

PAUL LILLRANK – KARITA REIJONSAARI
PETRI HEIKKILÄ – KATARIINA SILANDER

SEITSEMÄN SYYTÄ SAIRAUTEEN

Miksi terveydenhuolto
ei toimi



**SEITSEMÄN
SYYTÄ SAIRAUTEEN**

PAUL LILLRANK – KARITA REIJONSAARI
PETRI HEIKKILÄ – KATARIINA SILANDER

SEITSEMÄN SYYTÄ SAIRAUTEEN

Miksi terveydenhuolto
ei toimi



EVA PAMFLETTI

ISSN 2342-8066 (PAINETTU)

ISSN 2342-8074 (PDF)

GRAAFINEN SUUNNITELU: MIKA TUOMINEN

KUSTANTAJA: TALOUSTIETO OY

PAINOPAIKKA: NEXT PRINT OY, HELSINKI 2016

ISBN 978-951-628-656-6 (PAINETTU KIRJA)

ISBN 978-951-628-657-3 (PDF)

ISBN 978-951-628-658-0 (E-KIRJA)

ESIPUHE

Terveys, tai vielä enemmän sen puute, on tunteisiin käyvä asia. Siksi terveyspolitiikasta puhuttaessa tunnevaltaiset väitteet ja hokemat syövät helposti tilaa kärsivälliseltä ajattelulta. Ja kuten usein käy, riittävän monta kertaa toistettu hokema muuttuu ennen pitkää joko totuudeksi tai urbaanilegendaksi, jonka paikkansa pitävyyttä kukaan ei jaksa enää tarkistaa.

Seitsemän syytä sairauteen on näiden hokemien hakemisto. Se on läpivalaisu ja diagnoosi terveydenhoitojärjestelmästä itsestään. Se kaataa myyttejä siitä miksi terveydenhuolto ei tukehdu, vaikka ihmiset saisivatkin valita hoitopaikkansa. Tai siitä, miten on mahdollista väittää että yksityinen lääkäriasema voi olla tehokkaampi kuin julkinen, vaikka yksityisen täytyy tuottaa kaiken muun lisäksi voittoakin.

EVAn pamflettisarjan ensimmäinen teos, Paul Lillrankin kirjoittama *Maailman parantaja* (2011) päättyi Lillrankin kertomukseen omasta, pitkällisestä sairaalakokemuksestaan. Vuodeosastolla maatessaan Lillrank mietti miksi hoidon aloittaminen ja tervehtyminen kesti niin kauan, ja sai oivalluksen: hän ymmärsi olevansa *kesken-eräinen potilas*.

”Tuotantotalouden professorina tiesin, että pitkät läpimenoajat ja suuri määrä keskeneräistä tuotantoa ovat tyyppillisiä huonosti suunnitelluissa organisaatioissa,” hän kirjoitti. Keskeneräisen potilaan oivallus oli se, että hoitoprosessin hitaus ei ole luonnon laki tai ongelma jota voitaisiin hoitaa vain massiivisilla rahallisilla lisäpanoksilla.

Mutta jotta tekniikka voidaan korjata, ajattelutavan pitää olla kunnossa.

Tämän pamfletin jäsentävä ajatus on toivottavasti taustalla myös suuressa suomalaisessa sote-uudistuksessa. Se on potilaan, asiakkaan, kansalaisen ja veronmaksajan näkökulma. Liian usein ratkaisemme organisaation ongelmaa, emmekä potilaan ongelmaa. Hoitoprosessin keskiössä on asiantuntija, ja potilas juoksee vaivansa kanssa luukulta toiselle ja selittää asiansa uudelleen ja uudelleen.

Yksinkertaisesti: Hyvät aikomukset on muutettava teoiksi – paremmiksi diagnooseiksi, kekseliäisyydeksi, joustavuudeksi, kustannusvaikuttavuudeksi.

Tämä kirja jatkaa suoraan siitä, mihin *Maailman parantaja* viisi vuotta sitten lopetti. On suorastaan väistämätöntä, että EVAn uusitun pamflettisarjan ensimmäinen teos on tämä, Paul Lillrankin vetämän ryhmän kirja. Esitän tekijöille parhaat kiitokseni näkemyksistä, jotka ovat suuresti avuksi kun aikanaan päätämme mikä uuden soten maailmassa on parhaan ymmärryksemme mukaista.

Helsingissä 10.2.2016

Matti Apunen

Johtaja

EVA

SISÄLLYS

ALUKSI	9
SAIRAUDEN MERKIT	13
KURJISTU TAI UUDISTU	15
1 "JULKINEN TUOTANTO TAKAA TASA-ARVON"	19
MARKKINAT OHJAAVAT, KILPAILU KARSII	21
VIRANOMAISTOIMINTA JA PALVELUT OVAT ERI ASIOITA	24
VALTIOVALTA VAI MINÄ ITSE?	25
KUN RAHA SEURAA POTILASTA, POTILASTA ON KUUNNELTAVA	27
RAHOITUSMALLI LUO AINA KANNUSTINONGELMIA	29
JÄRJESTÄJÄ JA TUOTTAJA ERI ORGANISAATIOIHIN	32
2 "YRITYKSEN VOITTO ON KANSAN TAPPIO"	35
SIJOITTAJALLE TUOTTO, TYÖNTEKIJÄLLE PALKKA	37
MIKSI TUOTTAVUUS EI KASVA?	40
MUUTOS VAATII KANNUSTIMEN	41
VAIKUTTAVUUSAJATTELU KUTSUU INNOVOIMAAN	43
AHNEUTTA HILLITSEE PARHAITEN AHNEUS	46
3 "TERVEYSPALVELUJEN KYSYNTÄ ON RAJATON"	49
KUN MARKKINAMEKANISMI EI TOIMI	51
PERUSTERVEYDENHUOLTO PORTINVARTIJANA	54
KYSYNTÄÄ VOIDAAN LUOKITELLA JA OHJATA	55
PAHIMMILLAAN TARJONTA OHJAA KYSYNTÄÄ	58

4	"POTILAAN AIKA ON ILMAISTA"	61
	TERVEYDENHUOLTO ON PALVELUJA	62
	KESKENERÄINEN KÄY KALLIIKSI.	64
	TEKNOLOGIA LISÄÄ ITSEDIAGNOSTIIKkaa	67
	OIKEUKSIA MUTTA MYÖS VELVOLLISUUKSIA	70
5	"ENNALTAEHKÄISY ON AINA KANNATTAVA INVESTOINTI"	73
	TEORIASSA HYVÄ, TOTEUTUS VAIKEAA	76
	SÄÄSTÖJÄ VOIDAAN ARVIOIDA, EI LASKEA.	78
	PALAAKO RAHA SÄÄSTÄJÄLLE?	80
6	"INTEGRAATIO TOTEUTETAAN YHDISTÄMÄLLÄ ORGANISAATIOITA"	83
	HIMMELEISTÄ POTILAAN TASOLLE	85
	LÄÄKÄRI TAIPUU PALVELUMUOTOILIJAKSI	87
	HOITOPOLKUJA JA PALVELUPROSESSEJA	90
	TARVITAAN TIETOA, RAHAA JA KANNUSTEITA.	92
7	"MUUALTA KOPIOITU EI SOVI MEILLE"	97
	OMALAATUINEN KUNTAPOHJAISUUS	98
	STANDARDOINNILLA SUURUUDEN EKONOMIAA	101
	KONEET EIVÄT KESKUSTELE, POTILASTIEDOT EIVÄT SIIRRY	103
	KETJU KÄVISI PERUSTERVEYDENHUOLTOON	105
	KAIKILLE YHTENÄISET LAATUMITTARIT	107
	LOPUKSI.	109
	LÄHTEET.	113

ALUKSI

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kriisissä. Kustannukset ovat jo pitkään kasvaneet nopeammin kuin kansantalous, mistä on seurannut kestävyysvaje.

Mitä myöhäisemmäksi kestävyysvajeen ratkaiseminen siirretään, sitä kipeämmäksi se käy. Näköpiirissä ei ole talouskasvua, joka kuittaisi velan ja antaisi luvan jatkaa entiseen malliin.

Runsaista resursseista huolimatta palvelujen saatavuus on heikko ja jonot kohtuuttoman pitkiä. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ei ole kyennyt hiltsemään sosioekonomisten terveyserojen syvenemistä.

Ongelmat ovat todellisia, mutta monet ratkaisuehdotukset ovat tehottomia tai puutteellisia. Ne

perustuvat väärinymmäryksiin, toiveajatteluun ja kainaloissa piileskeleviin ketunhäntiin.

Tämän pamfletin tarkoitus on tunnistaa ja purkaa auki terveydenhuollon väärinymmäryksiä. Pahimmillaan ne ovat ajattelun suuria perusvirheitä, kuolemansyntejä, joista pienemmät ja edelleen virheelliset johtopäätökset versovat.

Sosiaalisen, teknisen ja taloudellisen järjestelmän kriisi syntyy, kun järjestelmän jokin osa kehittyy eri tahtiin ja muut eivät pysy perässä. Järjestelmä ajautuu epätasapainoon.

Näin on käynyt ja käy koko ajan terveydenhuollolle. Sosiaaliset trendit muuttavat terveydenhuollon kysyntää, teknologia muuttaa palvelujen tarjontaa ja talouskasvun hiipuminen asettaa rajoitteita terveydenhuollon resursseille.

Sosiaaliset muutokset aiheuttavat uusia ongelmia. Sairauden määritelmä on laajentunut.

Jos ujoutta ruvetaan pitämään sairautena, palvelujärjestelmä joutuu kohtaamaan uudenlaista kysyntää. Jos muutoliike tai verotus heikentää perheen merkitystä, palvelujärjestelmä joutuu hoitamaan omaisille kuuluneita tehtäviä.

Kun ihmiset tottuvat valitsemaan kaikkialla muualla, he haluavat tehdä valintoja myös terveydenhuollossa. Kun jotkut noudattavat terveystalustusta ja toiset eivät piittaa, terveyserot syvenevät.

Palvelujärjestelmä joutuu miettimään roolinsa uudelleen, kun terveyttä selittävät enemmän ihmisten omat kuin palvelutuottajien toimet. Terveellisiä elintapoja ei voi antaa pistoksena suoneen.

Teknologian kehitys ratkaisee ongelmia, mutta samalla luo uusia. Muutama vuosikymmen sitten aivoveritulppa useimmiten tiesi hengenmenoa.

Tänään sankarillinen päivystystiimi pelastaa potilaan hengen, mutta jättää jälkeensä moniongelmaisen kroonikon. Pitkäaikainen hoiva kuormittaa kestävyysvajetta enemmän kuin nopea toimenpide.

Seulontamenetelmien ja varhaisen tunnistamisen myötä tunnusluvut, kuten verenpaine ja kolesteroli, asettavat muutoin terveeksi itsensä tuntevan ihmisen riskiryhmään. Kun osastohoito korvautuu päiväkirurgialla ja hoito

SOSIAALINEN, TEKNIINEN JA TALOUDELLINEN JÄRJESTELMÄ

Terveystenhoito on sosiaalinen järjestelmä kahdessa mielessä. Ensinnä, sairaus on paitsi biologinen myös sosiaalinen ilmiö. Sairaalla ihmisellä on erityinen sosiaalinen status, potilas. Toiseksi, terveyspalvelut tuotetaan organisaatioilla, joissa on vallan, vastuun, oikeuksien ja velvollisuuksien sosiaalisia rakenteita.

Teknologia tarkoittaa laajassa mielessä menetelmiä, hoitoja, terapioidia, lääkkeitä, laitteita ja tarvikkeita, jotka perustuvat tutkittuun tietoon ja testattuun käytäntöön.

Talous asettaa terveyspalveluille reunaehdoja, kun se on osa rahataloutta ja kaikille työntekijöille ja tavaratoimittajille on maksettava rahassa.

tapahtuu enimmäkseen poliklinikalla, sairaalarakennukset käyvät epätarkoituksenmukaisiksi ja ne pitää suunnitella uudelleen.

Tietotekniikka muuttaa potilaan sosiaalista roolia. Kun potilaat saavat internetin kautta tietoa taudeista, vertailudataa eri hoitopaikkojen tuloksellisuudesta ja yhteyden itsensä kaltaisiin kanssaihmiisiin, autoritääriinen järjestelmä murenee.

Talouden kasvun ja lisääntyneen varallisuuden myötä aliravitsemus on voitettu ongelma. Sen tilalle on tullut ylipaino.

Peilikuvaksi muodostuu laiska ajatus, että ongelmat johtuvat voimavarojen puutteesta.

Kulkutaudit, kuten tuberkuloosi ja paiserutto, on talutettu hygienialla, ravinnolla ja lääkkeillä. Niiden sijaan suurimmiksi tautiryhmiksi ovat nousseet syövät, diabetes, dementia ja muut ei-tarttuvat taudit, joista monilla on yhteys ruoka- ja liikuntatottumuksiin.

Resursseja on varaa lisätä, kun talous kasvaa. Hyvinä vuosina syntyy huonoja ajatuksia: Kehkeytyy uskomus, että ongelmat voidaan hoitaa kaatamalla niiden päälle aina

vain lisää virkatyötä, lääkkeitä ja toimenpiteitä. Peilikuvaksi muodostuu laiska ajatus, että ongelmat johtuvat voimavarojen puutteesta.

Kun talouskasvu pysähtyy, joudutaan toteamaan kantokyvyn rajat. Kaikkea, mitä voisi tehdä, ei ole varaa tehdä. Tähän tosiasiaan tekee kipeää herätä. Helpompi jatkaa torkkuja lainarahan varassa.

SAIRAUDEN MERKIT

Suomen terveyspalvelujen uudistamiselle on nähty kolme perustetta: kestävyysvaje, sosioekonomiset terveyserot ja julkisten palvelujen huono saavutettavuus. Nämä kaikki ovat oireita järjestelmän tasapaino-ongelmista.

Kestävyysvaje syntyy, kun pitkän aikavälin menot ylittävät tulot. Menot kasvavat, kun hyvinvointiyhteiskunta tarjoaa yhä enemmän ja yhä erikoistuneempia palveluja.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset ovat kasvaneet 1960-luvulta lähtien lähes puolitoista kertaa bruttokansantuotetta nopeammin. Ne kattavat jo yli puolet kuntien budjeteista.

Kustannukset kasvavat myös siksi, että järjestelmä ei ole sopeutunut muuttuneeseen kysyntään. Reaktiivinen järjestelmä on suunniteltu antamaan parantavaa hoitoa ilmeisissä terveysongelmissa. Kroonisten tilojen hoitaminen ja riskien hallinta tulee kalliiksi kiireellisen päivystystoiminnan perua olevalla organisaatioarkkitehtuurilla.

Tulevaisuudessa merkittävin kustannusten ajuri on ikääntyvä väestö. Hyvien vuosien neljän prosentin talous-

kasvua ei ole näköpiirissä, joten menoja on sopeutettava tai samalla rahalla on tuotettava enemmän palveluja.

Sosioekonomiset terveyserot ovat meillä jonkin verran syventyneet, mutta eivät merkittävästi poikkea muista OECD-maista. Minkään väestöryhmän terveys ei ole merkittävästi huonontunut, sen sijaan työssä käyvien ja hyvä-tuloisten terveys on kohentunut.

Vauraassa yhteiskunnassa keskeisin syy terveyseroihin on ihmisten omat elintavat, palvelujen käyttö selittää terveydestä vain pienen osan. Terveyserot syntyvät, kun osa väestöstä tarttuu entistä paremmin saatavilla oleviin elämäntapaohjeisiin, osa ei.

Suomessa vähävarainenkaan ei jää ilman hoitoa. Sirpaloituneessa palvelujärjestelmässä asioiminen voi kuitenkin monelle olla ylivoimaisen vaikeaa, ja siksi palveluita jää käyttämättä.

