilaan hoidon suunnittelua

On häkellyttävää, että varsinaisen terveydenhoidon kohteen, potilaan näkökulma puuttuu terveydenhuollon uudistamiskeskustelusta lähes kokonaan. Kuluttajakäyttäytymistä ei juurikaan ole tutkittu: ei sitä, miksi ja milloin kansalainen valitsee yksityisen palveluntarjoajan kunnallisen sijaan, eikä sitä, mitkä sairastamisen kokonaiskustannukset yksilölle ovat. Tarkastelun pitäisi tällöin olla huomattavan laaja: sairastuminen tai tapaturma on aina arjen rutiinit katkaiseva ja usein tiukallekin viritetyt talouslaskelmat haastava tapahtuma.

On häkellyttävää, että potilaan näkökulma puuttuu terveydenhuollon uudistamiskeskustelusta

Potilaan näkökulman tuomiseksi järjestelmään ei riitä potilasjärjestöjen korporatiivinen edustus, sillä järjestöt kattavat vain osan potilasryhmistä, lähinnä erikoissairaanhoidon puolella ja siinäkin ensi sijassa julkisen terveydenhoidon keskustelukumppaneina.

2010-luvun potilas on usein yksilöllinen, usein aktiivisesti tietoa eri lähteistä etsivä kansalainen, jonka on vaikea sopeutua asiantuntija-auktoriteettien alamaiseksi. Tyypillisimmin tämäntyyppiset potilaat näkyvät siinä ainoassa terveydenhoidon potilasryhmässä, jossa potilaan roolissa olevat kansalaiset ovat pääsääntöisesti terveitä ihmisiä: raskaana olevissa ja synnyttävissä naisissa. Ei ihme, että juuri synnytyksiin liittyvistä asioista käydään internetin keskustelupalstoilla eniten keskustelua, joka muistuttaa mistä tahansa kuluttajapalvelusta käytävää keskustelua vertaisarviointineen ja tiedostavine näkemyksineen. Julkinen terveydenhoitojärjestelmä on tehnyt parhaansa virittäytyäkseen tässä kohdin tarjoamaan naisille näiden toivomia oheis- ja lisäpalveluja muillakin kuin lääketieteellisillä perusteilla.

Potilas-kuluttajien odotusten hallittu hallinta onkin avainasemassa jatkossa palveluja muotoiltaessa riippumatta siitä, onko kysymys julki-

sesta, yksityisestä vai työterveyshuollosta. Tästäkin syystä kustannusohjaus on ulotettava ohjaamaan niin palvelun järjestäjän, palvelun tuottajan kuin kuluttajan käyttäytymistä kaikilta osin, riippumatta siitä, kuinka monikanavaiseksi rahoitus tulevaisuudessa sitten jäisikin.

Potilas-kuluttajien odotusten hallittu hallinta on avainasemassa jatkossa palveluja muotoiltaessa

Kaikki potilaat eivät tietenkään tule olemaan valmiuksiltaan ja toiveiltaan samanlaisia, vaan myös merkittävää tukea ja apua tarvitsevia potilaita tulee olemaan, aina tahdonvastaiseen hoitoon asti. Terveystieteiden tutkimusten suuri haaste tulee

olemaan potilaiden tunnistaminen.

Ketkä ovat niitä, jotka ovat omatoimisia ja aktiivisia ja haluavat järjestelmältä toimimista valmentajana sekä kumppanina – ja jotka vastavasti kuormittavat vähemmän järjestelmän resursseja? Ketkä taas tarvitsevat

sosiaalista ja psyykkistä tukea selvitäkseen joko dramaattisesti muuttuneesta tai krooniseksi kääntyneestä elämäntilanteestaan? Vaikka jälkimmäiset potilaat kuluttavat järjestelmän resursseja merkittävästi ensiksi kuvaillun kaltaisia enemmän, näiden potilaiden kohdalla voidaan saavuttaa huomattavia säästöjä tunnistamalla nämä potilaat ”avainasiakkaiksi” hyvissä ajoin.

Suuri haaste tulee olemaan potilaiden tunnistaminen. Ketkä ovat omatoimisia? Ketkä taas tarvitsevat tukea?

Kaikki tämä edellyttää kuitenkin, että taustalla olevat tietojärjestelmät toimivat ja ovat kunnossa.

Jos terveydenhuoltojärjestelmässä on yksi ongelma, josta suuruudesta kaikki ovat yhtä mieltä, on se tietojärjestelmät ja niiden keskenään keskusteleminen. Kysymys ei ole vain IT-tekninen, vaikka kunkin kunnan ja kuntayhtymän erilliset hankinnat ovatkin hankaloittaneet yhtenäisen järjestelmän aikaansaamista perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon välille, valtakunnallisista järjestelmistä puhumattakaan.

Kysymys on yhtä lailla ajattelutavasta. Esimerkiksi potilastiedot, diagnoosit ja lääkitykset on kirjattava aina ja strukturoidusti. Ilman kunnollista kirjaamista apua tarvitsevat kanta-asiakkaat eivät löydy. Seuraava potilastarina on valitettavan valaiseva:

Yritin tavoittaa omahoitajaa kolmen päivän ajan ennen kuin sain ketään kiinni. Kaksi viikkoa aiemmin soittamaani lähetettä ei enää ollut, koska lähetteen laittanut terveydenhoitaja oli laittanut lähetteen olemaan voimassa vain kyseisen päivän ajan – vaikka nimenomaan olin sanonut, että tulen otattamaan näytteen vasta kahden viikon päästä (kyseessä on keskenmenon jälkeinen hcg-kontrolli, joka siis piti ottaa aikaisintaan kaksi viikkoa keskenmenon jälkeen).

Jo lähetettä pyytäessäni olin joutunut selittämään tilanteeni useaan kertaan vastanneelle hoitajalle (ei siis omahoitaja, joka oli lomalla) ja var-

mistamaan, että nyt on varmasti lähetteet sekä kilpirauhasarvojen että hcg:n mittaamiseen. Terveystenhoitaja oli vieläpä mietiskellyt ääneen puhelimesta, että ”otettiin kohan se testi nyt sitten virtsasta vai verestä”, johon vastasin, että ”enpä ole minä terveydenhuollon ammattilainen, joten en tiedä”. Labrassa kehottivat pyytämään neuvonnasta uuden lähetteen ja varmistamaan vielä, että on varmasti oikea testi (ei siis virtsasta otettava raskaustesti vaan verestä otettava hcg-arvo).

Kun sitten neuvonnassa pyysin uutta lähetettä, oli asiakas ”palvelija” kovin tyyne eikä osannut vastata kysymykseeni siitä, onko nyt varmasti kyseessä oikea testi (”minä vain laitan tämän vanhan lähetteen eteenpäin, en minä näistä testeistä mitään tiedä”). Pitää kuulemma taas soittoaikana soittaa terveydenhoitajalle ja tarkistaa häneltä, onko nyt lähete oikeaan testiin vai pitääkö laittaa uusi lähete. Nyt sitten toivon vain, että saisin tämän päivän soittoajalla edes jonkun hoitajan kiinni, ja että vastaaja on edes hieman paremmin selvillä asioista kuin aikaisempi hoitaja...

Kysymys tietojärjestelmien suunnittelusta ja pelaamisesta keskenään yhteen on myös kysymys asiantuntijaorganisaation toimintatavasta: normaalisti tietohallinto toimii tulkkina tietojärjestelmäspesialistien ja substanssispesialistien välissä. Erikoissairaanhoidossa erikoisalajat ovat perinteisesti varsin itsenäisiä. Lisäksi erikoisaloilla on suuri kiusaus perustella

omia toiveitaan vaatimusmäärittelyyn niiden ehdottomalla välttämättömyydellä potilasturvallisuuden, viime kädessä elämän ja kuoleman kysymysten kannalta.

Näin terveydenhoidon tietojärjestelmäprojektit kasvavat helposti yli kohtuudella hallittavan koon, kun kompromissien ja karsintojen määrää ei saa

kasvattaa. Aikataulut ja budjetit paukkuvat, lopussa tulee kiire, käyttäjätestaus unohtuu tai niiden yli joudutaan hyppäämään, jotta aikataulussa pysytään, käyttäjät eivät ota omakseen huonon käytettävyyden järjestelmiä, vaan pitävät rinnallaan omia excelejä jne.

Nämä tositarinat ja ongelmat eivät ole yksin terveydenhuollolle ominaisia, mutta terveydenhuollon organisaatioissa ”paras on hyvän vihollinen” -tyyppiset ongelmat korostuvat helposti.

Kansallinen Terveysarkisto (*KanTa*, osoitteessa www.kanta.fi) eli terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kokonaisuus kuitenkin etenee. Palvelut, ensimmäisenä sähköinen *eResepti* lääketietokantoinen, tulevat käyttöön vaiheittain koko Suomessa. Kaikkien apteekkien on saatava e-reseptijärjestelmänsä valmiiksi huhtikuun 2012 alkuun mennessä. Seuraavassa vaiheessa käyttöön tulevat sähköinen potilastiedon arkisto (*eArkisto*) ja omien potilastietojen katselu.

Terveydenhoidon tietojärjestelmäprojektit kasvavat helposti yli kohtuudella hallittavan koon

Iso kysymys tulee olemaan myös tietosuojan tason määrittely. Tällä hetkellä potilastietojärjestelmissä on erittäin tiukat tietosuojamääräykset. Tämä johtaa hoidon kannalta vaarallisiin tilanteisiin: potilaan aiemmasta lääkityksestä ei saada tietoja siirrettyä, ei lääkityksen muutoksista, ei hoitohistoriasta eikä tehdyistä toimenpiteistä. Kyse ei aina ole edes tiedonsiirroista: tällä hetkellä on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä päivystyspisteitä, joissa yhteiseen järjestelmään perusterveyden-

Erittäin tiukat tietosuojamääräykset johtavat hoidon kannalta vaarallisiin tilanteisiin

huollon kautta kirjatun potilaan tiedot eivät ole näkyvissä saman toimipisteen erikoissairaanhoidon ammattilaiselle, joka käyttää tietojärjestelmää omilla käyttäjätunnuksillaan.

Suomalaisten olisikin syytä varautua miettimään tietosuojaa ja tietoturvaa uusiksi ja pohtia, kumpi on isompi vahinko: se, että satunnainen toimistovirkailija näkee joskus jonkun potilaan tietoja, vai se, että potilasturvallisuuden kanssa ollaan riskirajoilla, kun tietoja ei ole riittävästi saatavissa käyttöön, vaikka ne olisi sinällään viety järjestelmään oikein. Yksi ratkaisu dilemmaan olisi se, että kansalaiset saisivat sekä itse nähdä, kuka heidän tietojaan on käyttänyt, että määrittää, kuka niitä pääsee käyttämään.

5 Suositukset

Julkisen talouden kestävyysvajeen voittaminen edellyttää, että terveydenhuollon tuottavuus nousee. On opittava saamaan aikaan paljon nykyistä enemmän suhteellisesti nykyistä pienemmillä resursseilla.

Säästämme paljon, jos otamme palvelutarkastelutavan lääketieteellisen, hoidollisen ja hallinnollisen tarkastelutavan rinnalle, määrittelemme hoitoprosessin ja sen tavoitteet yksilöllisesti loppuun asti sekä muutamme terveydenhoitojärjestelmän koko ”putkiston” kustannusohjaavaksi.

Kun puhutaan säästöistä terveydenhoidossa, puhutaan yleensä järjestelmän aiheuttamien kustannusten vähentämisestä. Säästäväisyys on toki hyve terveydenhuollossakin, mutta vielä tärkeämpää on pyrkiä toimimaan aiempaa fiksummin. Itse asiassa väärin toteutetut säästöt johtavat helposti vain osaoptimointiin: esimerkiksi pyrkimykset vähentää sairausvakuutuksen tulonsiirtoja voivat johtaa perusterveydenhoidon menojen kasvuun – tai päinvastoin.

Lopulta suurin osa kansantaloudelle koituvista säästöistä ei tule terveydenhoitomenojen pienenemisestä, vaan työssä olevien vähäisemmästä sairastavuudesta sekä pidemmistä työurista. Tällä on suora vaikutus huoltosuhteeseen. Kaikki tämä on mahdollista hoidon laadusta tinkimättä, tarjoamalla ihmisille heidän tarpeitaan vastaavat palvelut, joissa 2010-luvun potilas, yksilö, kuluttaja ja kansalainen ovat keskiössä.

Ministeriöiden hellimät palvelurakennemuutokset eivät ole tähän pystyneet, koska niistä pitkälti puuttuvat nämä näkökulmat ja elementit. Myös valtion oma taloudellinen tutkimuskeskus VATT myöntää tämän: ”*Paras-hankkeessa tähän saakka korostetussa asemassa olevien kuntien yhdistymisten ja kuntien yhteistyön lisäämisen rinnalle tarvitaankin konkreettisia uudistuksia palvelujärjestelmään ja palveluiden tuottamisen tapoihin*”³³.

VATT on myös laskenut, että hyvinvointipalvelujen tuottavuuden kohottaminen 0,25 prosenttiyksiköllä pienentäisi kestävyysvajetta yhdellä prosenttiyksiköllä. Vastaavansuuruinen vaikutus edellyttäisi yleisen tuottavuuden 1,25 prosenttiyksikön nousua³⁴.

Taulukkoon 6 on summattu tässä luvussa esitettävien toimenpide-ehdotusten arvioidut kustannusvaikutukset kansantaloudelle vaikutuskohdeittain. On syytä painottaa, että esitetyt luvut ovat parhaimmillaankin vain hyvin karkeita arvioita, jotka perustuvat moniin yksinkertaistuksiin ja oletuksiin. Ne antavat yhteenlaskettuina kuitenkin osviittaa saavutettavissa olevien säästöjen suuruusluokista.

Nämä varaukset mielessä pitäen voidaan todeta, että esitettävillä suosituksilla olisi mahdollista saavuttaa yhteensä noin 1,4 miljardin säästöt julkiseen talouteen.