Julkisten palvelujen saavutettavuus on Suomessa Euroopan huonoimpia. Kattava palvelutarjonta haja-asutusalueella tulee kalliiksi, koska pienen väestöpohjan takia kapasiteettia jää käyttämättä.

Saavutettavuus ei ole vain alueellinen ongelma. Kiireetömään hoitoon joutuu jonottamaan myös pääkaupunkiseudulla.

Merkittävimmät erot palvelujen saavutettavuudessa ovat omia tai työnantajan varoja käyttävien ja julkisia varoja käyttävien välillä. Omilla tai työnantajan rahoilla pääsee nopeasti hoitoon, koska voi hyödyntää kilpailtuja yksityisiä markkinoita. Julkisia varoja käyttävät ovat julkisten monopolien armoilla.

KURJISTU TAI UUDISTU

Jos sosiaalinen, tekninen ja taloudellinen järjestelmä joutuu epätasapainoon, tasapaino on palautettava sopeutummalla. Kurjistumiseen sijaan voi tulla uudistuminen.

Jos kysyntä kasvaa, voidaan lisätä tarjontaa. Jos samalla kestävyysvaje rajoittaa resursseja, toimintaa on tehostettava.

Jos rahat eivät riitä kaikkeen, voi priorisoida (keskittyä tärkeimpiin), kehittää tuottavuutta (enemmän suoritteita samoilla resursseilla) ja edistää vaikuttavuutta (enemmän terveysvaikutuksia vähemmällä tai halvemmilla suoritteilla). Kilpailu ja avoin vertailutieto tuottajista on tehokain keino edistää innovaatioita.

Terveyspalvelujen suurin rakenneongelma on vaikuttavuus. Siinä missä tuottavuus mittaa resurssikulutusta suoritetta kohti, vaikutus kertoo, mitä terveyshyötyjä resursseilla on saatu aikaan.

Terveysvaikutus voidaan aikaansaada halvalla tai kalliilla, sujuvasti tai sähläten, integroiduilla hoitosuunnitelmillä tai potilasta pompottaen. Vaikuttavuutta kehittäviä ratkaisuja on olemassa ja lisää tulee, elleivät rakenteet tee niitä mahdottomiksi.

Kuten muutkin yhteiskunnalliset instituutiot, terveydenhuolto on ihmisten toiminnan, mutta ei keskitetyn suunnittelun tulos. Monimutkaista järjestelmää ei voi kerralla rakentaa valmiiksi ja sitten olettaa, että se tikittää lopputuloksiin. Järjestelmät kehkeytyvät evolutionäärisesti yrityksen, erehdyksen, korjausliikkeiden ja oppimisen kautta.

TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN ON HOIDETTAVA SEURAAVAT ASIAT:

1 Rahoitus

Kun terveyspalvelut ovat osa rahataloutta eivätkä perustu vapaaehtoiseen hyväntekeväisyyteen, varat palkkoihin, lääkkeisiin, laitteisiin ja rakennuksiin on jotenkin kerättävä. Koska terveysongelmat ovat onnettomuuksien kaltaisia, rahoitusjärjestelmän on tasattava riskejä. Tapoja ovat verotus (Britannia, Pohjoismaat), kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä (Kanada, Japani), yksityinen pakollinen vakuutus (Hollanti, Saksa), vapaaehtoinen vakuutus (USA osin), ja maksu omasta pussista (kehitysmaat).

2 Sääntely

Terveyspalveluihin liittyy merkittäviä riskejä, joita on säänneltävä luvilla, valvonnalla ja normeilla. Tehtävä kuuluu ensisijaisesti valtiolle, osin myös ammatillisille järjestöille. Regulaatio koskee myös ammattilaisten koulutusta ja tutkimusta.

3 Järjestäminen

Kun terveydenhuollon rahoitus tulee pakollisista veroista tai sairausvakuutusmaksuista, julkisella sektorilla on oikeus ja velvollisuus ohjata resurssien käyttöä ja kanavoida ne palvelujen tuottajille.

Julkinen järjestäjä voi ostaa palveluja eri toimijoilta ja säättää markkinoita erilaisilla palkitsemismalleilla. Joissain maissa järjestäjä voi tuottaa palveluita myös itse.

Järjestäytyminen voi tietyissä palveluissa tapahtua myös potilaiden valintojen kautta, jossa he ohjaavat resurssien kohdentamista samalla tavalla kuin vähittäiskaupassa. Järjestämiseen liittyy myös portinvartija -funktio, järjestäjä päättää, mitä hoidetaan ja mitä ei.

4 Tuotanto

Palvelut tuotetaan erilaisilla organisaatioilla, kuten lääkäri-vastaanotot, terveyskeskukset, poliklinikat, sairaalat ja näiden muodostamat verkostot. Organisaatiot voivat olla voittoa tavoittelevia liikeyrityksiä tai voittoa tavoittelemattomia tahoja kuten julkisia organisaatioita (kunta-, alue- ja valtion tasoilla), säätiöitä tai aatteellisia yhdistyksiä.

5 Terveystieto

Terveyspalvelut edellyttävät valistunutta kysyntää, terveyslu-kutaitoa. Tätä varten on erilaisia kansansivistyksen kanavia, kuten koulu, media ja terveysneuvonta, joilla pyritään parempaan terveyskäyttäytymiseen.

Sopeutuminen edellyttää huolellista ajattelua, rohkeaa kokeilua, nöyrää oppimista ja innokasta yrittämistä. Uusien ongelmien edessä kokemuksiin, havaintoihin ja tilastoihin perustuvaa näyttöä ei ole. Koska ennalta ei voi aina tietää, mikä toimii, evoluutio tuottaa parempia tuloksia kuin keskitetty suunnittelu.

Ajatusten evoluutio toimii avoimessa keskustelussa. Jokaisella on oikeus omiin mielipiteisiin ja myös oman edun tavoitteluun, mutta ei keksittyihin datoihin tai omatekoiseen logiikkaan.

Avoin kilpailu on yhteiskunnallisen evoluution paras alusta. Vaihtoehtojen paremmuus määräytyy käyttäjien, maksajien ja edunsaajien valinnoista. Toimivat ratkaisut kukoistavat ja kehittyvät, toimimattomat karsiutuvat pois.

”JULKINEN TUOTANTO TAKAA TASA- ARVON”

”MARKKINAT EHKÄ SOPIVAT ELINTARVIKKEISIIN JA VAATTEISIIN, MUTTA EIVÄT ELINTÄRKEÄÄN TERVEYDENHUOLTOON. VAIN VIRANOMAISVASTUULLA TAPAHTUVA TUOTANTO VOI TAATA ERI SOSIOEKONOMISILLE RYHMILLE TASA-ARVON. POTILAS EI PYSTY LAINKAAN TEKEMÄÄN VALINTOJA, MUTTA JULKISEEN TUOTTAJAAN HÄN VOI AINA LUOTTAA.”

Modernin yhteiskunnan kansalaisella on kuusi perustarvetta: ruoka, vaatteet, sosiaali- ja terveydenhuolto, koulutus, asuminen ja liikkuminen. Ne tuotetaan eri tavoin.

Elintarvikkeet ja vaatteet tuotetaan pääsääntöisesti markkinoilla. Pitkällä trendillä ruuan ja vaatteiden hinnat ovat halventuneet. Niiden osuus kotitalouksien menoista on dramaattisesti pienentynyt. Monet syövät enemmän kuin olisi terveellistä ja joillain on vaatteita enemmän kuin kaappiin mahtuu.

Terveydenhuolto ja koulutus tuotetaan monissa maissa julkisesti. Suomessa 89 prosenttia terveyspalveluista tuottaa julkinen organisaatio.

Terveydenhuollon kustannukset ovat meillä jatkuvasti nousseet niin absoluuttisesti kuin suhteessa bruttokansantuotteeseen. Terveydenhuollon laadusta, tehokkuudesta ja riittävydestä käydään päättymätöntä julkista keskustelua.

Miksi ihmisten nälällä saa tehdä bisnestä, mutta terveydellä ei?

Samalla terveyserot ovat meillä kasvaneet. Ajatus, että vain julkinen, viranomaisvastuulla tapahtuva tuotanto voi taata tasa-arvon, on uskomus, jolle ei ole perusteita.

Useissa tutkimuksissa maailman parhaiten toimivissa terveydenhuoltojärjestelmissä huomattava osa tuotan-

nosta on yksityisillä toimijoilla. Näihin maihin kuuluvat Ranska, Hollanti, Sveitsi ja Japani.

Asuminen ja liikenne tuotetaan yleensä erilaisilla sekamalleilla, joissa julkinen sektori määrää reunaehdot, kuten kaavan, rakennusmääräykset, liikenneväylät ja elinkeinon harjoittamisen ehdot. Julkisen ja yksityisen rajapinnasta löytyy enemmän korruptiota kuin kummankaan sisältä.

Kaikki kuusi perustarvetta ovat elintärkeitä. Miksi julkinen sektori katsoo asiakseen tuottaa terveydenhuollon, mutta jättää elintarvikkeet ja vaatteet markkinoille? Miksi ihmisten nälällä saa tehdä bisnestä, mutta terveydellä ei?

MARKKINAT OHJAAVAT, KILPAILU KARSII

Markkina on sosiaalinen instituutio, joka säätelee ostamista ja myymistä. Ihmiset kokoontuvat reaalisille ja virtuaalisille markkinapaikoille käymään kauppaa keskenään.

Muita vaihdannan instituutioita ovat sosialistinen suunnitelmatalous, hyväntekeväisyys ja rahatalouden ulkopuolinen sosiaalinen vaihdanta, joissa kauppa käydään arvostuksella ja statuksella.

Markkinoilla vaihdanta on vapaaehtoista, ketään ei voi pakottaa ostamaan tai myymään. Jos pakkoa esiintyy tai määrävän aseman haltija sulkee vaihtoehdot pois, kyseessä ei ole enää markkina.

Ostajat hakeutuvat markkinoille omaehtoisesti, koska heillä on tarve ja halu hankkia hyödykkeitä. Myyjät hakeutuvat markkinoille, koska heillä on tarve ja halu ansaita elantonsa.

Kaikki eivät voi kuitenkaan saada markkinoilta kaikkea, koska myyjää ei voi pakottaa luopumaan omastaan vastoin tahtoaan eikä ostajaa voi velvoittaa maksamaan enemmän kuin hän haluaa. Markkina on instituutio, jossa ostajien ja myyjien on huomioitava toisensa ja sopeuduttava.

Markkina on perheen ja parisuhteen lailla instituutio, joka säätelee sosiaalista vuorovaikutusta. Siihen kuuluu oikeuksia ja velvollisuuksia, joista osa on spontaaneja, osa yhteiskunnan määräämiä ja valvomia.

Täydellinen markkina tai täydellinen perhe voidaan teoriassa ja haaveissa rakentaa, mutta niitä ei esiinny luonnossa. Kaikki sosiaaliset instituutiot ovat enemmän tai vähemmän epätäydellisiä.

Terveydenhuollossa markkinakilpailu voidaan toteuttaa kahdella tavalla.

Markkinoita vetävät kieroon monopolit, kartellit, puutteellinen tieto ja sääntely. Valtio muovaa markkinoita tuotestavuulla, kierrätys säännöillä, lupamenettelyillä ja valvonnalla.

Markkinoiden ylivoimaisuus vaurauden tuottamisessa perustuu siihen, että ne muistuttavat evoluution luonnon-

valintaa kilpailumekanismin muodossa. Markkinat rankaisevat ja karsivat huonoja ajatuksia. Mikään muu institutio ei samalla tavalla anna raakaa palautetta ja kannusta oppimiseen.

Asiakkaiden arvostama tuote tai palvelu menestyy, sen tuottaja kukoistaa ja houkuttelee muita kehittämään uusia mutantteja. Kilpailun kautta syntyy myös innovaatioita, jotka parantavat palvelujen tuottavuutta. Tästä on taloustieteessä laaja yksimielisyys ja vahva tutkimuksellinen näyttö.

Terveystieteiden tutkimuksessa markkinakilpailu voidaan toteuttaa kahdella tavalla. Terveystieteiden tutkimuksen järjestäjä voi kilpailuttaa palveluntuottajia ja valita parhaat tuottajat. Järjestäjä voi toisaalta avata palvelutuotannon kaikille vaatimukset täyttävillä tuottajilla, jolloin potilaat valitsevat, kenen tuottamia palveluja käyttävät.

Kun järjestäjä kilpailuttaa palveluntuottajia, potilaan valinta rajoittuu järjestäjän valitsemiin voittajiin. Esimerkiksi palvelusetelit taas mahdollistavat sen, että potilas voi valita itse, kenen palveluja käyttää.

Joissain tapauksissa, kuten ympärivuorokautisessa päivystyksessä, voi olla perusteltua, että järjestäjä valitsee kerrallaan vain yhden tuottajan tietylle maantieteelliselle alueelle. Muutoin saattaa syntyä riski ylikapasiteetista.

Kummassakin mallissa kilpailu karsii heikoimmat toimijat. Terveystieteiden tutkimus voi mennä konkurssiin, kun potilaat äänestävät jaloillaan.

Vastaavasti kilpailutuksella valittu palveluntuottaja voidaan vaihtaa toiseen. Näin voi käydä, jos palvelun laatu

ei vastaa järjestäjän asettamia tavoitteita, sopimusta rikotaan tai joku muu pystyy tuottamaan vastaavan laatutason edullisemmin.

VIRANOMAISTOIMINTA JA PALVELUT OVAT ERI ASIOITA

Miksi kunta tai muu järjestäjä ei saisi valita parhaan terveyspalvelujen tuottajan, kun se saa valita itselleen sopivimman rakennusliikkeen? Tai miksi kunnan pitäisi itse tuottaa palveluja, jos on olemassa markkinat, josta niitä voi ostaa?

Viranomaistoiminta ja palvelut ovat eri asioita. Viranomainen voi käyttää pakkovaltaa, palvelut taas perustuvat vapaaehtoisuuteen.

Valtio ja sen alainen paikallishallinto ovat sivistyneissä yhteiskunnissa ainoa taho, jolla on laillinen oikeus käyttää pakkoa. Vain virkavastuullinen toimija voi tehdä päätöksiä tahdonvastaisista toimista, kuten pakottaa hoitoon, ottaa lapsen huostaan tai määrätä toimeentulon normit.

Viranomaisvaltaa ei voi luovuttaa yrityksille. Jos armeija ja poliisi ovat yksityisiä sotaherroja, kyseessä on epäonnistunut valtio.

Viranomaispäätöstä seuraava toiminta on kuitenkin palvelutuotantoa. Terveyspalvelut ovat valtaosin palvelutuotantoa ja vain pieneltä osalta viranomaistoimintaa.

Julkisella vallalla on intressi huolehtia siitä, että ihmiset käyttävät terveyspalveluja – samalla tavalla kuin sillä on intressi valvoa liikennesääntöjä tai paloturvallisuutta.

Kansanterveys on julkishyödyke. Terveys ei ole vain jokaisen oma asia, jos se vaikuttaa muihin esimerkiksi tautien leviämisenä tai työkyknä.

Julkisesta intressistä ei kuitenkaan seuraa, että julkisen toimijan on itse tuotettava kaikki palvelut. Koska järjestämisvastuussa oleva toimija kantaa veroja, sen tulisi vastata veronmaksajille siitä, että palvelut tuotetaan parhaalla mahdollisella tavalla.

VALTIOVALTA VAI MINÄ ITSE?

Miksi ihminen ei potilaana saisi valita, kuten hän saa ruokaa, autoa tai asuntoa ostaessaan? On asiattomia ja asiallisia syitä.

”Köyhillä ei olisi varaa” ja ”markkinoilla tarjottaisiin kelvotonta laatua” ovat asiattomia. Suomessakin terveystalvelujen sääntely, mukaan lukien laadun ja pätevyyksien varmistaminen, on julkisen vallan tehtävänä.