Tämän lisäksi kohentuvalla terveydellä ja lisääntyvällä työssöololla olisi luonnollisesti kerrannaisvaikutuksia. Ne antaisivat mahdollisuuksia

	Milj. euroa	Julkisen terveydenhoito, pl. suun terveydenhoito				Työterveys Yksityinen		Muu Kela			
		Perusterveydenhuolto	Laitoshoito	Erikoissairaanhoidon Avo-	Laitoshoito	Sairausvakuutus	Sairausvakuutus	Lääkekorvaukset	Sairauspäivärahat	Matkakulut	Työkyvyttömyyseläkkeet
Ehdotus	Yht.	1 725.1	1 068.6	1 791.5	3 786.2	304.5	938.0	1 768.8	813.4	233.4	2 853.6
1. Julkisen terveydenhuollon tilaus ja tuotanto erotettava	195	5.0 % 86	5.0 % 53	1.0 % 18	1.0 % 38						
2. Perusterveydenhoito ja erikoissairaanhoidon samaan organisaatioon	84	1.0 % 17	1.0 % 11	1.0 % 18	1.0 % 38						
3. Julkisen terveydenhoidon johtamiseen palvelutoiminnan osaamista	84	1.0 % 17	1.0 % 11	1.0 % 18	1.0 % 38						
4. Lääkärien ja hoitajien työnjaon raja-aitoja madallettava lisää	42	0.5 % 9	0.5 % 5	0.5 % 9	0.5 % 19						
5. Järjestelmästä aiheutuvien hoitovirheiden ja häiriöiden systemaattinen vähentäminen	81			1.0 % 18	1.0 % 38		1.0 % 9		2.0 % 16		
6. Hoitoon pääsy ja neuvonta yhdistettävä contact center -toiminnaksi	43	2.0 % 35		0.5 % 9							
7. Hoitosuunnitelmat kaikille potilaille	99	0.5 % 9		0.5 % 9					3.0 % 24		2.0 % 57
8. Hoidon loppuunsaattamiselle ja tehokkuudelle mittarit	164			1.0 % 18	1.0 % 38			2.0 % 35	2.0 % 16		2.00 % 57
9. Valtion kehitysrahopotille uudet jakoperiaatteet	48	0.5 % 9	0.5 % 5	0.5 % 9	0.5 % 19	0.5 % 2	0.5 % 5				
10. Työnantajalle lisäkannustin työkyvyttömyystaloksiin											
11. Ei-parantava hoito muuallekin kuin syövän hoitoon	-24		-0.5 % -5		-0.5 % -19						
12. Parhaiden käytäntöjen systemaattinen siirtäminen	199	1.5 % 26	1.5 % 16	1.5 % 27	1.5 % 57	0.5 % 2		2.0 % 35	1.0 % 8		1.0 % 29
13. Potilaan tietosuojan hallintaminen	42	0.5 % 9	0.5 % 5	0.5 % 9	0.5 % 19						
14. Ihmisen kohtelu vastuullisena yksilönä*	176	2.0 % 35	2.0 % 21	2.0 % 36	2.0 % 76				1.0 % 8		
15. Perusterveydenhuoltoon kustannusohjaava ote kannustimilla	52	3.0 % 52									
16. Sosiaali- ja terveydenhoidon yhteiset task force eritysryhmille yli siilorajojen	17	1.0 % 17									
17. Matka- ja lääkekorvausten rahat hoidon tilausyksiköille	88							3.0 % 53		15.0 % 35	
18. Ylipistosairaaloiden erva-rahoitusta kehitettävä											
19. Monikulttuurisuuden huomioiminen nykyistä paremmin											
Yhteensä	1 390										

Taulukko 6 Raportin suositusten kustannusvaikutukset suosituksittain ja menoerittäin
Prosenttiluvut viittaavat kunkin ehdotuksen kohdalla määriteltyyn arvioon vaikutuksesta.

* Kustannusvaikutus ei kohdistus sairauspäivärahoihin, vaan Kelan hallintoon.

parantaa tuottavuutta yrityksissä ja muilla työpaikoilla, lisäävät yrityksiltä ja kansalaisilta saatavia verotuloja, vähentäisivät terveydenhuollon investointitarpeita sekä pienentäisivät sosiaalitoimen kustannuspaineita. Nämä kerrannaisvaikutukset voitaneen arvioida varovasti samansuuruisiksi kuin suorat säästötkin.

Näin ollen suositusten kokonaisvaikutus olisi 2,5–3,0 miljardin euron suuruusluokassa. Kun valtionvarainministeriön arvio julkisen talouden kestävyysvajeesta on 5 miljardia euroa, olisi raportissa suositelluilla toimenpiteillä mahdollista saada katettua siitä noin puolet – tai joka tapauksessa merkittäviä osuus.

Kansalaisten lisääntyvä hyvinvointi on luonnollisesti jotakin, jota ei voi mitata rahassa.

1 Julkisen terveydenhuollon tilaus ja tuotanto erotettava toisistaan aidosti

Aihetta on tutkittu pitkään ja kansainväliset kokemukset ovat hyvin tiedossa. Ruotsissa järjestelmä on toiminut maakunta- eli maakäräjätasoisena vuoden 2010 alusta ja kokemukset ovat hyödynnettävissä. Uudistuksen ytimessä tulee olla kuluttajan valinnanvapaus tuottajasta. Tilaajan on järjestettävä laadunvalvonta, jossa mukana ovat hoitoonpääsyajat, hoidon tuloksellisuus sekä kuluttajapalaute palvelun laadusta. Tuotannossa voi olla mukana tilaajan minimilaatukriteerit täyttäviä yksityisiä ja julkisia organisaatioita. Koska erilaisia malleja on laajalti esitelty julkisuudessa, tässä ei lähdetä rakentamaan yhtä uutta mallia.

Riippumatta siitä, onko julkisia tilaajaorganisaatioita yksi kansallisella tasolla vai useampia alueellisia, voidaan uudistusta lähteä toteuttamaan alueellisesti vaiheittain. Tällöin ei kuitenkaan pidä aloittaa pienemmän väestömäärän pohjoisesta, vaan sieltä, missä on jo runsaasti kilpailevaa tarjontaa. Muilla alueilla kilpailulle täytyy vielä antaa aikaa syntyä. Tällä tavoin saadaan varmistettua, että kilpailua todella saadaan aikaiseksi niin laajasti kuin mahdollista.

- Tärkeää on, että rahat kulkevat potilaan ja kuluttajan mukana, olivatpa niiden alkuperä ja rahoituskanava mikä hyvänsä.
- Tietojärjestelmien yhtenäisyys on aidon valinnanvapauden ja laatu kontrollin vuoksi välttämätöntä, kuten Ruotsissa on huomattu. Tämä puoltaa järjestelmän toteuttamista ennemmin valtakunnallisena kuin hajautettuna.
- Uudistus saadaan todennäköisesti poliittisesti helpommin ja nopeammin liikkeelle, jos se irrotetaan kuntarakennepöytäkirjasta. Kuntaidentiteetit ja kunnallinen itsehallinto ovat suomalaisille tärkeitä, huomattavasti tärkeämpiä kuin se, että terveydenhuollon ohjaus on kuntatasolla. Jos ja kun toteutuksesta iso osa olisi kuitenkin kunnallisten ja kuntayhtymien toteuttajien käsissä kuten nykyin, ero nykyiseen ei kansalaisen kannalta olisi niin dramaattinen.
- Laskennalliset tehokkuuserot terveyskeskusten välillä eivät ole eroja maakuntien välillä, vaan tehottomia ja tehokkaita keskuksia löytyy kaikkialta³⁵ – näin ollen olisi tärkeää pitää huoli, että hyvät käytännöt saadaan vietyä nykyistä yhtenäisemmin valtakunnan kaikkiin osiin.
- Monipuolisen ammattitaidon ylläpitämiseksi voisi kuitenkin olla hyvä edellyttää tuottajaorganisaatioilta riittävän laaja repertuaaria – muutakin kuin vain esim. päivystysten hoitamista ulkoistetusti. Toisaalta on varottava, että kynnyks ilmoittautua palveluntarjoajaksi ei nouse liian suureksi, eli kriteerit eri tarpeiden täyttäjille voivat poiketa toisistaan hyvinkin paljon.
- On erikseen harkittava, missä määrin kilpailutus ulotetaan erikoissairaanhoidon vai ulotetaanko lainkaan. Suurimmat säästöt