Asiallisempi huoli potilaan valinnanvapauteen liittyen on informaation asymmetria. Se tarkoittaa, että ostajalla ja myyjällä on lähtökohtaisesti erilainen tieto ja osaaminen kaupankäynnin kohteesta.

Lääkäri yleensä tietää potilasta enemmän taudeista ja hoidoista. Vanhan auton tai omakotitalon myyjä usein tietää kohteesta asioita, joita hänen ei kannata ostajalle kertoa.

Markkinaehtoinen ratkaisu on käyttää riippumattomia kolmansia tahoja, kuten meklareita ja auto- ja talotohtoreita. Julkinen ratkaisu on tuotevastuulainsäädäntö, joka esimerkiksi asuntojen kohdalla on varsin ankara.

Potilas voi joutua informaatioasymmetrian heikommalle puolelle. Onnettomuustilanteessa tai äkillisessä sairauskohtauksessa tuskissaan, hädissään tai jopa tajuttomana oleva potilas tuskin kykenee toimimaan viileän harmitsevana markkinatoimijana.

Tästä ei kuitenkaan seuraa, että kukaan ei voisi koskaan itse päättää, mistä hakee hoitoa ja mitä hoitoa haluaa ottaa vastaan. Ennaltaehkäisyssä ja lääkehoidoissakin potilas joka tapauksessa ja viime kädessä päättää, noudattaako hän annettuja ohjeita vai ei.

Kiireettömissä tapauksissa valintojen tekeminen voi olla potilaalle vaikeaa. Valittavana voi olla esimerkiksi leikkaus tai lääkehoito, joilla molemmilla on erilainen riski-hyöty-suhde.

Valinnanvapaus johtaa hyvinvoinnin lisääntymiseen.

Suhtautuminen valinnanvapauteen nousee maailman-kuvasta. Jos uskoo ihmisen olevan ympäristönsä vietävissä oleva reppana, viisas valtiovalta tehköön päätökset niin terveyspalveluissa kuin muissakin asioissa. Ihminen voi valita äänestyskopissa, mutta ei missään muualla.

Jos uskoo ihmisen aktiiviseen toimijuuteen, valinnanvapaus kertoo jotain todellista siitä, mitä ihmiset arvosta-

vat ja haluavat. Ja siksi valinnanvapaus johtaa hyvinvoinnin lisääntymiseen.

Valintaan pakottaminen on yhtä väärin kuin valinnan kieltäminen. Ihminen, joka ei katso kykenevänsä tai muuten vain ei halua valita, voi jättää valinnat asiantuntijalle tai uskotulle miehelle. Palvelutuottaja voi laatia eri ryhmille esivalittuja hoitopolkuja (default option), joista potilas voi halutessaan poiketa.

Informaatioasymmetria pitää ottaa terveydenhuollossa vakavasti. Sen vuoksi julkisrahoitteisissa palveluissa tulee olla vahva ja osaava järjestäjätaho, joka toimii portinvartijaroolissa. Järjestäjän vastuulla on määrittellä paras järjestämistapa niissä palveluissa, joissa valinnanvapaus ei toimi.

KUN RAHA SEURAA POTILASTA, POTILASTA ON KUUNNELTAVA

Potilaan valinnanvapaus voi toteutua terveydenhuollossa kahdella tavalla. Potilas voi päättää, mihin hän hakeutuu ja kenen potilaaksi. Lisäksi potilas voi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon.

Hoitopaikan valinta tapahtuu samalla tavalla kuin muutkin kuluttajan valinnat. Ensin pitää olla mistä valita.

Jos haja-asutusalueen väestöpohja riittää vain yhden terveysaseman ylläpitämiseen, valinnan vapautta ei ole, ellei halua nähdä vaivaa ja hakeutua keskuskaupunkiin. Olisi kuitenkin absurdiä kieltää kaupunkilaisten valinnat siksi, että maalaisilla niitä ei ole.

Jos on mistä valita, valinta ei ole peruuttamaton. Jos kokemus on huono, vaihdetaan paikkaa ja paha kello kuulu kauaksi kaikille kavereille.

Markkinat pyörivät tiedon varassa.

Informaation asymmetria ei juurikaan vaikuta hoito-
paikan valintaan, jos vertailukelpoista tietoa eri paikoista
– jonoista, potilaiden kokemuksista, palvelun laadusta ja
sujuvuudesta – on saatavilla. Markkinat pyörivät tiedon
varassa.

Hoidon valinta on vaikeampaa. Väärä valinta saattaa olla
peruuttamaton. Palvelujen luonteeseen kuuluu, että niitä
ei voi tehdä tyhjäksi eikä palauttaa.

Informaation asymmetria on usein erityisasiantunte-
musta vaativassa erikoissairaanhoidossa jyrkempi kuin
perusterveydenhuollossa. Vain viisi prosenttia peruster-
veydenhuollon käynneistä johtaa lähetteen kautta erikois-
sairaanhoitoon.

Valtaosa Suomen kahdestakymmenestä miljoonasta
vuosittaisesta käynnistä koskee tavallisia ja toistuvia asi-
oita. Kymmenen yleisintä syytä saapua perusterveyden-
huoltoon kattaa neljäkymmentä prosenttia käynneistä.
Potilas, jolla on joka talvi samanlainen kurkun-, korvan

tai virtsatien tulehdus tietää usein tilanteestaan enemmän kuin lääkäri.

Mitä siis seuraa, jos potilaat saavat valita hoitopaikkansa? Valinnat tapahtuvat niin kuin muillakin markkinoilla.

Ihmiset punnitsevat mielessään erilaisia asioita eri painoilla. Jollekin asioinnin helppous on ensisijalla, toiselle tuttu lääkäri on ensisijainen valita, kolmas katsoo netistä eri vaihtoehtojen vertailutietoja.

Valinnat kertovat palvelutuottajille, mikä ihmisille on tärkeää. Jos raha seuraa potilasta, potilasta on kuunneltava.

Valinta vaatii vastuullisuutta ja kyvykkyyttä. Joillakin on niitä enemmän, toisilla vähemmän. Kuten muillakin elämän alueilla, tästä seuraa ihmisten välisiä eroja.

Erojen tasaaminen valintoja rajoittamalla ei kuitenkaan poista ongelmaa. Vaikka kaikki pakotettaisiin samaan putkeen, erot säilyvät tai jopa syvenevät. Kyvykkäät etsivät kuitenkin itselleen ohituskaistoja. Tasa-arvon kannalta on parempi kasvattaa kaistojen määrää.

RAHOITUSMALLI LUO AINA KANNUSTINONGELMIA

Terveyspalveluiden saatavuuden tasa-arvoon vaikuttaa se, miten palveluiden rahoitus järjestetään. Rahoitusmallit ja niihin liittyvät kannustimet ja kannustinloukut ohjaavat tuotantoa.

Jos lääkäri saa maksun suoritetuista toimenpiteistä, hänelle syntyy kannustin hyödyntää informaatioasymmetriaa ja tehdä paljon toimenpiteitä, oli niistä hyötyä tai ei.

Suoritemäärät ja kustannukset kasvavat, eikä ole takeita todellisista terveysvaikutuksista. Tämä pulma kuitenkin on edessä niin yksityisessä kuin julkisessa tuotannossa.

Teoriassa voisi olettaa, että jos on kansanterveydestä ja kestävyysvajeesta vastuullinen rahoittaja sekä terveystalveluiden järjestäjä, nämä ohjaisivat kovalla kädellä tuottajia vaikuttavuusperustaiseen toimintaan. Turhia toimenpiteitä vältettäisiin ja kustannuksia seurattaisiin potilaskoh- taisesti elinkaaren yli.

Budjettirahoitus ja virkapalkka luovat tilanteen, jossa ei ole keppiä eikä porkkanaa.

Käytännössä näin ei kuitenkaan ole. Julkisella sektorilla ei ole edes tarvittavia mittareita ja ohjauksen välineitä.

Julkisen tuotanto-organisaation sisään syntyy toiminnallisia siloja, jotka vimmatusti osa-optimoivat omaa etuaan. Pahin tilanne syntyy, jos palveluiden järjestäjä ja tuottaja ovat sama taho. Rahoitus perustuu kulubudjetteihin, eli käytännössä järjestäjä-tuottajalla on piikki auki.

Mistä raha terveystalveluihin tulee? Palveluja tuottava organisaatio voi saada rahansa työstään usealla tavalla: kiinteänä budjettina, toimenpidemaksuina, hoidetun väes-

tön mukaan (kapitaatio) tai näiden yhdistelmänä. Henkilöstön palkka voi olla kiinteä virkapalkka, suoriteperustainen tai jokin yhdistelmä.

Kaikista rahoitustavoista syntyy kannustinongelmia. Ja kaikki kannustinloukut ovat mahdollisia niin julkisessa kuin yksityisessä tuotannossa.

Budjettirahoitus ja virkapalkka luovat tilanteen, jossa ei ole keppiä eikä porkkanaa. Tuottavuus, vaikuttavuus ja laatu jäävät yksilöiden moraalien ja organisaatioiden kulttuurin varaan. Asiantuntijat voivat väsyä ja leipiintyä, organisaatioihin voi syntyä mukavuusalueita ja turhaa hallintoa.

Suomessa samaan julkiseen järjestelmään kuuluvien toimijoiden välillä on merkittäviä eroja tehokkuudessa, jotka eivät selity potilaiden vaikeustasolla tai alueen sairastavuudella. Jäljelle jäävä selitys on, että peräsinä vailla oleva budjettiorganisaatio ajelehtii sattumanvaraisesti, esimerkiksi sen mukaan, sattuuko johtaja olemaan reipas ja aloitekykyinen.

Useimmissa terveystaloksissa regulaattori ja järjestäjä määräävät hinnan toimenpiteittäin. Tällöin kilpailu käydään laadulla ja saavutettavuudella. Kannustinloukku voi syntyä tilanteissa, joissa tuottajalla on vapaata kapasiteettia, jonka hän täyttää aiheettomilla suoritteilla.

Suoriteperusteinen järjestelmä kannustaa tekemään mahdollisimman paljon itse, vaikka potilas pitäisi lääketieteellisin perustein hoitaa muualla. Sairausepiso-di kannattaa pilkkoa mahdollisimman moneksi käynniksi ja tutkimukseksi, koska jokaisesta saa korvauksen.

Kapitaatiomallissa tuottaja saa kiinteän korvauksen vastuuväestöstä tai sen mukaan, miten monta ihmistä on listautunut. Tällöin syntyy kannustin tehdä mahdollisimman vähän ja lähettää kaikki vaikeat tapaukset muiden riesaksi.

Kannustinloukkuihin ei ole yksinkertaista, mutta kylläkin hieman monimutkaisia ratkaisuja.

Ulkoistuksissa tuottajalle voidaan asettaa kustannusvastuu koko väestöstä. Kapitaatio- ja suoritemallit voidaan yhdistää. Organisaatio saa kiinteän korvauksen hoitamastaan väestöstä.

Korvauksen määrää voidaan edelleen säätää vaikkapa potilaiden sairastavuuden mukaan. Tämän lisäksi tulee korvaus toimenpiteistä hintalistan mukaan.

Hintoja voidaan säätää esimerkiksi siten, että ennaltaehkäisevästä, proaktiivisesta toiminnasta maksetaan enemmän kuin reaktiivisesta. Erikoissairaanhoidossa joudutaan kaikissa malleissa käyttämään jonkinlaista portinvartijamekanismia.

JÄRJESTÄJÄ JA TUOTTAJA ERI ORGANISAATIOIHIN

Kaikissa kehittyneissä maissa terveydenhuollon rahoituksella ja sääntelyllä on käytettävissään mekanismeja, joilla informaatioasymmetriaa hyväksikäyttävää saalistusta voidaan hillitä.

Yksityisiin, markkinaehtoiisiin toimijoihin nämä mekanismit purevat paremmin kuin julkisiin tuottajiin. Kilpailu

pakottaa markkinaehtoisia toimijoita jatkuvasti parantamaan toimintaansa.

Jos yksityinen palvelutuottaja tekee virheen ja joutuu asiakkaan silmissä huonoon valoon, sen on pikimmiten korjattava virheensä ja kehitettävä toimintaansa. Muuten bisnes karkaa muualle.

Korppi ei korpin silmää noki.

Julkinen tuottaja voi monopoliaseman turvin halutesaan vetäytyä virkatien suojiin ja silti pysyä leivän syrjässä kiinni.

Sivistyneen yhteiskunnan tunnusmerkki on vallan kolmijako, lainsäädäntö-, tuomio- ja toimeenpanovalta ovat toisistaan riippumattomia. Jos terveydenhuollossa sekä järjestäjä että tuottaja ovat samaa organisaatiota, potilas joutuu helposti oikeudettomaan asemaan.

Korppi ei korpin silmää noki. Kilpailun luomien kannusteiden puuttuminen tulee kalliiksi sekä yhteiskunnalle että potilaille.

Informaatioasymmetria ja ihmisten kyvykkyyksien erot antavat hyvät syyt terveystuotteiden sääntelylle. Kaikissa kehittyneissä maissa markkinoita säännellään, rajoitetaan tai tuupitaan joihinkin suuntiin. Vaihtoehdot eivät siis ole joko puhdas julkinen tuotanto tai täysin vapaat markkinat.

Jos terveystalujen tuotanto jää järjestäjä-tuottajien operoimiin alueellisiin monopoleihin, ei ole kilpailun luomia kannusteita ja pakkoa parantaa palvelujen saavutettavuutta. Köyhimmät kansanosat kärsivät, samalla kun hyväosaiset käyttävät kilpailtuja markkinoita ja pääsevät hoitoon nopeasti.

Julkisen järjestäjän vastuulla on toimia kansalaisten edunvalvojana. Järjestäjän pitää valita sellaiset kilpailutus- ja palkitsemismallit, jotka kannustavat palveluntuottajia parantamaan palvelujen saavutettavuutta, laatua, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta. Joissain tapauksissa, kuten tiheästi asuttujen alueiden perusterveydenhuollossa, potilaiden suora valinnan vapaus on käypä keino palvelujen järjestämistavaksi.

”YRITYKSEN VOITTO ON KANSAN TAPPIO”

”YKSITYISTEN YRITYSTEN TUOTTAMAT TERVEYS-
PALVELUT TULEVAT KALLIIKSI, KOSKA YRITYSTEN
ON TEHTÄVÄ VOITTOA. VOITTO ON YLIMÄÄRÄINEN
KULU, JOKA ON KANSALTA POIS.

TERVEYSPALVELUIDEN TUOTTAVUUS ON VAKIO, EIKÄ
PALVELUISSA OLE KEHITTÄMISEN VARAA. ESIMER-
KIKSI VANHUSTENHOIDON SUJUMINEN TAATAAN
HOITAJIEN MÄÄRÄÄ MITOITTAMALLA, KOSKA TIE-
TYLLÄ RESURSSILLA SAADAAN AINA SAMA VAIKUTUS.”

Terveydenhuollon historia alkoi hyväntekeväisyydestä. Luostareissa munkit ja nunnat hoitivat sairaita rakkaudesta Jumalaan ja uskosta tuonpuoleisiin palkkioihin.

Teknologian kehitys, ammattimaistuminen ja hoidon ulottaminen massoille kuitenkin tekivät hyväntekeväisyyteen perustuvan toimintatavan vaikeaksi. Nykyään palveluita tuottava ammattilaiset, jotka ansaitsevat työllään elantonsa.

Silti voiton tavoittelua terveyspalvelujen tuotannossa pidetään yhä arveluttavana. Moraalifilosofisia perusteluja yleisempää on sanoa, että voitto on ylimääräinen kuluerä vakioisten tuotantokustannusten päälle.