saadaan perusterveydenhoidossa, jonka markkinoille on myös helppompaa tuoda useita riittävän päteviä ja taloudelliselta perustaltaan vakaita kilpailevia toimijoita. Nykyjärjestelmässä yksityisestä erikoissairaanhoidosta pääsee aina julkiselle puolelle, jos vaiva osoittautuu vaativammaksi. Järjestelmä on toiminut varsin hyvin ja jos se romutetaan, lapsi voi mennä pesuveiden mukana.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: perusterveydenhoidon kulujen säästöjä 5 %, erikoissairaanhoidon kulujen säästöjä 1 %, yhteensä 195 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: valinnanvapauden kasvu, nopeammin hoitoon, varmemmat hoitotulokset, vähemmän pallottelua luukulta toiselle.

2 Perusterveydenhoito ja erikoissairaanhoidon samaan organisaatioon

Potilaiden ja vastuiden pallottelu näiden organisaatioiden välillä pitää saada loppumaan ensi tilassa. Toimivien ratkaisujen on eri organisaatiotasojen yhdistäminen siten, että suunnittelu ja ohjaus tapahtuu ns. miljoonapiireittäin.

Seurannan ja laaduntarkkailun tulee keskittyä erityisesti lähetekynnyksen tarkkailuun: missä vaiheessa, millaisia määriä ja millä kriteereillä potilaita lähetetään perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja takaisin. Erikoissairaanhoidon tulee myös antaa perusterveydenhoidolle nykyistä enemmän konsultaatioapua, joka lähtee perusterveydenhoidon tarpeista. Tämän tulee olla näkyvää sekä molemmin puolin kannustettua, kuten kaiken muunkin tuen, jota erikoissairaanhoidon antaa perusterveydenhoidolle.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: päällekkäisyyden vähenemisenä, käyntikertojen vähenemisenä ja hoitoaikojen lyhenemisenä 1 % perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon yhteiskuluista, yhteensä 84 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: oikeaan paikkaan oikeaan aikaan nopeammin, potilaan pallottelun väheneminen, erikoistason osaamisen saaminen paremmin jo perustason käyttöön, hoidon läpimeinoaikojen lyheneminen, paraneva asiakastyytyväisyys.

3 Julkisen terveydenhoidon johtamiseen palveluosaamista

Ei ole kenenkään vika, että palveluliiketoiminnan opettelu on monin paikoin uusi asia suomalaisessa terveydenhoidossa. Lahjakkaimmat, uteliaimmat ja viitseliäimmät johtohenkilöt ovat toki aiemminkin omaksuneet palvelutuotannon ja -toiminnan oppeja yhteiskunnan ja talouselämän eri osa-alueilta. Hoitoprosessien sujuvoittamiseksi tämän osaamisen fundamentaalinen, läpäisevä vaikutus hoitoprosessien muotoiluun tulisi varmistaa. Uusia julkispuolen tilaus- ja tuotantoyksiköjä – niiden koosta riippumatta – johtaisivat tasavertaisina ja samalla tasolla lääketieteelliset johtajat ja asiakkuus- tai palvelujohtajat. Näissä rekrytoinneissa tulisi suosia verenvaihtoa yksityisen ja julkisen sektorin sekä eri toimialojen välillä. Asiakkuusjohtajien vastuulle kuuluisivat selkeästi palvelumuotoilun, asiakasviestinnän ja tehokkuusindikaattoreihin liittyvät asiat.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: käyntikertojen vähenemisenä ja hoitoaikojen lyhenemisenä 1 % perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon yhteiskuluista, yhteensä 84 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: oikeaan paikkaan oikeaan aikaan nopeammin, pallottelun väheneminen, erikoistason osaamisen saaminen paremmin jo perustason käyttöön, hoidon läpimenoaikojen lyheneminen, paraneva asiakastyytyväisyys.

4 Lääkärien ja hoitajien työnjaon raja-aitoja madallettava lisää

Perusterveydenhuollossa on täsmennetty ammattikuntien välistä työnjakoa. Kymmenessä vuodessa viidesosa 10 miljoonasta vuosittaisesta avoimuuden lääkärikäynnistä on muutettu käynneiksi hoitajien ja muiden ammattilaisten vastaanotoilla. Tätä työtä olisi jatkettava kartoittamalla systemaattisesti ne kohdat hoitoprosessissa ja -käytännöissä, joissa täydennyskoulutettu hoitohenkilökunta voisi tehdä osia lääkärin nykyisin tekemistä työvaiheista. Tämä tapahtuu lääkärin valvonnassa sekä perustasolla että erikoissairaanhoidossa. Parhaat käytännöt ja kokemukset tulisi levittää valtakunnalliseen käyttöön. Osana työnjaon uudelleenarviointia hoitohenkilökuntaa tulisi vapauttaa oheistehtävistä kuten vaatehuollosta yms. kehittämällä sairaaloiden prosesseja, mottona ”oikea koulutustaso oikeaan tehtävään”. Tämä edellyttää sekä tehtävien järjestämistä koulutus- tasojen mukaan että koulutuksen järjestämistä tehtävien mukaan.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: perus- ja erikoissairaanhoidossa 0,5 % säästöt, yhteensä 42 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: hoidon läpimenoaikojen lyheneminen, enemmän aikaa potilaalle per käyntikerta.

5 Järjestelmästä aiheutuvien hoitovirheiden ja haittojen systemaattinen vähentäminen

Hoitovirheitä sattuu paljon ja niitä sattuu kaikille. Tutkimusten mukaan suurin osa niistä on eliminoitavissa.

Virheiden ehkäisemisen parhaat käytännöt pitää levittää valtakunnallisiksi normeiksi. Sekä perus- että erikoissairaanhoidossa tehtäviä innovaatioita on palkittava ja kannustettava henkilöstöä havainnoimaan puutteita ja parantamaan toimintaympäristöään.

Potilaspalautejärjestelmät tulee saada huomattavasti tehokkaampaan käyttöön kuin vain valituskanaviksi. Sosiaalisen median välineet, joissa henkilökunta voi keskustella keskenään ja yhdessä potilaiden kanssa sekä potilaat keskenään, on otettava käyttöön. Potilaita on myös informoitava hoitovirheistä ja vahingoista ja heiltä on kerättävä palautetta prosessien kehittämiseksi. Sekä avo- että sairaalahoidon tietojärjestelmien on paremmin informoitava lääkityksen muutoksista sekä lääkitysyhdistelmistä. Niiden on hälytettävä nykyistä voimakkaammin, jotta vältetään lääkivirheet.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: nopeampina toipumisaikoina, uusintakäyntien vähenemisenä, uusintaoperaatioiden vähenemisenä sairauspäiväraha- ja korvauksien säästöjä 2 %, yksityisen terveydenhoidon sairausvakuutus- ja korvauksien säästöjä 1 %, julkisen erikoissairaanhoidon kulujen säästöjä 1 %, yhteensä 81 miljoonaa euroa.

**Arvioitu vaikutus kansalaisille: parempi tyytyväisyys ja luottamus järjestelmään, nopeampi paraneminen, tarpeettomalta kivulta, huo-
lelta ja kärsimykseltä säästyminen.**

6 Hoitoon pääsy ja neuvonta tulisi yhdistää contact center -toiminnaksi

Hoitoon pääsyn organisointi on nykyisellään pitkälti tukkoisten puhelinpalvelujen päässä. Jotta voitaisiin organisoida riittävän tuloksellinen ja tehokas palvelu kunkin kansalaisen kuhunkin vaivaan, tulisi neuvonta ja hoitoon pääsyn organisointi yhdistää.

Järjestelmän tulisi toimia monikanavaisesti: netissä, sähköpostitse, puhelimitse sekä henkilökohtaisilla käynneillä. Asiakasta on kannustettava käyttämään kustannuksiltaan edullisinta yhteydenottotapaa. Silloin kun se riittää tilanteen selvittämiseen, säästyy tarpeeton lääkärikäynti. Toimintaa pyörittävän yksikön tulisi olla riittävän iso. Verkossa toimiva ”usein kysytyt kysymykset” -osio voisi olla valtakunnallinen, ettei kaikkien tarvitse keksiä samaa pyörää uudestaan. Näin saadaan vapautettua resursseja vaativampaan neuvontaan ja pystytään paremmin priorisoimaan hoitoon pääsyä. Säästöt riippuvat siitä, miten järjestelmä mitoitetaan.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: turhien käyntien, erityisesti päivystyskäyntien vähenemisenä 2 % perusterveydenhoidon ja 0,5 % erityissairaanhoidon avohoitokuluista, yhteensä 43 miljoonaa euroa. Arvioitu vaikutus kansalaisille: nopeammin oikeat neuvot, vähenevä tarve lähteä päivystykseen, nopeampi paraneminen oikealla neuvonnalla oikeissa vaiheissa hoitoprosessin mittaan.

7 Hoitosuunnitelmat kaikille potilaille

Hoitosuunnitelmasta on tultava potilaan perusoikeus. Hoitosuunnitelmien avulla vältetään hoitovirheitä, ja varmistetaan, että potilaat hoitavat oman osansa hoidosta oikeaan aikaan ammattilaisten tapaamisen välilläkin. Suunnitelma kertoo, mille terveyden palauttamisen tasolle hoito tähtää, jolloin potilaalle kohdennetaan oikeat hoitotoimenpiteet.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: turhien ja valmistelemattomien käyntien vähenemisenä 0,5 % perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon avohoidon yhteiskuluista, sairauspäivien vähenemisenä säästö 5 % sairausvakuutuksen päivärahojen yhteissummasta, työkyvyttömyyseläkepäästösten vähenemisenä tai myöhentymisenä pitempi työelämä, 5 % työkyvyttömyyseläkemenosta, yhteensä 99 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: tietoisuus omasta hoidosta ja paraneemisesta kohenee, hoidon läpimenoajat lyhenevät, pidempi työelämä ennen työkyvyttömyyttä tai sen sijaan.

8 Hoidon loppuunsaattamiselle ja tehokkuudelle mittareita

Syövän hoidolle on jo olemassa käyvät mittarit, jotka toimivat sekä yksilötasolla, sairauden tasolla että populaatiotasolla. Mittarit kertovat muun muassa, mikä on niiden potilaiden osuus, jotka ovat elossa kolmen vuoden ja viiden vuoden päästä diagnoosista. Vastaavanlaisia mittareita voisi kehittää myös esim. vanhusten lonkkaleikkauksille. Ne voisivat perustua paitsi henkiin jäämiseen, myös toimintakykyyn: esimerkiksi voiko potilas asua kotona yhden vuoden tai kolmen vuoden kuluttua leikkauksesta. Nimenomaan hoidon loppuun saattamiseen painottuvia mittareita tulisi kehittää ja ottaa niitä laajemmin käyttöön. Ne antaisivat mahdollisuuden kansainväliseen vertailuun.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: aikaa myöten hoitoprosessin hioutumisen myötä tarpeeton pullonkaulojen siirteleminen hoitoprosessin varrella vähenee, mikä vähentää ylitöiden ja muiden hätäratkaisujen käyttöä, arvio erikoissairaanhoidon kokonaiskuluista

1 %, sairausvakuutuksen korvattavista lääkekuluista 2 %, sairauspäivärahoista 2 %, työkyvyttömyyseläkemenosta 2 %, yhteensä 164 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: tarpeettomat käynnit ja tutkimukset vähenevät, paremmat paranemistulokset, pitempi työelämä, pitempi eliniänodote, parempi vointi sairastaessa.

9 Valtion kehitysrahoille uudet jakoperiaatteet

Kehitystoiminnan tukemisen käytettävän 100 miljoonan euron potin pitäisi nykyisen massiivisen painopistelähtöisen, perusterveydenhoito-painotteisen ja kuntasektoriin keskittyvän projektisalkun lisäksi kattaa yksityinen ja työterveyssektori sekä palkita omaehtoiset, käytännön ruohonjuuritoiminnasta nousevat käytäntöjen muutokset ja niiden levittäminen. Hankkeita, joissa on useamman kuin yhden sektorin toimijoita mukana, tulisi suosia aina, kun se on mahdollista.

Jos kokonaissumma nelivuotiskautta kohti pysyy yhtä suurena, olisi sopiva jakosuhte esim. 5-10 % yksityisen sektorin hankkeisiin ja 10-20 % työterveyshuollon hankkeisiin. Julkisen sektorin hankkeisiin jäävästä 70-85 % osuudesta vähintään 30 % tulisi kohdistaa erikoissairaanhoidon sekä hoitoprosessin loppupään kuten kuntoutuksen hankkeisiin, tai hankkeisiin, joissa näitä raja-aitoja pyritään ylittämään ja prosessia sujuvoittamaan muuallakin kuin alkupäässä.

Samalla tulisi olla tarkkana, että yritystukia koskevia säännöstöjä sovelletaan asianmukaisesti eikä kilpailutilanteita vääristetä. Yksityisiltä yrityksiltä voi edellyttää selvästi korkeampaa omarahoitussuutta kuin julkisilta organisaatioilta. Tulosten tulisi luonnollisesti olla mahdollisimman julkisia.

Kaikilta hankkeilta tulisi edellyttää tuloksellisuuden arvioinnissa eumääräisiä säästöjä tai muuta kustannustehokkuutta, ja dokumentoituja kohennuksia potilaan asemaan tai henkilökunnan työtyytyväisyyteen. Hankkeet menettävät oikeutuksensa jos niiden vaikuttavuus hukkuu muun samansuuntaisen toiminnan hetteikköön.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: kehityshankkeiden vaikuttavuuden kohenemisella 0,5 % säästöt perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon yhteiskuluista, työterveyshuollon korvattavasta osuudesta sekä yksityisen sairaanhoidon korvattavista kuluista, yhteensä 48 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: ei välitöntä hyötyä, mutta välillisesti parannuksia hoitoon pääsyyn, hoitoaikoihin, hoidon ja palvelun laatuun sekä potilasturvallisuuteen.