Väitteelle yksityisen terveydenhuollon kalleudesta haetaan yleensä tukea terveydenhuollon kokonaismenoista. Esimerkiksi OECD:n tilastojen mukaan Suomessa terveydenhuollon kokonaismenojen suhde bruttokansantuotteen on 9,1 prosenttia ja Hollannissa 11,8 prosenttia. Suomessa kolme neljäsosaa terveydenhuollon tuotannosta on julkista, Hollannissa terveydenhuolto on valtaosin yksityistä.

Selittääkö tuotantomalli siis erot kokonaismenoissa? Ei todellakaan. Terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttaa koko joukko asioita.

Jos terveyspalveluja käytetään paljon, kulut ovat suuremmat (kansaa saa enemmän palveluja). Jos hoidon saavutettavuus on heikko ja kynnykset korkeita, palveluja käytetään vähemmän (kansaa ei saa palveluja).

Terveydenhuollon menoista noin 80 prosenttia on henkilöstökuluja, kun mukaan lasketaan myös ostettujen

panosten henkilökulut. Suomessa kuluu Hollantia vähemmän rahaa, koska palkat ovat alhaisempia ja palveluja tarjotaan vähemmän.

SIJOITTAJALLE TUOTTO, TYÖNTEKIJÄLLE PALKKA

Voitto tai mahdollisuus voittoon on korvaus pääomasta, jota tarvitaan tuotantovälineisiin. Pääoma on tuotannon tekijä yhdessä maan, työn ja tiedon kanssa. Ilman pääomaa ei voi investoida ja kehittää uutta.

Kaikilla tuotannon tekijöillä on oikeus saada korvaus palvelutuotannon mahdollistamiseksi luovuttamastaan tuotantontekijästä. Sijoittajalle tuotto on korvaus siinä missä työntekijälle palkka.

Jos voittoa pidetään moraalittomana, pitää moralisoida myös muista tuotantontekijöistä maksettavia korvauksia. Jos moralisoidaan terveyspalvelualan yrityksiä, voidaan ihan samalla perusteella moralisoida niitä lääkäreitä ja sairaanhoitajia, jotka ottavat työstään palkkaa eivätkä tee töitä hyvää hyvyttään.

Moraalisessa mielessä pääomalle maksettava korvaus ei siis ole sen kummempi kuin työlle maksettava. Moralisoimaan voi ruveta, jos jokin tuotannon tekijöistä lainsäädäntövaltaa, monopoli-asemaa tai korruptiota hyväksikäyttäen ulosmittaa itselleen kohtuuttoman suuren siivun.

Jos joku ansaitsee kohtuuttomia voittoja, paras keino on lisätä kilpailun edellytyksiä. Kilpailun vallitessa markkinat huolehtivat siitä, että kukaan ei saa kohtuuttoman

suuria voittoja. Asiakkaiden tarpeisiin parhaiten vastaavat menestyvät, huonot pyyhkiytyvät pois.

Voitto tai tappio ilmenee kirjanpidosta. Jos liikevaihdosta, kustannuksista ja voitosta ei pidetä kirjaa, voittoa on hankala todeta.

Mutta mikä on liiketoiminnassa ylimääräinen kulu? Sen vastakohta, tarpeellinen tai välttämätön kulu menee suoraan asiakasarvon tuottamiseen.

Ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, mikä kustannus tuottaa mitään arvoa. Kulun tarpeellisuutta ei näe vain kirjanpidosta.

VIIMEISELLÄ RIVILLÄ

Voitto on jäljelle jäävä summa, kun liikevaihdosta vähennetään tuotanto- ja muut kustannukset. Yrityksen tuloslaskelmassa on erilaisia voittoja erilaisten rivien alla.

Myyntikate on liikevaihto miinus ulkoa ostetut tavarat ja palvelut. Käyttökate (EBITDA) on mitä jää, kun toiminnan kustannukset, kuten palkat ja tilavuokrat, on vähennetty. Sitten pitää vähentää erilaiset rahoituserät, kuten poistot, korot ja verot.

Viimeisen rivin alle jää nettovoitto. Yritys voi käyttää sen kolmella tavalla: jättää voiton vahvistamaan tasetta vastaisuuden varalle, investoida saman tien uuteen tuotantoon tai jakaa omistajille osinkoja.

Jos yhdessä organisaatiossa hallintoon tarvitaan kaksi ihmistä ja toisessa samoihin töihin viisi ihmistä, onko kolmen henkilötyövuoden erotus ylimääräinen vai välttämätön kulu? Miten pitäisi suhtautua organisaatioon, jossa potilastyöhön menee 50 prosenttia maksetusta työajasta, kun toisessa siihen kuluu 70 prosenttia työajasta?

Jos toimintaa on teknisesti mahdollista pyörittää tehokkaasti, ovatko tehoton toimijat saamattomia ja moraalittomia? Onko erotus parempaan toimijaan välttämätön vai pitäisikö erotukseen suhtautua piilotettuna voittona, joka ulosmitataan mukavuusalueina?

Kulun tarpeellisuutta pitää verrata tuottavuuteen. Tuottavuus mittaa sitä, miten paljon tuotoksia saadaan käytävissä olevalla työvoimalla ja muilla resursseilla.

Tuotos on summa aikaansaaduista suoritteista, kuten toimenpiteet, hoitopäivät, käynnit, leikkaukset ja lähetteen. Suoritteeksi tulee laskea vain potilasta koskevat toimenpiteet.

Tuottavuus on alhainen, jos kapasiteetti on vajaakäytössä. Tuottavuus on alhainen, jos tehdään sama asia moneen kertaan tai työaika kuluu papereiden tai laitteiden etsimiseen. Suoritteiden laatu pitää myös vakiodia.

Yksityisen terveystaluyrityksen voitto voi olla kansalta pois vain, jos oletetaan, että tuottavuus on vakio. Voittoa voidaan pitää ylimääräisenä kuluna, mutta vain jos hyväksytään oletuksia, jotka eivät voi olla tosia.

Jos kaikkien toimijoiden tuottavuus olisi sama, tuottavuuden kehittäminen ei olisi mahdollista. Silloin pitäisi uskoa, että yhden palvelusuoritteen aikaansaaminen mak-

saisi aina saman verran laskettuna henkilötyössä, hallinnossa, lääkkeissä, laitteissa, tiloissa ja tarvikkeissa.

MIKSI TUOTTAVUUS EI KASVA?

Taloushistoriallisen tutkimuksen mukaan tuottavuus ajanlaskun alusta 1700-luvun teolliseen vallankumoukseen ei juurikaan kehittynyt. Keskimääräinen vuosittainen kasvu oli 0,06 prosenttia. Tällä vauhdilla tuottavuuden kaksinkertaistumiseen menisi 1 167 vuotta.

Jos tuottavuus ei kasva, lisää voi saada vain tekemällä enemmän töitä, käyttämällä enemmän luonnonvaroja tai ryöstämällä naapurikansoja. Elintaso henkilöä kohti pysyi ennen teollistumista samana, koska työmäärän lisääminen merkitsi, että myös jakajia oli enemmän.

Moderni vauraus on seuraus tuottavuutta kehittäneistä innovaatioista sosiaalisissa organisaatioissa (työnjako, erikoistuminen, prosessiohjaus), teknologiassa (polttomoottori, tietokoneet, antibiootit) ja taloudellisessa ohjauksessa (liikekirjanpito, rahoitusinstrumentit, tulospalkkaus). Kasvun huippuvuosina työn tuottavuus kehittyi liki kolmen prosentin vuosivauhtia.

Suomessa julkisten palvelujen tuottamiseen on vaadittu ja saatu yli miljardi euroa tai noin kuusi prosenttia lisää joka vuosi vuosina 2000–2014. Tästä huolimatta hoitojot ovat pysyneet pitkinä.

Terveyspalvelujen tuottavuuden kohentuminen ratkaisisi monia ongelmia, mutta tuottavuus ei ole parantunut juuri lainkaan. Terveydenhuollon tuottavuus on kasvanut

vuosittain keskimäärin 0,2 prosenttia ja sosiaalipalveluiden 0,4 prosenttia vuosina 1990–2014.

Muilla toimialoilla luvut ovat aivan toisenlaiset. Jalostuksessa tuottavuus kasvoi samalla aikavälillä 3,3 prosenttia, alkutuotannossa 3,4 prosenttia ja palveluissa 1,5 prosenttia.

Jos terveydenhuollon tuottavuus olisi kehittynyt samaa vauhtia kuin muilla palvelualoilla keskimäärin, nykyresursseilla tuotettaisiin 37 prosenttia enemmän suoritteita. Tai kääntäen, samat palvelut ja jonot saataisiin yli neljänneksen halvemmalla.

Lisäresurssit katoavat jälkiä jättämättä, jos organisaatiot ovat byrokraattisia, prosessit sotkuisia ja kapasiteetin käyttöaste alhainen. Britannian kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä NHS sai 50 prosenttia lisää rahaa vuodesta 2000 vuoteen 2010. Palkat nousivat ja hallinto paisui, mutta tuottavuus laski 2,5 prosenttia vuodessa.

MUUTOS VAATII KANNUSTIMEN

Erilaisia menetelmiä tuottavuuden kehittämiseen on runsaasti tarjolla. Esimerkiksi Japanin autoteollisuudesta peräisin olevaa Lean-tuotantofilosofiaa on viime vuosikymmeninä sovellettu myös terveydenhuollossa.

Leanin keskeiset periaatteet ovat asiakasarvon määrittely, turhan tekemisen poistaminen, tuotannon organisointi prosesseiksi, prosessien ja laadun jatkuva kehittäminen tiimityöllä ja systemaattisella ongelmanratkaisulla. Näillä menetelmillä voidaan vähentää arvoa tuottamattomaa tyhjää touhua, joten tuottavuus kehittyy.

Paikoin Leanilla on saatu aikaan merkittävää tuottavuuden kehitystä, mutta koko järjestelmän tasolla vaikutuksia on vaikea havaita. Tämä kertoo, että tuottavuuden kehittämisen menetelmiä on, mutta niitä sovelletaan vaihtelevasti. Laatuvarioituneet tuotantokustannukset vaihtelevat eri toimijoiden välillä.

Kuntien raporteista näkee, että vanhusten kotihoidossa suoran asiakastyön osuus kaikesta maksetusta työstä on noin 45 prosenttia. Yksityisillä palveluntuottajilla suoran työn osuus on noin 70 prosenttia.

Eräessä selvityksessä laskettiin työikäisten polvipotilaiden läpimenoaikoja kolmessa eri hoitopaikassa. Parhaimman ja huonoimman välinen ero oli 1:3.

Miksi parhaita käytäntöjä ei oteta käyttöön?

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen PERFECT -hankkeessa kehitettiin parhaita käytäntöjä joidenkin tautiryhmien hoidolle ja suoritusten mittaamiselle. Tutkijat jouduivat ihmettelemään, miksi todistetusti parhaita käytäntöjä ei oteta käyttöön.

Aalto-yliopiston tutkimuksessa taas todettiin, että jos kaikki Suomen sairaanhoitopiirit järjestäisivät asiansa samalla tavalla kuin parhaimmat, säästöt olisivat

useita miljardeja. Onko tälle parempaa selitystä kuin ”ei huvita”?

Esimerkkejä tuottavuutta lisäävistä ratkaisuista on runsaasti saatavilla, joten niiden käyttöönottoon ei liity merkittäviä teknisiä riskejä. Leanin ja muiden johtamismenetelmien tiellä seisoo muutosvastarinta.

Vakiintuneista ja turvallisista toimintatavoista ei haluta luopua. Muutosta ajava joutuu ottamaan henkilökohtaisen riskin.

Yksi taloustieteen vankimmista havainnoista on, että ihmiset reagoivat kannustimiin ja kilpailu on tehokkain tapa lisätä tuottavuutta. Taloudellisia riskejä ei mielellään oteta ilman toivoa taloudellisesta hyödystä.

Jos epäonnistumisesta seuraa varmasti keppiä, mutta onnistumisesta parhaassa tapauksessakin vain nahistunut porkkana, riski jää ottamatta. Voiton tavoittelu laittaa liikkeelle inhimillistä energiaa. Kysymys on, miten se suunnataan?

VAIKUTTAVUUSAJATELU KUTSUU INNOVOIMAAN

Paremmalla tuottavuudella saa enemmän suoritteita samoilla resursseilla. Terveydenhuollon tehtävä ei kuitenkaan ole suoritemäärien, vaan terveyden maksimointi.

Kestävyysvajeen ajuri on suuri suoritemäärä ilman vastaavaa terveysvaikutusta. Ongelma on globaali.

Kun köyhä kehitysmaa alkaa laittaa rahaa terveydenhuoltoon, kansanterveys kasvaa kohisten. Kun kulutus

henkilöä kohti ylittää tuhat euroa vuodessa, kehityskäyrä alkaa kääntyä lappeelleen. Yhdysvallat on terveyspalvelujen kulutuksessa maailman ykkönen, mutta kansanterveydessä hädin tuskin kahdenkymmenen parhaan joukossa.

Tuottavuuden lisäksi on tarkasteltava vaikuttavuutta. Vaikutus on potilaan terveydentila jollakin ajan hetkellä, tyypillisesti jonkin suoritesarjan jälkeen. Vaikuttavuus tarkoittaa, miten paljon resursseja käytettiin vaikutuksen aikaansaamiseen.

Otetaan esimerkki. Kypsillä aloilla, vaikkapa rautanaulojen valmistuksessa kehkeytyy yksi paras tuotantotapa. Kaikki skaalan, teknologian ja osaamisen edut ovat tappiin asti käytössä. Tuottavuus alkaa olla kaikilla sama.

Perusnaulan laadussa ei ole eroja, joten asiakas ostaa hinnan ja toimitusvarmuuden perusteella. Kilpailu ajaa hintoja alas ja katteet putoavat. Tuottajat joutuvat ahdistukseen. Tuottavuuden kehitys on tullut tiensä päähän.

Vaikuttavuusajattelu katsoisi asiaa uudesta näkökulmasta. Mikä on naulan vaikutus? Se on yksi osa kiinnittimien kokonaisuudessa erilaisessa rakentamisessa.

Jos innovaation kautta löydetään naulaa parempi tapa kiinnittää asioita toisiinsa ja säästää kirvesmiehen työpanosta, voidaan rakentamisen tuottavuutta parantaa merkittävästi. Nauloja toki edelleen tarvitaan, mutta tuottaja voi kehittää uusia kasvualoja.

Vaikutus voidaan saavuttaa monella eri tavalla. Juuri tässä on innovaation paikka, erityisesti terveydenhuollossa.

Vaikuttavuus on radikaali ajatus siinä, että se poistaa suoran yhteyden resurssien, suoritteiden ja terveys-

vaikutusten väliltä. Ei ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa tai oikeaa resurssimäärää tai resurssityyppiä saada aikaan vaikutus.

Vanhuspalveluihin vaaditut hoitajamitoitukset ovat vaikuttavuusajattelun vastaisia.

Vaikutus voidaan tuottaa eritasoisilla ja erihintaisilla resursseilla, pienemmällä suoritemäärällä, potilaiden ja heidän omaisten aktiivisuudella tai resurssien paremmalla kohdentamisella.

Vanhuspalveluihin vaaditut hoitajamitoitukset ovat vaikuttavuusajattelun vastaisia. Mitoitukset perustuvat virheelliseen oletukseen, että sama resurssimäärä aina tuottaa saman vaikutuksen, eikä mitään ole kehitettävissä.

Kaikkialla maailmassa terveydenhuollon suurin rakeneongelma on suoriteperustainen rahoitus. Jos suoritteista maksetaan, saadaan paljon suoritteita. Seuraa yli-diagnooseja, ylihoitoa, medikalisaatiota ja kustannusinflaatiota. Olisi järkevämpää maksaa terveysvaikutuksista.