10 Työnantajille lisäkannustin työkyvyttömyystalkoisiin

Osa sairastamisesta, työpoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu syistä, joihin työnantaja voi vaikuttaa. Useiden arvioiden mukaan esim. mielenterveyssyistä johtuvan työkyvyttömyyden takana on monesti huono johtaminen tai muut työilmapiiriin vaikuttavat seikat, jotka heikentävät yksilön kykyä sopeutua ympäristöönsä.

Työterveyshuolto tähtää pitkälti työkyvyn ylläpitoon. Työnantajan muut veloitteet liittyvät työsuojelulainsäädännön noudattamiseen, työterveysuunnitelmien laadintaan ja muihin vastaaviin hallinnollisiin reunaehtoihin. Näiden lisäksi työnantajille voitaisiin kenties rakentaa välitön taloudellinen lisäkannustin pitää huolta työntekijöidensä työkyvystä, samaan tapaan kuin autoilija saa alennettua vakuutusmaksujaan puhtaalla onnettomuushistorialla.

Sairastavuus, ammattitaudit ja työolosuhteet vaihtelevat kuitenkin paljon toimialalta toiselle. Kannustavuus ei saisi myöskään johtaa siihen, että työntekijöitä painostettaisiin pysymään sairaina työpaikalla, jotta työnantaja ei menetä bonuksiaan. Näin ollen uudistus, jossa työnantajan sairausvakuutus- ja työterveyskustannukset (tai vaihtoehtoisesti työterveyskulujen korvattavuus) olisivat joiltakin osilta sidoksissa siihen, kuinka paljon kunkin työnantajan työntekijät sairastavat tai joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle, olisi valmisteltava huolella ja laajapohjaisesti. Siksi tällaisen mallin kustannusvaikutuksistaan ei tässä vaiheessa voida esittää edes karkeaa arviota.

11 Ei-parantava hoito muuallekin kuin syöpään

Kuolemaan johtavien tilanteiden tunnistamista ja siihen sopivaa ei-parantavaa, oireenmukaista hoitoa tulisi kehittää. Tämän suosituksen toteuttamisesta aiheutuisi lisämenoja.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: palliatiivisen hoidon laajentamisen aiheuttamat lisämenot ovat kenties 0,5 % perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon laitoshoidon yhteiskuluista.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: ihmisarvoinen kuoleman lähestymisen kohtaaminen perusoikeutena sairaudesta riippumatta.

12 Parhaiden käytäntöjen systemaattinen siirtäminen

Parhaat käytännöt eivät nykyisellään siirry hyvin koko järjestelmän käyttöön. Yleisimpiä ongelmia ovat tiedon huono kulku, kannustimien puute tai käytäntöjen ”väärä” synty tapa ja käyttöönottopaikka. Asian edistäminen vaatisi oman koordinaatioelimensä, jossa yhdistyisi monen eri alan asiantuntemus. Tärkeintä on myönteinen asenne ruohonjuuritasolla

syntyneiden hyvien käytäntöjen nostamiseksi keskusjohtoisesti kehitettyjen käytäntöjen rinnalle. Jo pelkästään suurten sairaalojen sisälläkin on lukuisia sellaisia parhaita käytäntöjä, jotka on kehitetty osana normaalia työtä. Joskus kyseessä voi olla liikesalaisuus tai kilpailuetu, mutta tästä huolimatta tarvitaan lisää ruohonjuuritasolla kehitettyjen hankkeiden kannustamista ja tiedon levittämistä niistä. Foorumien tulisi kattaa kaikki terveydenhoidon putket ja linjat.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: koko järjestelmän tehostumisesta seuraava perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon yhteiskulujen 1,5 % säästö, korvattavista työterveydenhoidon kuluista 0,5 % säästö, lääkekorvauksista 2 % säästö, sairauspäivärahoista 1 % säästö ja työkyvyttömyyseläkemenosta 1 % säästö, yhteensä 199 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: parempaa ja nopeampaa hoitoa, vähemmän turhaa hoitoa, lääkkeitä ja tutkimuksia, lyhyempiä sairauslomia, vähemmän työkyvyttömyyseläkkeitä.

13 Potilaan tietosuojan höllentäminen

Potilaiden oman osallistumisen turvaamiseksi sekä joustavan hoitoketjun mahdollistamiseksi nykyistä ylikireää tietosuojaa tulisi höllentää. Nykykäytännössä kaikki tietoa tarvitsevat eivät aina saa kaikkea, kirjaimellisesti elintärkeää tietoa potilaasta. Myös tietty toleranssi turvallisuuden kannalta vaarattomille tiedon vuotamismahdollisuuksille tulisi hyväksyä osana kokonaisuutta. Yksilöille itselleen tulisi luoda mahdollisuus säädellä tietojensa avoimuutta ja tarkkailla tietojensa käyttöä.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: hoitovirheiden vähenemisestä sekä niistä seuraavilta uusintatoimenpiteiltä välttymisestä ja hoitoketjujen sujuvoitumisesta perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon yhteiskuluista 0,5 % säästö, yhteensä 42 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: parempaa ja nopeampaa hoitoa, hoitovirheiden riskin merkittävä pieneminen.

14 Ihmisen kohtelu vastuullisena yksilönä

Terveydenhoitojärjestelmän kaikilla tasoilla tarvitaan enemmän luottamusta yksilöön. Hoitoprosessissa potilaan omaa roolia voidaan lisätä silloin, kun siihen on edellytyksiä sairauden luonne ja potilaan valmiustaso huomioon ottaen. Mittareihin ja suoritteisiin on otettava mukaan myös potilaan oma osa. Kelan päätös- ja korvausprosesseihin tarvitaan valvon-

nan sijaan enemmän automatiikkaa, jota voidaan tarvittaessa täydentää harkinnanvaraisilla lisäselvityksillä. Nykyisellään lääkärin kirjoittaman sairausloman jälkeen kansalaisen pitää esimerkiksi vielä erikseen perustella työkyvyttömyyttään, jos anoo sairauspäivärahaa Kelalta.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: koko järjestelmän tehostumisesta seuraava perusterveydenhoidon ja erityissairaanhoidon yhteiskuluista 2 % säästö, Kelan hallinnossa 1 % sairausvakuutuskulujen määrää vastaava tehostumissäästö, yhteensä 176 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: parempaa ja nopeampaa hoitoa, suurempi kontrollin tunne omaan elämään, nopeampi byrokratian käsittelyprosessi etuuksia hakiessa.

15 Perusterveydenhuoltoon kustannusohjaava ote kannustimilla

Perusterveydenhuollon toimijat tarvitsevat kustannusohjaavaa rahanjako kannustamaan yhtäältä avainasiakkaiden tunnistamiseen ja heidän palveluidensa muotoilemiseen omiksi palveluprosesseikseen, toisaalta rationalisoimaan paljon käyntejä aiheuttavien vähäisten vaivojen hoitoa.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: koko järjestelmän tehostumisesta seuraava perusterveydenhoidon avohoitokuluista 3 % säästö, yhteensä 52 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: hoidon parempi vaikuttavuus sen kohdistuessa tehokkaammin, myös nopeampi hoitoon pääsy hyvin erityyppisissä tapauksissa.

16 Sosiaali- ja terveydenhoidon yhteiset ”task forcet” yli siilorajojen

Nuorten ja vanhusten kaltaisten erityisryhmien kohtaamat sosiaali- ja terveydenhoidon organisaatiot tulisi yhdistää. Nykyisellään on jo käynnissä lukuisia kokeiluja, kuten sosiaalitoimen vastuulla olevan kodinhoidon sekä terveystoimen kotisairaanhoidon yhdistäminen, etsivän nuorisotyön ja jalkautuvan nuorisopsykiatrian yhteinen toiminta ym. Mielenterveys-työn ja päihdehuollon yhdistäminen on hyvä esimerkki integroinnin mahdollisuuksista. Tätä olisi kuitenkin kehitettävä pidemmälle erityisesti päällekkäisen työn välttämiseksi, väliinputoamisen estämiseksi sekä oikean hoidon saamiseksi oikeaan aikaan oikealle potilaalle.

Työikäisen väestön osalta yhteistoiminnan lisääminen terveydenhuollon eri putkien (mukaan lukien opiskelijaterveydenhoito) välillä, on välttämätöntä.

Vaikutukset kansantaloudelle: mikäli joustavat ja yhteiset organisaatiot ovat käytössä soveltuvin osin, on mahdollista päästä terveydenhoidon julkisen putken avohoidossa 1 % kustannussäästöihin, yhteensä 17 miljoonaa euroa.

17 Matka- ja lääkekorvausten rahat hoidon tilausyksiköille

Nykytilanteessa matkakorvausten ja lääkekorvausten hallinnointi irrallaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannusohjauksesta johtaa osaoptimointeihin ja tarpeettomiin kuluihin. Kuljetusten yhdistämisen tulisi tapahtua hoitavissa yksiköissä – Kela ei siihen pysty. Tärkeää olisi myös tunnistaa, milloin esimerkiksi tutun taksinkuljettajan palvelu pelko-oireista kärsivälle tai erityisapua tarvitsevalle potilaalle on kokonaisuuden kannalta järkevämpää kuin mekaaninen kyytien niputtaminen.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: lääkekorvauksista 3 % säästö, matkakulukorvauksista 15 % säästö, yhteensä 88 miljoonaa euroa.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: tehokkaampi hoito ja oikeammat lääkkeet, joissain tapauksissa pitempi matkustus- tai odotusaika.

18 Yliopistosairaaloiden rahoitusta kehitettävä

Tällä hetkellä yliopistosairaalat joutuvat rahoittamaan suurimman osan erityis- ja kehittämistoimistaan omasta budjetistaan eli sairaanhoitopiirinsä jäsenkuntien rahoituksella, joka määräytyy hoidettujen tapausten perusteella. Toimintojen kustannusohjauslogiikaksi tämä ei kuitenkaan ole oikea, semminkin kun iso osa työstä kohdistuu valtakunnallisesti koko järjestelmää palveleviin kohteisiin.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: kehitysrahan ohjaaminen koko 100 miljoonan euron potista nykyistä isommassa osin yliopistosairaaloille samaan aikaan kun vähemmän vaikuttavista hankkeista tingitään, ei kustannusvaikutuksia.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: parempi kokonaisjärjestelmä kaikkialla maassa.

19 Monikulttuurisuuden huomioiminen nykyistä paremmin

Suomi on muuttunut monikulttuuriseksi maaksi, erityisesti pääkaupunkiseutu. Maahanmuuttajat paikkaavat merkittävästi terveydenhoidon työvoimavajetta, mutta se edellyttää riittävää kielitaitoa, johon on oltava

valmis investoimaan. Nykyisellään riski kommunikaatiokatkoksista on monin paikoin iso. Myös maahanmuuttajien kohteluun potilaina tarvitaan lisää systematiikkaa. Lainsäädäntö, joka lähtee suomen- ja ruotsinkielisten täydestä palvelusta ja muiden satunnaisesta palvelusta, ei vastaa palveluyhteiskunnan periaatteita. Myös tutkimustietoa maahanmuuttajista ja terveydenhuollosta puuttuu.

Arvioitu vaikutus kansantaloudelle: terveydenhoidon ammateissa toimivien maahanmuuttajien lisäkoulutus kulttuurisiin kysymyksiin maksaa itsensä takaisin virheiden, viiveiden ja tarpeettomien konsultaatioiden vähenemisenä.

Arvioitu vaikutus kansalaisille: henkilökunnan kommunikaation paraneminen nopeuttaa läpimenoaikoja ja parantaa palvelukokemusta. Maahanmuuttajien palvelun nousu kantaväestön tasolle nopeuttaa näiden hoidon läpimenoaikoja.

VIITTEET

- ¹ Ks. myös esim. Koponen & Aromaa (2005), jotka toteavat suomalaisten terveyttä kansainväliseen tasoon vertailevassa artikkelissaan: ”Työkyvyttömyyden yleisyyden perusteella keski-ikäisten suomalaisten terveys on paranemisestaan huolimatta edelleen keski-ikäisten eurooppalaisten terveyteen verrattuna heikokko.”
- ² Mattila (2011), s. 151.
- ³ Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on vuonna 1881 perustettu tieteellinen yhdistys, joka kehittää lääkärin ammattitaitoa ja käytännön työtä täydennyskoulutuksen, julkaisujen ja apurahojen avulla. Seuraan kuuluu yli 20 000 lääkärää ja lääketieteen opiskelijaa sekä 99 jäsenyhdistystä. Duodecim kattaa käytännössä kaikki lääketieteen erikoisalat, valtakunnan alueen sekä Suomen lääkärinkunnan varsin kattava. Duodecimin tehtävän on sen sääntöjen mukaan lääketieteen edistäminen, sairaan- ja terveydenhoidon kehittäminen, lääkärin ammatillisen kehittymisen ja kollegiaalisuuden tukeminen, erityisesti suomenkielisen lääketieteellisen julkaisu toiminnan vaaliminen, lääketieteestä tiedottamisen edistäminen ja kansainvälisen lääketieteellisen yhteistyön kehittäminen. Tarkoituksensa toteuttamiseksi seura tukee lääketieteellistä tutkimusta, harjoittaa koulutus- ja julkaisu toimintaa sekä viestintää, vaalii ja kehittää lääketieteen suomen kieltä, edistää jäsenistön yhteenkuuluvuutta sekä ylläpitää suhteita muihin lääketieteellisiin yhteisöihin.
- ⁴ Hoitotakuu (2008), s. 96.
- ⁵ Bevan & Cawley.
- ⁶ Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut (2010).
- ⁷ Kork ym. (2011).
- ⁸ Sosiaali- ja terveysvaliokunta esitti sairausvakuutuslain käsittelyn yhteydessä vuonna 1963, että sairausvakuutusmaksuina kerääntyneestä rahasta pitäisi käyttää vuosittain kaksi prosenttia (2 %) sairauksien ehkäisyyn ja vakuutettujen kuntoutukseen (Mattila 2011). Nykyinen asetus lääketieteellisestä kuntoutuksesta (1015/1991) määrittelee, että ”kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää”.
- ⁹ Linna, Häkkinen & Magnussen (2003).
- ¹⁰ Heikkilä, Kautto & Teperi (2005).
- ¹¹ Tämä perustuu valtioneuvoston asetukseen 1019/2004, jossa hoitotakuun tarkoittamat yhteydenottotavat on rajoitettu puhelinkontaktiin ja henkilökohtaiseen käyntiin.
- ¹² Sosiaali- ja terveysministeriö (2005).
- ¹³ Hyvä vastaanotto 2011 loppuraportti.
- ¹⁴ Savuton Savo (2011).
- ¹⁵ LeBlanc ym. (2011)
- ¹⁶ Julkinen terveydenhuolto peittosi yksityisen (2010).
- ¹⁷ Hoitotakuu (2008).
- ¹⁸ Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen (2011).
- ¹⁹ Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet (2010).
- ²⁰ Aronkytö, Hallipelto & Kangasharju (2010).
- ²¹ Health at a Glance: Europe 2010, s. 95.
- ²² Junttila (2010).
- ²³ Kähkönen (2011).
- ²⁴ Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020 (2010).
- ²⁵ Peltola ym. (2011).
- ²⁶ Grönvall (2011).
- ²⁷ Tässä yhteydessä niputetaan ”flunssaksi” kliiniset diagnoosit ”määrittelemätön ylähengitystieinfektio”, ”välikorvatulehdus”, ”keuhkoputkitulehdus” ja ”sivuontelotulehdus” niiden varsin samankaltaisten oireiden, hoidon ja potilaiden käyttäytymisen vuoksi.
- ²⁸ Harkko (2008), s. 21.
- ²⁹ Rautakorpi ym. (2009).
- ³⁰ Heikkilä (2011).
- ³¹ Heikkilä (2011).
- ³² Soininvaara (2011).
- ³³ Julkinen talous kestäväksi hyvinvointipalvelujen tuottavuutta parantamalla – vuosikirjan satoa (2007).
- ³⁴ Luoma (2010).
- ³⁵ Aaltonen (2006), s. 25.