Vaikuttavuuden johtaminen on kuitenkin hankalampaa ja riskialttiimpaa kuin tuottavuuden kehittäminen. Vaikutusta eivät määrää pelkästään suoritteet tai edes niiden

laatu, vaan myös ajoitus, potilaan oma käyttäytyminen, geneettinen profiili, placebo ja sosiaaliset olosuhteet.

Esimerkiksi monien olkapää- ja polviongelmien kohdalla on todettu, että leikkauksen vaikutus on nolla tai negatiivinen. Kalliin kirurgian sijasta halpa fysioterapia on vaikuttavampi.

Vaikuttavuusperusteinen rahoitusmalli tarkoittaa tuottajalle merkittävää riskiä, koska maksuperuste on vain osittain hänen omassa vallassaan.

AHNEUTTA HILLITSEE PARHAITEN AHNEUS

Vaikuttavuuteen perustuvia toimintamalleja on kehitetty työterveyshuollossa ja joissain vakuutukseen perustuvissa järjestelmissä. Voittoa tavoitteleva vakuutusyhtiö ei halua maksaa turhasta.

Työtapaturma-asiakkaiden kohdalla suurin menoerä on sairauslomapäivät. Työnantajalla, rahoittajalla ja potilaalla on yhteinen etu, nopeasti terveeksi ja töihin. Keppiä ja porkkanaa käyttäen vakuutusyhtiö kannustaa palveluntuottajia kehittämään vaikuttavuutta.

Potilas saa haluamansa palvelun nopeasti ja saumattomasti, tuottaja voittonsa, ja maksaja pääsee vähemmällä. Kuka tällaiseen kykenee on voittonsa ansainnut.

Miksi julkinen järjestäjä ei kykenisi samaan? Sote-alue voi olla vakuutusyhtiön tapaan vaikuttavuutta edistävä vastuullinen päämies, jos sillä on sekä keppi että porkkanat.

Voiton mahdollisuus ajaa organisaatioita ottamaan riskejä kehittääkseen tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Pelkkä into ei kuitenkaan riitä.

Jos kilpailu on avointa, tuottavuudesta saa hyvän korvauksen.

Monissa maissa yksityiset voittoa tavoittelevat palveluyritykset ovat jämähtäneet paikoilleen, hakeutuvat määrääviin markkina-asemiin ja jarruttavat kehitystä. Voittoa voi yrittää tavoitella myös kartelleilla ja korruptiolla.

Voiton tavoittelijan ahneutta hillitsee parhaiten toisen samanlaisen ahneus. Jos kilpailu on avointa, huonosta hinta-laatusuhteesta rangaistaan. Tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta saa hyvä korvauksen, joten muutosvastarrinnan ja innovaation riski kannattaa ottaa.

Suomen sote -järjestelmä on ja pysyy julkisesti rahoitettuna. Julkisen vallan tehtävä on myös järjestää palvelut. Palveluiden järjestämiseen kuuluu olennaisesti luoda markkinat ja kilpailun edellytykset.

Palveluntuottajat saavat suurimman osan tuloistaan julkisten rahoituskanavien kautta. Ratkaisevaa on, miten nämä kanavat suunnitellaan ja suunnataan, jotta palvelu-

tuottajille syntyisivät parhaat kannustimet kehittää tuotavuutta ja vaikuttavuutta.

Jos julkinen järjestäjä jättää voiton tavoitteluun liittyvät kannustimet käyttämättä, mitä muuta sille jää kuin käskyt, määräykset, uhkasakot ja reippaat kehotushuudot?

Voiton tavoittelun ja kilpailun kieltäminen terveyspalveluissa on kertakaikkisen huono ajatus. Jos siitä pääsisi eroon, avautuisi suuria mahdollisuuksia. Niin kauan kun terveydenhuollossa on tilaa uusille ajatuksille ja toimintatavoille, voitto ei ole ylimääräinen kulu, vaan innovaatioiden edellytys.

”TERVEYS- PALVELUJEN KYSYNTÄ ON RAJATON”

”TERVEYSPALVELUJEN KYSYNTÄ ON ÄÄRETÖNTÄ, JA SIKSI JULKISTEN PALVELUJEN SAATAVUUTTA PITÄÄ RAJOITTA A JONOILLA.

POTILAITA EI SOVI LUOKITELLA ERILAISII N RYHMIIN, VAAN KAIKKI PITÄÄ HOITAA SAMALLA KESKIVERTOISELLA TAVALLA. POTILAAN HOIDON TARVE ARVIOIDAAN YHDENMUKAISESTI ERI PUOLILLA MAATA.”

1970-luvulla oli tavallista, että kapakkaan piti jonottaa. Paikan suosion tunnisti jonon pituudesta. Ovella oli vastassa tuikea portsari, joka tarkisti tulijan kunnon ja vaati narikkamaksua.

Kysyntää oli enemmän kuin tarjontaa ja monen mielestä näin tuli ollakin. Jos publiin pääsisi noin vain ja vielä päällystakki mukana, mitä siitäkin seuraisi?

Nykyajan nuorisolle säännönmukainen baariin jonottaminen kuulostaa eksoottiselta muinaisajalta. Ulkomailla asuneet eivät myöskään tahdo ymmärtää, miksi Suomessa pitää jonottaa lääkäriin, kun muualla pääsee hoitoon samana päivänä.

Jos on aivan pakko jäädä auton alle, kannattaa olla Helsingissä. Kiireelliseen päivystykseen pääsee nopeasti.

Resurssipula ei kelpaa jonojen selitykseksi.

Sen sijaan kiireettömään hoitoon pääsee OECD:n vertailun mukaan Suomessa hitaasti. Vain neljännes kansasta pääsee yleislääkärin vastaanotolle hoidontarpeen arvioinnin jälkeen samana päivänä. Puolet joutuu odottamaan yli viikon. Erikoissairaanhoidossa kolmannes potilaista joutuu odottamaan yleisimpiin leikkauksiin pääsyä yli kolme kuukautta.

Jonojen pituudet vaihtelevat, mutta keskimäärin ne pysyvät samoina. Jos syy olisi krooninen resurssipula, jonojen pitäisi jatkuvasti pidentyä.

Purkutalkoilla saadaan jonot hetkellisesti lyhenemään, mutta sitten ne palaavat ennalleen. Laissa säädetyistä hoitoon pääsyajasta tulee miniminormi, jota ei ylitetä.

Jono on vanhastaan suunnitelmatalouden ja viranomais-toiminnan tunnus. Suomessa kuitenkin monet viranomaiset, kuten verohallinto, kaupparekisteri ja poliisi ovat kii-tettävästi tehostaneet palvelujaan. Passin voi tilata sähköi-
sesti ja yrityksen perustaa verkkopalvelulla.

Kiireettömiä lääkäriaikoja jonotetaan julkiselle, mutta ei yksityisille. Jostain syystä jotkut julkiset palvelut toimi-
vat huonommin kuin yksityiset palvelut ja julkinen viran-
omaistoiminta.

Resurssipula ei kelpaa jonojen selitykseksi. Yksityinen palveluntuottaja ei saa muita resursseja kuin niitä, jotka tulevat potilaan kanssa samalla ovenavauksella ja viran-
omaisella on budjetti.

KUN MARKKINAMEKANISMI EI TOIMI

Taloustieteissä on vanhastaan käsitelty kysynnän ja tar-
jonnan tasapainoa. Jos jotakin hyödykettä on saatavilla alle
kohtuullisen markkinahinnan tai peräti alle tuotantokus-
tannusten, syntyy kiero yhdistelmä ylikulutusta, haaska-
usta ja jonoja.

Hintamekanismi tuo tasapainon. Jos voittoon pyrkivä
palveluntuottaja huomaa maksavia asiakkaita riittävän

jonoksi asti, hän nostaa hintoja, kunnes kysyntä ja tarjonta kohtaavat.

Jos kilpailutilanne tai palvelun järjestäjän määrittämä korvaustaksa ei salli hintatason nostamista, mutta se kuitenkin riittää tuloksen tekemiseen, tuottajan kannattaa investoida uuteen kapasiteettiin. Tarjonta lisääntyy ja jonot sulavat.

Tuotantotaloudessa jonoteoriassa on käsitelty tilapäisten jonojen hallintaa. Supermarketit soveltavat sitä näin: Jos kaupan kassalla jono venyy, avataan lisää kassoja. Kun jonot on purettu, työntekijä palaa hyllyttämään.

Julkisissa terveyskeskuksissa ei ole tavatonta, että kiireetön jono on kolmen viikon mittainen, vaikka samalla viidennes kiireellisistä lääkäriajoista on käyttämättä.

Jono on seuraus kysynnän ja tarjonnan epäsuhdasta. Tavaratuotannossa kysynnän vaihteluihin sopeudutaan varastoilla.

Julkisten organisaatioiden tuottavuus ei riitä.

Palveluja ei voi tehdä varastoon, joten tarjonnan on sopeuduttava kysynnän vaihteluihin muilla tavoin. Tapoja on kolme: tarjonta joustaa kysynnän mukaan, kysyntää ohjataan ja kysyntää rajoitetaan jonoilla.

Kysynnän vaihtelu voi olla satunnaista tai ennustettavaa, tilapäistä tai jatkuvaa. Ravintoloissa on lounasaikaan jonoa, mutta loppuiltapäivästä asiakkaita houkutellaan happy hour -tarjoushinnoilla. Tilapäinen jononmuodostus voidaan hoitaa joustavilla resursseilla. Tyhjistä ei makseta, kiireaikoina on töitä.

Meillä jonotetaan jatkuvasti ilmaista leipää, alennettuja lentolippuja ja kiireettömiä lääkäriaikoja. Vuokrasäännöstelyn aikoina jonotettiin asuntoja.

Näille jonoille on yhteistä, että jotain arvokasta on tarjolla alle markkinahintojen tai sitä on saatavilla vain rajallinen määrä. Kysyntä ylittää tarjonnan, markkinamekanismi on otettu pois käytöstä, eikä tuottajalla ole kykyä tai halua lisätä tarjontaa.

Julkisten terveystalvelujen jonojen perussyt ovat, että palvelulupaus on mitoitettu korkeammaksi kuin resurssit sallivat, ja että julkisten organisaatioiden tuottavuus ei riitä.

Useimmista terveystalveluista ei makseta markkinaehtoista hintaa omasta taskusta. Jos maksettaisiin, sosioekonomiset terveyserot olisivat kestäättömät kuin kehitysmaissa.

Kun tämä ongelma ratkaistaan käymällä veronmaksajan kukkarolla, tarvitaan portinvartijaa. Portinvartija pitää huolen, että kansalaisille tarjotaan vain hyväksytyjä talveluja.

PERUSTERVEYDENHUOLTO PORTINVARTIJANA

Portit jakavat alueita ja säätelevät ihmisten siirtymistä. Terveysterveysthuollossa on kolmen tyyppisiä portteja: kiireettömän perustason portti, kiireellisen päivystyksen portti ja kiireettömän erikoissairaanhoidon portti.

Jokaisen portin edessä on omanlaisensa sisäänpääsy-ehto. Jos hintamekanismia ei voi käyttää, portinvartiointi on järjestettävä jotenkin toisin.

Kiireettömään hoitoon hakeudutaan yleensä ajanvarauksella. Ajanvarausta tehtäessä saatetaan kysellä tarpeista, mutta yleensä ajan saa jos haluaa.

Porttia vartioi odotusajan pituus, ei esimerkiksi ennen ajan antamista tapahtuva pikainen tarvekartoitus ja mahdollinen ohjaus itsehoitoon tai eri palvelukanavaan.

Päivystyksessä kysyntää seulotaan ja segmentoidaan aktiivisesti. Virka-ajan ulkopuolella tapahtuva päivystys on kallis ylläpitää. Sinne hakeutuu ihmisiä, joilla ei ole päivystyskiireellisiä ongelmia, koska päivystys on ainoa paikka, johon pääsee (ns. ylivuoto-ongelma).

Pari, kolme prosenttia päivystykseen tulijoista on todella päivystyskiireellisiä. Päivystyksen segmentointia kutsutaan triageksi.

Ovella on vastassa hoitaja, joka luokittelee potilaan kiireellisyyden ja ohjaa sen mukaiseen palvelukanavaan. Aamuyöstä ulkomaanmatkan rokotuksia hakevat yleensä käännytetään pois.

Terveysterveysthuollossa hätäantunut ihminen menisi mielellään suoraan erikoislääkärille. Tämä ei aina ole tarpeel-

lista eikä tarkoituksenmukaista. Siksi lähetepakko vahtii erikoissairaanhoidon porttia.

Noin viisi prosenttia perusterveydenhuollon käynneistä johtaa lähetteeseen. Yleislääkäri vartio erikoislääkärin porttia.

On kuitenkin turhanaikaista ensin jonottaa terveystieteiden keskuksessa lähetettä, jos ongelma selvästi vaatii erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuolto kuormittuu, lääkärikäynti ei tuota terveyshyötyä, vaan toimii järjestelmän sisäisenä ohjaus- ja rajoitusmekanismina.

Yksityiset lääkäriasemat olettavat, että ihmiset kykenevät tunnistamaan kipeän ruumiinosan tai tautityypin ihan itse ja hakeutumaan erikoislääkärille. Lääkäriasemat luottavat siihen, että epämääräisistä oireista kärsivät ymmärtävät pyytää aikaa yleislääketieteen erikoislääkäriltä. Tanskassa voi mennä jopa julkiselle silmälääkärille ja gynekologille suoraan.

Kiireettömän hoidon heikko saavutettavuus on ongelma. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon portinvarioinnin mekanismit vaativat kehittämistä.

Jos lääkäriin pääsisi yhtä helposti kuin kampaajalle, päivystykseen olisi vähemmän tunkua. Kenenkään ei kannattaisi hamstrata aikoja sillä logiikalla, että neljä viikkoa jonottaessa varmaan jokin kremppa ilmentyy.

KYSYNTÄÄ VOIDAAN LUOKITELLA JA OHJATA

Terveyspalvelujen saavutettavuutta on vaikea parantaa, jos uskotaan, että kysyntä on rajatonta. On turha kuvitella,

että ihmiset käyttäisivät kaiken liikenevän aikansa terveyspalveluissa, ellei olisi jonoja, maksuja ja muita rajoitteita.

Useimmat ihmiset tietävät ajalleen parempaa käyttöä kuin terveyspalvelujen äärellä oleskelun. Tarpeet ja halut muodostuvat ja ilmenevät monin tavoin.

Kysyntä ei ole rajaton, mutta vaihteleva. Kysyntä pitäisi pystyä segmentoimaan, jakamaan erilaisiin tyyppeihin.

Epäilemättä on pieni joukko luulosairaita, uusavuttomia ja elämäntapasairastajia. Heidän kohdallaan tulee kysyä, onko suurkulutus yksilön sairaallosainen ominaisuus, vai seuraus siitä, että asianmukaista hoitoa ei ole annettu?

Ehkä liikakulutus johtuu ahdistuksesta, jota ei ole hoidettu. Ehkä järjestelmä on rakennettu palvelukanavista,

TARVE, HALU JA KYSYNTÄ

Markkinoinnissa erotetaan tarve, halu ja kysyntä. Tarve on asiantuntijan todettavissa oleva tila, jolle jotain voi tehdä. Jokainen tarvitsisi ikuista nuoruutta, mutta koska sitä ei ole saatavilla, se ei ole tarve.

Halu perustuu ihmisen omaan tulkintaan tilanteesta ja johtaa aktiiviseen hakeutumiseen. Jotkut tarvitsevat mitä eivät halua, esimerkiksi lisää liikuntaa ja terveellisempää ruokaa.