KIRJALLISUUTTA

Aaltonen, Juho: Perusterveydenhuollon menoeroja selittävät tekijät ja terveyskeskusten kustannustehottomuus. VATT-Keskustelualoitteita 403. Helsinki 2006.

Aronkytö, Timo, Hallipelto, Aatos & Kangasharju, Aki: Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24/2010.

Bevan, Helen & Cawley, Michael, NHS Institute for Innovation and Improvement: Reducing costs and improving quality in the NHS. http://www.lj.se/inf_files/infosida35432/bevanr__reducingcosts_improvingquality_nhs0605.pdf

Grönvall, Ursula: Ahkera potilas ratkaisee lääkärin tulevaisuuden. Mediuutiset 4.2.2011. <http://www.mediuutiset.fi/ uutisarkisto/ahkera+potilas+ratkaisee+laakarin+tulevaisuuden/a573573>

Harkko, Jaakko: Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely [Helsingin terveyskeskuspäivystyksessä.30.05.2008. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,11437,12914,12915,23144>)

Health at a Glance: Europe 2010. OECD.

Heikkilä, Mari: Lääkekorvausjärjestelmä menee remonttiin. Mediuutiset 23.9.2011. http://www.mediuutiset.fi/medi_promojuttu/laakekorvausjarjestelma+menee+remonttiin/a690870

Heikkilä, Matti, Kautto, Mikko & Teperi, Juha: Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtio-neuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005.

Hermanson, Elina: Pahin trauma lääkäristä? Suomen Lääkärilehti 35/2011, s. 2478–2479. http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto35_3.pdf

Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 167/2008.

Hyvä vastaanotto 2011 loppuraportti. Tikkurilan terveysasema.

Julkinen talous kestäväksi hyvinvointipalvelujen tuottavuutta parantamalla – vuosikirjan satoa. VATT NYT 3/2007.

Julkinen terveydenhuolto peittosi yksityisen. Taloussanomien. <http://www.taloussanomien.fi/palvelut/2010/11/15/julkinen-terveydenhuolto-peittosi-yksityisen/201015848/12>

Junttila, Harri: Silmien hoito kaipaa uutta mallia. Mediuutiset 19.2.2010. <http://www.mediuutiset.fi/uutisarkisto/silmien+hoito+kaipaa+uutta++mallia/a376792>

Koponen, Päivikki & Aromaa, Arpo: Suomalaisen terveys kansainvälisessä vertailussa. 18.7.2005. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00044

Kork, Anna-Aurora, Kivimäki, Riikka, Rimpelä, Arja & Vakkuri, Jarmo: Julkinen terveyspalvelu kauppaeskuksessa. Ylöjärven terveyskeskin loppuarviointi. Sitran selvityksiä 56/2011.

Kähkönen, Heidi: Hammashoidon vaaratapahtumat tarkempaan syyniin. Mediuutiset 23.9.2011. <http://www.mediuutiset.fi/uutisarkisto/hammashoidon+vaaratapahtumat++tarkempaan+syyniin/a690883>

LeBlanc, Erin S., Hillier, Teresa A., Pedula, Kathryn L., Rizzo, Joanne H., Cawthon, Peggy M., Fink, Howard A., Cauley, Jane A., Bauer, Douglas C., Black, Dennis M., Cummings, Steven R. & Browner, Warren S.: Hip Fracture and Increased Short-term but Not Long-term Mortality in Healthy Older Women. MD Archives of Internal Medicine 2011; DOI:10.1001/archinternmed.2011.447. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/archinternmed.2011.447>

Linna, Miika, Häkkinen, Unto & Magnussen, Jon: Suomalaiset sairaalat norjalaisia kustannustehokkaampia. Chess Online 1/2003.

Luoma, Kalevi: Tuottavuuden parantamisestako ratkaisu terveydenhuollon kustannus- ja työvoiman saantiongelmisiin? To be or Well be IV -seminaari. Oulu 11.2.2010.

Mattila, Yrjö: Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kelan tutkimusosasto 2011.

Peltola, Mikko, Juntunen, Merja, Häkkinen, Unto, Rosenqvist, Gunnar, Seppälä, Timo T. & Sund, Reijo: A methodological approach for register-based evaluation of cost and outcomes in health care. Annals of Medicine, June 2011, Vol. 43, No. S1. <http://informahealthcare.com/doi/full/10.3109/07853890.2011.586364>

Rautakorpi, Ulla-Maija, Nyberg, Solja, Honkanen, Pekka, Klaukka, Timo, Liira, Helena, Mäkelä, Marjukka, Palva, Erkki, Roine, Risto, Sarkkinen, Hannu & Huovinen, Pentti: Infektiopotilaat terveyskeskuksessa. MIKSTRA-ohjelman loppuraportti. THL:n raportti 35/2009.

Savuton Savo. Loppuraportti. Kuopio 31.3.2011.

Soininvaara, Osmo: Monikanavaisen rahoituksen kirot. Blogi 21.9.2011. <http://www.soininvaara.fi/2011/09/21/monikanavaisen-rahoituksen-kirot/>

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. STM:n julkaisuja 7/2011.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL 17.11.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. 22.2.2005.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. STM:n julkaisuja 7/2011.

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL 17.11.2010.

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6.

Timo Aronkylä, Aatos Hallipelto, Aki Kangasharju: Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24/2010.