Toiset haluavat mitä eivät tarvitse, kuten uutta antibioottikuuria tai vaikutuksettomia polvileikkauksia. Kysyntä syntyy vasta kun haluun yhdistyy ostovoima tai hoitojärjestelmän portinvartijan tekemä arviointi hoidon tarpeellisuudesta.

joiden välillä moniongelmaista pompotetaan ilman, että mikään taho ottaa kokonaisvastuuta.

Onko syy yksilössä vai järjestelmässä? Jos syy on yksilössä, miksi järjestelmä kurittaa kaikkia muutaman poikkeustapauksen vuoksi? Jos syy on järjestelmässä, miksi sitä ei voi korjata luomalla erityisratkaisuja erityisryhmille?

Perusterveillä ihmisillä on tyypillisesti yksi terveysongelma kerrallaan. Yksi palvelukanava riittää. Jos on reikä hampaassa, mennään hammaslääkärille, jos luu on murtunut, mennään ortopediseen palveluputkeen.

Moniongelmainen tarvitsee monta kanavaa samanaikaisesti. Toimenpiteet vaikuttavat toisiinsa. Esimerkiksi eri lääkityksillä voi olla haitallisia yhteisvaikutuksia. Moniongelmaiset ovat segmentti, jossa kysyntä käyttäytyy eri tavalla kuin muualla.

Potilaiden luokittelu ryhmiin erilaisten tarve-halu-yhdistelmien perusteella ei ole eriarvostavaa. Mutta kun kaikkia potilaita kohdellaan samalla keskivertoisella tavalla, kaikki erityisryhmät joutuvat eriarvoiseen asemaan.

Kysyntä ei ole luonnonvoima, vaan palveluja haluavien ja niitä tarjoavien yhteistoiminnan tulos. Tarpeet eivät ole absoluuttisia, vaan määräytyvät siitä, mitä julkinen palvelulupaus mahdollistaa.

Tarpeiden muuttumista haluiksi voidaan säätää tervestiedolla ja hienovaraisella ohjauksella. Halu muuttuu kysynnäksi vasta portinvartijan luvalla tai kuvetta kaivamalla.

PAHIMMILLAAN TARJONTA OHJAA KYSYNTÄÄ

Terveyspalvelujen saavutettavuudessa on kolme osaa: hoitoon hakeutuminen, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon toteutus. Tasa-arvon ja kansanterveyden kannalta pääsy hoidon tarpeen arviointiin tulee olla mahdollisimman nopeaa.

Pääsy tarpeen arviointiin voidaan toteuttaa helposti tai vaikeasti, käsipelillä tai teknologia-avusteisesti, paikalle saapumalla tai etäyhteyksillä. Potilaat voivat edesauttaa ja nopeuttaa tarpeen arviointia erilaisilla itsearviointimenetelmillä.

Tarpeen arvioinnin kriteerit eivät ole yhteneviä eivätkä aina perustu kiistattomaan asiantuntijatietoon. Tämä käy ilmi Kunnallisalan kehittämissäätiön tutkimuksesta, jossa vertailtiin hoitojen määrää eri sairaanhoitopiirien välillä niin, että väestön ikä ja sairastavuus oli vakioitu.

Esimerkiksi tekonivel- ja tyräleikkausten sekä kohdunpoistojen määrät vaihtelevat merkittävästi eri sairaanhoitopiireissä. Eri alueilla toimenpiteitä määrätään eri tavalla.

Tilastoja katsomalla ei voi välttää vaikutelmaa, että tarjonta ohjaa kysyntää. Käytetään sitä kapasiteettia, mitä sattuu olemaan.

Tarpeen arviointi on kahva, jolla julkinen palvelutuotaja säättää jonon pituutta. Jonot ovat näiltä osin itse aiheutettuja.

Julkinen valta kerää terveydenhuollon rahat pakollisilla veroilla ja maksuilla. Niiden vastineeksi se antaa palvelu-

lupauksen, joka toteutuu hoidon tarpeen arvioinnin normeina ja perusteina.

Palvelulupauksessa määritellään, mitä kaikkea yhteisistä varoista maksetaan, mihin tarpeisiin voidaan vastata ja mihin ei. Kiireellinen hoito, useimmat kansansairaudet, syöpäsairaudet ja synnytykset kuuluvat itsestään selvinä palvelutarjontaan.

Budjettiperustaisissa järjestelmissä palvelulupaukset jäävät helposti katteettomiksi.

Osa mahdollisista palveluista on rajattu pois. Esteettistä kirurgiaa ei tehdä julkisin varoin ja hedelmöityshoitoja vain tiettyjen kriteerien jälkeen.

Vakuutusperustaisissa järjestelmissä palvelulupaukset kirjataan yksilötasolla vakuutus sopimuksessa. Epäselvissä tapauksissa vakuutuslääkäri päättää, mitkä hoidot korvataan ja mitkä jäävät potilaan omalle vastuulle.

Budjettiperustaisissa järjestelmissä palvelulupaukset jäävät helposti yleisiksi ja katteettomiksi. Pahimmillaan poliitikot voivat vastuuttomasti luvata mitä vaan ja sitten syyttää resurssipulaa omasta holtittomuudesta.

”POTILAAN AIKA ON ILMAISTA”

”POTILAAN AIKA ON ILMAISTA, LÄÄKÄRIN AIKA ON KALLISTA. HOITAJONOISTA EI SYNNY KUSTANNUKSIA PALVELUNTUOTTAJALLE, JOTEN ON SAMANTEKEVÄÄ, MITEN KAUAN POTILAS JONOTTAÄ, JA MITÄ HÄN JONOTTAESSAAN VOI TEHDÄ.

VAIN LÄÄKÄRI VOI PARANTAA POTILAAN. POTILAAN TEHTÄVÄNÄ ON NOUDATTAÄ OHJEITA, JOS HENKI ON HÄNELLE KALLIS.

AKTIIVINEN POTILAS ON KIUSANKAPPALE. ON TURHA ANTAA HÄNELLE KOVINKAAN PALJON INFORMAA TIOTA HOIDOSTA TAI HOITOVAIHTOEHDOSTA.”

Kapitalismin alkuaikoina palveluja ei pidetty oikeina hyödykkeinä, koska niistä ei jää mitään pysyvää. Kun palvelusektori kasvoi yli puoleen kehittyneiden maiden bruttokansantuotteesta, tuli tarve ymmärtää ja ohjata palveluja ja niiden tuotantoa.

Uusi ajatus oli, että palvelu poikkeaa tavarasta siten, että se on aineetonta arvoa. Palveluja ei voi omistaa, mutta niitä voi ostaa ja myydä.

Viimeaikaisessa tutkimuksessa palveluille on annettu uusi määritelmä. Palvelujen tuotanto poikkeaa tavaravalmistuksesta siten, että palveluissa asiakas osallistuu yhteistuotantoon. Tuotanto ja kulutus sulavat yhteen.

Palveluliiketoiminnassa ei vaihdeta omistusoikeuksia, vaan sovitaan yhteistuotannon rooleista. Molemmilla osapuolilla – sekä palveluntuottajalla että asiakkaalla – on oikeuksia ja velvollisuuksia.

Terveyspalvelut ovat yhteistuotantoa. Potilas osallistuu terveysvaikutuksia aikaansaavan tapahtumasarjaan. Suurin osa terveydentilan muutoksista tapahtuu muualla kuin vastaanotolla.

TERVEYDENHUOLTO ON PALVELUJA

Tavaratuotannossa toimii tavaralogiikka. Tuotannon kohteena on luonnonlakeja noudattava materiaali, joka ei väitä vastaan taipuessaan tuottajan haluamaan muotoon.

Palvelujen erityispiirre on palvelulogiikka: asiakas osallistuu tuotantoon. Koska asiakas voi osallistua monin tavoin, haluten tai haluttomasti, velvollisuuksiaan noudat-

taen tai rikkoen, palvelutuotannon ohjaaminen on hankalampaa kuin tavaran tekemisen.

Terveydenhuolto on palveluja. Silti merkittävä osa terveydenhuollosta toimii enemmän tavaralogiikan kuin palvelulogiikan mukaan.

Molemmilla logiikoilla on sijansa. Päivystykseen tuodun tajuttoman potilaan rooli yhteistuotannossa rajoittuu paikallaoloon.

Ennaltaehkäisyssäkin potilas itse tekee työn. Hoitaja voi ohjeistaa, mutta ei lopettaa tupakointia potilaan puolesta.

Terveyden edistämistä taas voidaan tehdä tavara- tai palvelulogiikalla. Tavaralogiikalla potilaalle esitetään kauhukuvia ja tuputetaan ohjeita ikään kuin hän olisi signaaleihin reagoiva automaatti tai tyhjä astia, joka tulee täyttää tiedolla.

Potilaskeskeisyys tarkoittaa, että keskiössä on potilas, ei palveluntuottaja.

Jos potilas ei noudata ohjeita, ajatellaan sen johtuvan motivaation, informaation tai tiedon puutteesta. Potilas on objekti, eikä hänen omia ajatuksiaan ja tilanteitaan ei tarvitse huomioida.

15-vuotiaita poikia motivoidaan urheilemaan, jotta he välttäisivät eturauhassyövän 70-vuotiaana. Osumampi motivaatio voisi olla pyykkilautavatsa seuraavan kesän uimarannoille.

Jos lääkäri ei tunnista todellista motivaatiota, elämäntapamuutoksessa on vaikea onnistua yhdessä. Terveysthuollossa vältellään ulkonäön käyttämistä motivoinnissa, koska sen oletetaan olevan eettisesti arveluttavaa. Silti lähes kaikki laihduttajat motivoituvat myös olemuksensa muutoksesta.

Potilaskeskeytyttä ei saavuteta pelkillä puheilla saati vaikuttamalla asenneilmapiiriin. Potilaskeskeytyys tarkoittaa, että keskiössä on potilas, ei palveluntuottaja.

KESKENERÄINEN KÄY KALLIIKSI

Lääkärit tekevät yleensä kaikkensa potilaan kipujen lievittämiseksi silloin kun hän on paikalla tuotantotapahtumassa. Mutta potilaan ajankäyttöön ja vaivannäköön hoitoon hakeutumisessa ja hoitopaikkaan matkustamisessa, hoidon odotuksessa tai tiedon saannissa ei tarvitse kiinnittää huomiota.

Tavaralogiikassa potilaan ajan ja vaivan minimoiminen ei kuulu palveluun. Tavaralogiikan mukaan suunnitelluissa laskentajärjestelmissä ei ole kohtaa ”potilaalle aiheutettu kustannus”, ”käyntimäärä sairausepisodia kohti” tai edes ”läpimenoaika kodista takaisin kotiin”.

Ajanvarauksessa päätetään yksi asia moniksi käynneiksi, koska potilaan pitää tulla silloin, kun hoitajalle sopii.

Samaa verinäytettä pitää käydä antamassa toistuvasti ja samaa asiaa täytyy selittää lukuisia kertoja, koska se on palveluntuottajalle helpompaa kuin toimivan IT-järjestelmän rakentaminen.

Ilta- ja viikonloppuaikoja on niukasti, joten potilas joutuu lääkärikäyntiä varten ottamaan vapaata töistä. Potilaita voidaan pitää jonoissa, koska potilaan aika on palveluntuottajalle ilmaista.

Potilaille kuitenkin aika on kallista. Niin on erityisesti, jos odotukseen liittyy kipua, toimintakyvyn menetystä, huolta ja ahdistusta.

Jos potilaat saavat valita, he suosivat palveluntuottajia, jotka osaavat laskea myös potilaan ajalle hinnan. Jos asiakkaat saavat valita, he tekevät sen itselleen tärkeiden asioiden perusteella.

Potilaiden odotusajan kuluja ei voi ymmärtää ilman käsitettä vaihtoehtokustannus (opportunity cost). Se tarkoittaa kaikkia niitä asioita, jotka jäävät tekemättä, kun potilas istuu odottamassa, eikä pysty tekemään töitä tai muuta mielekästä.

Suun terveydenhuollossa on valloitettu markkinoita tarjoamalla potilaille mahdollisuutta hoidattaa kaikki ongelmansa yhdellä käynnillä sen sijaan että ohjelmoisi lähikuukausiksi yhden käynnin viikossa.

Tavaralogiikan mukainen terveydenhuolto on ollut hiljaisessa kriisissä pitkään. Tutkimusten mukaan vain noin puolet potilaista käyttää lääkkeitään ohjeiden mukaan. Reseptejä jätetään noutamatta ja tutkimuksiin jäädään saapumatta.

Lääke- ja hoitotieteiden opetuksessa on kauan painotettu potilaan kuuntelemista, empatiaa ja kohtaamista. Asenteet ja puhettavat eivät riitä, jos rakenteet eivät tue muutosta. Teoria muuttuu vaivalloisesti käytännöksi, jos ei ole pakkoa tai kannustimia.

Terveysthuollon kustannuksista suurin osa muodostuu henkilöstökustannuksista. Tästä syystä ajatellaan, että tärkeintä on resurssien mahdollisimman tehokas käyttö ja siitä seuraava suoriteperustainen tuottavuus. Varsinkin kalliit ja harvinaiset resurssit halutaan mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön ilman tyhjäkäyntiä.

Teollisuudessa sama ongelma ilmeni 1970-luvulla. Koneet kävivät kylki punaisena, suoritteita oli varastot pullollaan, mutta tulosta ei syntynyt.

Mitä kauemmin puolivalmis viipyy tuotannossa, sitä korkeammat kustannukset.

Uusi ajattelu syntyi käsitteistä keskeneräinen tuotanto ja käyttöpääoman kustannukset. Tehdas ostaa materiaaleja, komponentteja ja työtä. Niistä pitää maksaa. Tehdas saa kuitenkin maksun vasta sen jälkeen, kun valmis tuote on myyty. Sillä välin toiminta pitää rahoittaa käyttöpääomalla.

Varsinaisen tuotannon lisäksi tuotantokustannuksiin pitää myös laskea välivarastoihin sitoutunut raha. Mitä kauemmin puolivalmis viipyy tuotannossa, sitä korkeammat kustannukset.

Terveystuotannossa keskeneräistä tuotantoa vastaa keskeneräinen potilas. Hoitotarve on todettu, ja prosessi on käynnistetty, mutta potilas odottaa seuraavaa vaihetta.

Keskeneräinen potilas on välivarastossa, jonka pitämiseksi pitäisi laskea kustannus. Kustannukset muodostuvat paitsi potilaalle itselleen aiheutetuista kustannuksista myös siitä, että pitkittyessään asiat mutkistuvat.

Potilaan tila on voinut odottaessa paheta. Vanhoiksi käyneet tutkimustulokset pitää uusida. Keskeneräisen potilaan kustannukset kaatuvat ennen pitkää koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksiksi.

TEKNOLOGIA LISÄÄ ITSEDIAGNOSTIIKAA

Potilaan oman toiminnan merkitys hoidon onnistumiselle on todettu useissa tutkimuksissa. Potilas on aktiivinen, terveystuotannon osatuottaja. Lääkäri voi avustaa ja mahdollistaa.

Päätös hakea resepti apteekista, syödä lääkkeet ohjeiden mukaan, olla tupakoimatta ennen leikkausta, noudattaa kuntoutusohjeita, huolehtia riittävästä levosta tai välttää alkoholia haimatulehduksen jälkeen ovat esimerkkejä potilaan osallistumisesta.

Diabetespotilas mittaa ja seuraa arvonsa ja annostelee tarvitsemansa insuliinin itsenäisesti päivittäin annetun

ohjeistuksen mukaan. Munuaisen vajaatoiminnasta kärsivä voi suorittaa varsin monimutkaisen dialyysihoidon kotonaan. Sydämen vajaatoimintapotilas seuraa ravinto-ohjeita ja nestetasapainoaan päivittäin. Ylipaino tippuu lenkkipolulla ja stressiä hoidetaan mindfulness-harjoittein kodin rauhassa.

Nopealla diagnoosilla ja tarkalla hoitosuunnitelmalla ei saada tuloksia, jos potilas ei ota omaa rooliaan. Hoitotasapaino riippuu enemmän potilaan kuin ammattilaisen toiminnasta.

Star Trekin kaikkivoipa diagnoosilaite voi pian olla totta.

Aiempaa aktiivisemmän potilaan puolella on teknologian muutosvoima. Yhä useampia hoitoja voidaan standardoida ja viedä itsepalveluksi, kun teknologian kehittyä.

Lääkärit väittävät kärsivänsä potilaista, jotka ovat googlanneet itsensä sairaaksi. Kuitenkin internetistä saatava tuki kehittyä kohti älykkäästi avustettua itsediagnostiikkaa.

Vuonna 2012 Euroopan patenttivirastoon jätettiin yli 10 000 patenttihakemusta terveysteknologiasta. Star Trekin kaikkivoipa diagnoosilaite Tricorder voi pian olla totta.

Kohta on potilaita, jotka voivat ketterän teknologian avulla analysoida oman terveydentilansa muutoksen paremmin ja nopeammin kuin lääkäri. Saatavilla on perinnöllisiä riskejä kartoittavia geenitestejä, ja omaa terveyskäyttäytymistä voi seurata rannekkeiden, älykellojen, sensoreiden, antureiden ja mittareiden avulla. Tekoälyn merkittävien tuotteiden ei ole hoitorobotti, vaan automaattiset tai avustetut verkkopalvelut, jotka voimaannuttavat potilaat kuluttajiksi.

Teknologia laajentaa palvelulogiikkaa. Sähköisen asioinnin avulla potilasta voidaan tukea myös käyntien välillä. Apteekkien reseptijärjestelmät ja älykkäät pilleripurkit integroituvat. Ne muistuttavat lääkkeiden noutamisesta ja oikea-aikaisesta ottamisesta ja hälyttävät, jos suunnitelmista poiketaan.

Valtaosa ihmisistä pyrkii huolehtimaan itsestään. Kiinnostus hyvinvointia tukeviin palveluihin kasvaa. Teknologiyritykset, teleoperaattorit, vakuutusyhtiöt ja vähittäiskauppa ovat sen huomanneet ja aloittaneet investoinnit. Palvelut paranevat, käyttö helpottuu ja vaikuttavuus käy ilmeiseksi.

Maa- ja maailmanlaajuiset hyvinvointituotteiden markkinat ovat arviolta 1,49 biljoonaa euroa. Sitä liikuttavat kuluttajien valinnat. Suurella osalla näistä wellness-tuotteista ei ole yhteyttä perinteiseen terveydenhuoltoon.

Potilaan voimaantuminen ei tapahdu yhdessä yössä, vaan kuten muissakin uusissa palvelutyypeissä ensin ovat asiassa kiinnostuneet ja kyvykkäät kokeilijat. Fiksut palveluntuottajat tajuavat muutokset hyvissä ajoin ennen kuin heitä viedään kirkuen ja potkien uuteen aikaan.

OIKEUKSIA MUTTA MYÖS VELVOLLISUUKSIA

Ihmisillä on siis kasvava määrä keinoja huolehtia hyvinvoinnistaan ja terveydestään. Mutta jos potilaan aktiiviteetti tunnistetaan hyvässä, tulee sitä tarkastella myös pahassa. Ajoittain keskustellaan itse aiheutettujen sairauksien hoidosta.

Monien mielestä itse aiheutetuille ongelmille ei tule julkisin varoin antaa parantavaa hoitoa. Oireen mukainen hoito, kuten kivunlievitys toki sallittaisiin.

Argumentti kuitenkin kaatuu joka kerta murhaavaan vastaväitteeseen: entä jos on rikkonut polvensa salibändyssä tai vaurioittanut olkapäänsä lasketellessaan? Olisihan omituista, jos vain itse valitut paheet aiheuttaisivat terveysongelmia, mutta itse valitut hyveet eivät koskaan.

Keskustelu tärkeästä asiasta päättyy takalukkoon, koska sitä käydään tavaralogiikan ehdoin. Potilas on toiminnan kohde, jonka elämästä vain siivu kiinnostaa palveluntuottajaa.

Yhteistuotannolle voidaan ja pitää määritellä ehdot. Hoitosuunnitelma on palvelusopimus, joka määrittelee sekä lääkärin että potilaan oikeudet ja velvollisuudet. Palvelusopimuksessa on kaksi osapuolta, ja molemmilla on oikeutensa ja velvollisuutensa.

Elämäntavoista johtuvien ongelmien korjaaminen edellyttää ainakin jonkinlaista elintapojen muutosta. Jos potilas lopettaa tupakoinnin, hänelle voidaan tehdä ohitusleikkaus. Jos potilas ei lopeta tupakointia, ohitusleikkausta ei kannata tehdä, koska sen vaikutus jää olemattomaksi.

Jos toinen osapuoli rikkoo sopimuksen, se raukeaa tai se voidaan riitauttaa. Aktiivinen, yhteistuotantoon osallistuva potilas on toimija, jolla on sekä oikeuksia että velvollisuuksia.

Jos potilaskeskeisyys ymmärrettäisiin terveydenhuollossa juhlapuheita pidemmälle, terveydenhoidon vaikutavuus paranisi.

**”ENNALTA-
EHKÄISY
ON AINA
KANNATTAVA
INVESTOINTI”**

”ENNALTAEHKÄISYYN SATSAAMALLA VOITAISIN
HELPOSTI SÄÄSTÄÄ MILJARDEJA.”

Ennalta ehkäiseminen vähentää vahingon todennäköisyyttä tai sen suuruutta. On kiistatonta, että aggressiivinen syöpä on parempi tunnistaa aikaisemmin kuin myöhemmin. Monissa sairauksissa varhainen puuttuminen on halvempaa kuin myöhäinen reagointi.

KOHDISTUU VÄESTÖÖN, RYHMÄÄN TAI JO SAIRASTUNEeseen

Ennaltaehkäisyä on kolmenlaista: primaaria, sekundaarista ja tertiääristä.

Primaari ennaltaehkäisy kohdistuu koko väestöön. Tarkoituksena on estää tautien synty. Tupakoinnin väheneminen vähentää keuhkosyövän esiintymistä. Nastalengkareilla vältetään kalliita lonkkaleikkauksia. Rokotuksilla estetään sairastumista. Asbestin kieltämisellä estetään syöpiä.

Sekundaarinen ennaltaehkäisy kohdistuu ryhmiin, jotka ovat jo sairastuneet. Sen tarkoituksena on estää sairauden pahenemista joko poistamalla tai vähentämällä riskitekijän vaikutusta. Sepelvaltimotautia sairastavaa potilasta tuetaan lopettamaan tupakointi ja annetaan elintapaohjeita kolesterolitasojen alentamiseksi.

Tertiäärinen ennaltaehkäisy kohdistuu jo sairastuneisiin ja sen tehtävänä on hillitä sairauden aiheuttamia haittoja. Kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan sairauden heikentämää toimintakykyä tai estämään sen edelleen heikkeneminen.

Ennaltaehkäisy on yleisesti hyväksytty ja juhlapuheissa toistuva ratkaisu ongelmaan, joka kuitenkin on huonosti määritelty. Siksi ennaltaehkäisy johtaa kiusallisen vähän mihinkään.

Ennaltaehkäisy puuttuu johonkin ikävään lopputulokseen todennäköisesti johtavaan tapahtumakulkuun ennen kuin vahingot kaatuvat päälle. Tätä on menestyksellisesti sovellettu paloturvallisuudessa, liikenteessä ja rakennustyömailla.

Terveydenhuollossa yleinen terveystarkastus, rokotukset, terveystarkastukset, seulonnat ja haittaverot ovat vähentäneet epidemioihin, ravintoon ja nautintoaineisiin liittyviä riskejä. Miksi monet muut ennaltaehkäisyn sovellukset ontuvat?

Vastaus jakaantuu kahteen. On asioiden luonteeseen liittyviä teknisiä syitä ja kannustimiin liittyviä taloudellisia syitä.

Ennaltaehkäisy on teknisesti mahdollista vain, jos seuraavat ehdot toteutuvat:

- a) Syy-seuraussuhteet tiedetään ja niiden perusteella voi luotettavasti ennustaa. Tiedetään, että metabolinen oireyhtymä johtaa todennäköisesti diabetekseen, asbestille altistuminen aiheuttaa keuhkosyöpää ja huono työergonomia aiheuttaa tuki- ja liikuntaelinsairauksia.
- b) Syyt voidaan luotettavasti tunnistaa ennen kuin seuraukset ovat ilmeisiä. Tunnistus voidaan tehdä ilman suurta määrää virheellisiä havaintoja (väärä positiivinen, väärä negatiivinen).

- c) Tunnistettuihin syihin voidaan tehokkaasti puuttua. Metaboliseen oireyhtymään voidaan vaikuttaa elämäntapamuutoksella, asbesti voidaan poistaa ja huonot työasennot korjata.
- d) Ehkäisevän toimenpiteen vaikutukset voidaan luotettavasti osoittaa. Yksittäiset tapaukset eivät riitä todentamiseen. Tarvitaan koeryhmiä ja verrokkeja, jotta toimenpiteen vaikutus voidaan luotettavasti todeta.
- e) Syihin puuttuminen ei aiheuta enemmän kustannuksia tai haittaa kuin säästöjä tai hyötyä. Puuttuminen ei loukkaa ihmisoikeuksia tai kansalaisvapauksia.

TEORIASSA HYVÄ, TOTEUTUS VAIKEAA

Ennaltaehkäisy toimii, jos riittävän moni ehdoista toteutuu. Rokotuksissa kaikki toimivat. Arvuutelu kohdistuu kyllä viimeiseen kohtaan (e), kun yksittäiset haittatapaukset aiheuttavat ajoittaista suukopua.

Diabeteksen ehkäisyssä kaikki toimivat paitsi mahdollisuus tehokkaaseen puuttumiseen (c). Elämäntapamuutoksia on vaikea toteuttaa, mutta onnistuessaan niistä on merkittävää hyötyä.

Koulu- ja perheväkivallan ehkäisyssä yksikään ehdoista ei toteudu. Ei ole olemassa psykologista tai sosiologista teoriaa siitä, minkälainen kehityskulku väistämättä tai suurella todennäköisyydellä johtaa tekoon (a).

Väkivaltatilanne voidaan jälkikäteen rekonstruoida ja esittää uskottavina tarinoina, mutta yhden tapauksen selityk-

sestä ei vielä seuraa teoriaa, jonka perusteella tulevia tapah-
tumuksia voisi ennakoita. Oikeusvaltiossa kaikkia poikkeavasti
käyttäytyviä ei voi laittaa erityiseen tarkkailuun (c, e).

Jos tulosmuuttujia ei seurata, ei voida tietää, onko toiminta ollut vaikuttavaa.

Rinta- ja eturauhassyöpien seulonnasta ja ehkäisystä on
paljon tutkimusta ja päättymätön keskustelu. Selvää on,
että seulonnat eivät aina ole hyödyllisiä. Väärien havain-
tojen mahdollisuus on korkea (b) ja puuttuminen voi aihe-
uttaa enemmän haittaa kuin hyötyä (e).

Jos tulosmuuttujia ei seurata, ei voida tietää, onko toi-
minta ollut vaikuttavaa. Seuranta on hankalaa, jos terveys-
ongelmaan liittyy monta erilaista muuttujaa.

Ennaltaehkäisyllä voidaan pyrkiä vähentämään tupa-
kointia ja tätä kautta riskiä sairastua sepelvaltimotautiin.
Tupakointi ei kuitenkaan ole ainoa sepelvaltimotaudin ris-
kitekijä, vaan samaan joukkoon kuuluvat ylipaino ja vähäi-
nen liikunta.

Tupakointiin, ylipainoon ja vähäiseen liikuntaan voi-
daan yrittää vaikuttaa terveysvalistuksella. Vaikka valistus
tepsisi ja sepelvaltimotaudin esiintyvyys kääntyisi laskuun,

ei ole tarkkaa tietoa siitä, mikä johti mihinkin. Yksittäisen riskitekijän vaikutusta taudin vähenemiseen ei voida tarkasti laskea.

Ennaltaehkäisy on siis teoriassa hyvä, mutta käytännössä vaikea toteuttaa. Resurssien kohdentaminen ennaltaehkäisyyn ei ole järkevää, ennen kuin kussakin tapauksessa on riittävä ymmärrys ehdoista (a–e).

SÄÄSTÖJÄ VOIDAAN ARVIOIDA, EI LASKEA

Ennaltaehkäisy tuottaa taloudellisia säästöjä vain, jos säästöt voidaan laskea tai arvioida ja sitten kotiuttaa. Ennaltaehkäisevien toimien todellisen säästöpotentialin laskeminen on mahdotonta.

Ennaltaehkäisyn onnistuminen tarkoittaa, että jokin, joka olisi voinut tapahtua, jää tapahtumatta. Ei-tapahtuma ei rekisteröidy tilastoon.

Ei-tapahtuma voidaan todeta vain vertaamalla ennustettuja tapahtumia toteutuneisiin tapahtumiin. Mutta jos ennustemalli on hutero, kaikki muukin on huteraa.

Otetaan esimerkki: On odotettavissa, että nykymenolla diabeteksen kustannukset ovat viiden vuoden päästä miljoona euroa. Ryhdytään ennaltaehkäisyyn ja kustannukset tippuvat puoli miljoonaa. Siitä huolimatta ei voida varmuudella tietää, miten olisi käynyt ilman toimenpiteitä.

Ennaltaehkäisevät toimet voivat olla toimenpiteitä, kuten kasvaimen varhainen poisto tai verenpainelääkitys. Usein ennaltaehkäisy kuitenkin perustuu yksilön terveys-

käyttäytymisen muutoksiin – liikun enemmän, syön terveellisemmin, käytän parempia työasentoja.

Ennaltaehkäisyn vaikuttavuus ei ole yksiselitteinen.

Ennaltaehkäisevä valistus voi aiheuttaa tai olla aiheuttamatta muutoksia. Itse raportoitujen ja oikeasti toteutuneiden muutosten välillä voi olla ero. Ennaltaehkäisyn vaikuttavuus ei ole yksiselitteinen.

Harva asia maailmassa on niin hyvä, että siinä ei olisi mitään pahaa. Ennaltaehkäisy voi säästä ihmishenkiä ennenaikaiselta kuolemalta ja vähentää yhteiskunnan kustannuksia. Mutta se voi myös aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja tolkutonta rahanmenoa.

Ennaltaehkäisy perustuu subkliiniseen diagnostiikkaan eli piilevien oireiden selvittämiseen. Mahdollinen tauti todetaan ennen kuin se koetaan. Jos verenpainetta mitaava viisari värähtää, hälytyskello soi. Tämä voi olla hyvä tai huono asia. Ehkä pilleri päivässä pitää pahan loitolla. Samalla kuitenkin ihminen määritellään lääketieteellisesti sairaaksi, hänestä tulee verenpainepotilas.

Kohonneella verenpaineella on vahva yhteys moniin vakaviin sairauksiin. Samaa kaavaa kuitenkin sovelletaan heikommin tunnettuihin yhteyksiin, kuten kolesteroliin.

Sairauksien määrää voidaan lisätä pelkän mittaritiedon ja ennustemallien avulla. Tämä avaa rajattomia mahdollisuuksia lääkeyrityksille, palveluntuottajille ja verottajalle.

On epävarmaa, paraneeko kansanterveys ja hyvinvointi. Aivan varmaa on kuitenkin, että kestävyysvaje huononee.

PALAAKO RAHA SÄÄSTÄJÄLLE?

Ennaltaehkäisyä pidetään investointina. Investointeja tehdään tulevaisuuden tuottojen toivossa. Ehkäisijän on laitettava resursseja peliin nyt, vaikutukset tulevat myöhemmin.

Jos ennaltaehkäisy onnistuu, kansa on terveempää ja työteliäämpää kuin aikaisemmin. Kaikki hyötyvät. Mutta säästykö rahaa, korjautuuko kestävyysvaje?

Ennaltaehkäisyllä pyritään säästämään kustannuksia. Säästöjen pitäisi näkyä siinä, että palvelujen kysyntä vähenee ja siihen tarvitaan vähemmän väkeä. Säästö voi toteutua vähentyneinä palkka- ja tilakustannuksina tai siinä, että vapautuneita resursseja voidaan siirtää muihin tehtäviin.

Mikä on se toimija, jonka vastuulla on todeta ennaltaehkäisyn seurauksena vähentynyt kysyntä? Kuka voi toimivan ennaltaehkäisyn perusteella vähentää tai siirtää henkilöitä muihin tehtäviin? Jos tällaista toimijaa ei ole, mitään ei säästy.

Jos ennaltaehkäisyyn investoiva ja säästöjä saava ovat samoja tahoja, tuottojen pitäisi näkyä heidän yhteisessä budjetissaan. Tilanne on hankalampi, jos säästöt menevät jonkun muun toimijan eduksi.

VAIKUTTAVUUSINVESTOINTI TUO SIJOITTAJARISKIN ENNALTAEHKÄISYYN

Britanniassa yksityiset toimijat ovat ottaneet ennaltaehkäisyn vakavasti. Siellä on käytössä niin sanottuja vaikuttavuusinvestointeja, joita kutsutaan nimellä Social Impact Bond (SIB).

Ensin palveluntuottaja, tyypillisesti yksityisyrittäjä tai aatteellinen yhdistys, kehittää ennaltaehkäisyn toimintamallin johonkin asiaan. Rikollisuuden uusinnan ehkäisy on ollut ensimmäisiä esimerkkejä.

Palveluntuottaja uskoo asiaansa ja hankkii kumppanit. Julkisen kriminaalihuollon kanssa tehdään sopimus, jossa vaikutus määritellään uusintarikollisuuden vähenemiseksi ja vaikutus mitataan täsmällisesti.

Palveluntuottaja etsii itse rahaa toimintansa kustannusten kattamiseksi. Jos toiminnan vaikutus on haluttu tai suurempi, kriminaalihuolto maksaa palkkion suhteessa omiin säästöihinsä.

Pääomasijoittajat ostavat SIB:ejä riskillä. Jos toiminta onnistuu ja kriminaalihuolto siis maksaa palkkion, sijoittajat saavat omansa pois ja kohtuullisen tuoton. Jos ennaltaehkäisy ei onnistu, sijoittajat kärsivät tappion.

Jos kunta satsaa diabeteksen ehkäisyyn, kunta säästää omissa kuluissaan. Kustannukset menevät samasta puolesta, mihin säästöt palaavat.

Kunnan sosiaalitoimen on laitettava rahaa likoon syrjäytymisvaarassa olevien nuorten palveluihin. Jos onnistutaan, vaikutusten pitäisi näkyä vaikkapa siinä, että poliisin, aikuispsykiatrian tai vankeinhoitolaitoksen palvelujen kysyntä vähenee. Näin saadut säästöt pitäisi luovuttaa syrjäytymistä ehkäisemään kunnalle.

On vaikea kuvitella, että tällaista tapahtuisi vapaaehtoisesti. Niin kauan kuin rahoitus rakenne luo kannusteita osaoptimointiin, ennaltaehkäisy ei ole investointi, joka maksaa itsensä takaisin.

Mitä pitäisi tapahtua, jotta juhlapuheet ennaltaehkäisystä kannattavana investointina olisivat totta? Tarvittaisiin vahva toimija ja rahoitusinstrumentti.

Kuvitellaan, että Valtiokonttori ottaisi tämän tehdäkseen. Valtiokonttori myöntäisi rahaa kunnille tai sotepiireille käytettäväksi ennaltaehkäisyyn. Valtiokonttori myös seuraisi tuloksia ja mittaisi onnistumisesta seuraavaa kysynnän vähentymistä.

Viime kädessä Valtiokonttorilla olisi valta velvoittaa palveluntuottajat supistamaan toimintaansa, kun kysyntä on vähentynyt. Se ulosmittaisi säästöt ja kotiuttaisi investoinnin korkojen kera.

Niin kauan kuin tämä kuulostaa mahdottomalta, ennaltaehkäisy ei voi olla kannattava investointi.

”INTEGRAATIO TOTEUTETAAN YHDISTÄMÄLLÄ ORGANI- SAATIOITA”

”KUN ERILAISET SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMINNOT
YHDISTETÄÄN SAMAN HALLINNON ALLE, RAJA-
AIDAT SULAVAT JA TOIMINNOT INTEGROITUVAT.
RAHAA SÄÄSTYY, PALVELUT PARANEVAT JA ERI-
ARVOISUUS VÄHENEET.”

Suomi pyrkii edelläkävijäksi samanaikaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioiden integraatiossa. Edelläkävijä tekee teorian tai uskon varassa asioita, joita muut eivät ole tehneet, joten empiiristä näyttöä lopputuloksesta ei ole.

Muilla aloilla organisaatiolähtöistä integraatiota on yritetty ennenkin. Stakes ja Kansanterveyslaitos yhdistettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi. Organisaatiomuutos sotki toimintoja pitkiksi ajoiksi, mutta näyttöä ennennäkemättömistä integroiduista toiminnoista ei ole saatu.

Teknillinen korkeakoulu, Kauppakorkeakoulu ja Taideteollinen korkeakoulu yhdistettiin Aalto-yliopistoksi. Integroidusta opetuksesta ja poikkitieteellisestä tutkimuksesta on joitain esimerkkejä, mutta uusi konsernihallinto on raskas taakka aikaisempien toimintojen päällä.

Kun kahviin kaataa maitoa, syntyy integroitu maitokahvi.

Sosiaali- ja terveystalouden integraatiota on kokeiltu monissa maissa. Seurantatutkimusten mukaan tulokset niin kustannussäästöinä kuin terveysvaikutuksina ovat epäselvät, arvioidaan Centre for Health Economicsin tutkimuksessa ykskantaan.

Usein on jäänyt selittämättä, mitä integraatio tarkoittaa, keitä se koskee, miten se tehdään ja mitä hyötyä siitä on. Integraatiohan voi koskea rahoitusta, järjestämistä ja tuotantoa.

Integraatio tarkoittaa, että joukko osia yhdistetään, niin että ne muodostavat uuden kokonaisuuden. Sen tulee olla enemmän tai parempaa kuin osiensa summa. Kukin osa joutuu alistumaan kokonaisuuden ehdoille.

Jos maahanmuuttajia integroidaan, sekä tulijoiden että kantaväestön on sopeuduttava. Siksi integraatio on tuskallista.

Koordinaatio tarkoittaa, että erilaisia osia tai toimintoja järjestellään erilaisiksi prosesseiksi tai rakenteiksi. Oikeat tehtävät suoritetaan koordinoitusti oikeaan aikaan oikeassa paikassa, mutta tehtävät eivät muutu.

Lego-palikoista rakennettu talo ei ole integroitu vaan koordinoitu. Kun kahviin kaataa maitoa, syntyy integroitu maitokahvi, jonka osia ei ihan helposti enää voi erottaa.

HIMMELEISTÄ POTILAAN TASOLLE

Ajatus, että integraatio voitaisiin toteuttaa hallinnollisilla laatikkoleikeillä johtaa harhaan. Jos organisaatioita integroidaan, vaikutuksen tulisi näkyä potilaan tasolla.

Integraatiopohdinta pitäisi siis aloittaa potilaiden tarpeista, ja miettiä heitä lähellä olevia ja suoraan vaikuttavia ratkaisuja. Vasta tämän jälkeen kannattaa kysyä, minkälainen organisaatio antaa parhaat edellytykset integraation toteutumiselle.

Ajatellaan tyypillistä tapausta: monisairas vanhus. Vanhuksella itsellään, hänen omaisillaan ja eri asiantuntijoilla on vanhuksen tilasta erilaisia käsityksiä. Ortopedi tietää jotain nivelten artroosista, neurologi kehkeytyvästä dementiasta, geriatri yleiskunnosta, sosiaalityöntekijä eläkkeistä ja palvelutaloista.

Vanhuksella on omat käsityksensä ja toiveensa, kuten omaisillakin. Jos kaikki nämä tahot tuodaan saman pöydän ääreen keskustelemaan tilanteesta, voi syntyä tiedon integraatio, yhteinen ja jaettu käsitys tilanteesta. Eri tiedot sekoittuvat, eikä niitä voida enää erottaa.

Jos ortopedi kertoo, että nivelissä on pitkälle edennyt artroosi, omaiset eivät voi enää elää siinä uskossa, että kyllä meidän mamma pärjää ihan niin kuin on ennenkin pärjännyt.

Yhteisen, integroidun käsityksen, diagnoosin perusteella voidaan sitten tehdä hoitosuunnitelma, ja toteuttaa se koordinoitusti. Integraatio ei toteudu, jos jokin taho ei kannata korttaan kekoon tai jääräpäisesti kieltäytyy kuuntelemasta muita.

Integraatio voi toteutua hyvin tai huonosti. Se on muuttuja, jota pitäisi mitata ja seurata.

Minkälainen organisaatiohimmeli tai järjestämisalue parhaiten edesauttaa, tai vähiten häiritsee potilastason integraatiota? Vastaus löytyy, jos löytyy mittari integraatiolle ja sen vaikutuksille.

Teollisuudessa integraation kanssa on kamppailtu kautta aikojen. Monista osista koostuva tuote pitää integroida suunnitteluvaiheessa, jotta se toimisi.

Tavallisessa autossa on noin viisituhatta osaa. Jokainen on suunniteltava niin, että se sopii yhteen ja toimii yhdessä muiden kanssa.

Tiukka integraatio tapahtuu erilaisten moduulien sisällä. Vaihdelaatikon osien pitää sopia täsmällisesti yhteen. Moduulit, kuten vaihdelaatikko, moottori, voimansiirto ja jarrut liittyvät toisiinsa väljemmin erityisten käyttöliittymien kautta.

Tuotteiden integraatio edellyttää hierarkkista organisaatiota ja tiukkaa johtamista. Auton aikaansaaminen vaatii kymmeniä teknisiä erikoisaloja, kuten moottorit, jarrut, ja elektroniikka. Jokaista edustaa tekninen ammattikunta, jolla on takanaan oma tieteenalansa. Jokainen pyrkii maksimoimaan omaa vaikutusvaltaansa.

Jos jokainen saisi toimia oman mielensä mukaan, ei syntyisi integroitua autoa, vaan superosista kasattu hirviö. Niinpä lopputuloksesta vastaavalla taholla tulee olla valta alistaa erityisosaajat integraation vaatimuksille.

LÄÄKÄRI TAIPUU PALVELUMUOTOILIJAKSI

Kun piirustukset ja prototyypit ovat valmiina, voidaan käynnistää tuotanto. Sata vuotta sitten Ford Motor Company oli maailman integroiduin tuotanto-organisaatio. Saman johdon alla oli kaikki mahdollinen rautamalmikavoksista terästehtaisiin ja kumiplantaaseista autokorjaimoihin.

Tätä kutsutaan vertikaaliseksi integraatioksi: kaikki prosessit alusta loppuun ovat samassa organisaatiossa. Täs-

mällisesti ottaen kyseessä on kuitenkin koordinaatio: miten erilaiset tehtävät järjestetään ja aikataulutetaan.

Fordin toimintatapa toimi hyvin niin kauan kun tuotannossa oli vain yksi tuote ja yksi väri vaihtoehto. Kun asiakkaat alkoivat vaatia erilaisia automalleja ja erivärisinä, kompleksisuus ei ollut hallittavissa, ja yhtiö joutui konkurssin partaalle.

Hierarkiajohtoisen koordinaation vaihtoehto on markkinaehtoinen verkosto ja kumppanuudet. Mallin pioneeri oli Toyota ja sitä sovelletaan nykyään yleisesti kappaletavaruustuotannossa.

Auton arvosta 90 prosenttia on ostettuja osia. Niitä tuottavat erikoistuneet, kilpailulle alistuneet osavalmistajat, joita yhdistävät tilaus-toimitusketjut ja toiminnanohjausjärjestelmät. Niissä määritellään laatu, hinnoittelu, toimitukset ja laskutus.

Jos tietojärjestelmät toimivat ja rahoista voidaan sopia, tuotannossa markkinaehtoinen verkosto on tehokkaampi ja joustavampi kuin hierarkkinen vertikaalinen integraatio.

Horisontaalinen integraatio tarkoittaa, että sama organisaatio saman tuotemerkin alla tarjoaa asiakkaille erilaisia malleja erilaisissa hintaluokissa erilaisiin käyttötarkoituksiin. Tästä on se etu, että monia komponentteja ja ratkaisuja voidaan käyttää ristiin eri malleissa.

Tästä seuraa:

- Tuotteen ja tuotannon integraatio ovat kaksi eri asiaa. Edellisissä osat sopeutuvat kokonaisuuteen. Jälkimmäinen on koordinaatiota, ennalta sovittujen asioiden toteuttamista prosessien määräämillä tavoilla.

- Tuotanto voidaan järjestää siten, että jokainen vaihe on samassa organisaatiossa saman hierarkkisen johdon käskyvallan alla. Vaihtoehtona on tuotannon järjestäminen markkinaehtoisella verkostolla, jossa toimintoja koordinoidaan sopimuksilla, tietojärjestelmillä ja rahavirroilla.
- Vertikaalinen integraatio koskee toimintoja, jotka johtavat samaan lopputulokseen. Horisontaalinen integraatio koskee erilaisia tuote- tai palvelutyyppejä eri ihmisille eri käyttötarkoituksiin.

Sovelletaan tätä terveystalouteen. Integraatiota tarvitseva ”tuote” on potilaan hoito. ”Tuotesuunnittelu” on diagnoosi ja hoitosuunnitelma.

Integraatiota tarvitaan, jos kaksi osaa tarvitaan kokonaisuuden aikaansaamiseksi.

Diagnoosin ja hoitosuunnitelman tuottaminen on palvelumuotoilua. ”Tuotanto” on potilaan hoitosuunnitelman koordinoitu toteutus.

Minkälainen organisaatio saa nämä aikaan parhaiten, helpoiten ja halvimminkin?

Integraatiota tarvitaan, jos kaksi tai useampi osa, tieto, erikoisosaja tai toimenpide tarvitaan kokonaisuuden aikaansaamiseksi. Integraatiota ei tarvita, jos yksi ihminen tarvitsee yhden asian yhden tuottajan tekemänä yhdellä kerralla.

Nämä ehdot täyttyvät, kun perusterveydenhuollon potilas saa lähetteen erikoissairaanhoidon. On siis integraation ja koordinaation paikka.

Jos terveyskeskuksen lääkäri voisi sujuvasti ja samantien konsultoida erikoislääkärin kanssa etänä, suurta osaa lähetteisistä ei tarvittaisi. Yksinkertainen tapa on ottaa käyttöön tekniikka-avusteinen konsultaatiojärjestelmä. Niitä on markkinoilla saatavilla.

HOITOPOLKUJA JA PALVELUPROSESSEJA

Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan 10 prosenttia sosi-aali- ja terveydenhuollon asiakkaista kerryttää 80 prosenttia kustannuksista. Tähän joukkoon kuuluvat vaikeat somaattiset tapaukset kuten keskokset ja massiiviset palovammat. Suurimmat ryhmät ovat päihde- ja mielenterveyspotilaat sekä monisairaat vanhukset.

Moniongelmaisten potilaiden hoidoista tulee erittäin kalliita, koska he eivät saa integroitua apua. He käyttävät samanaikaisesti kaikkia palvelukanavia ja vaeltavat luukulta toiselle. Resursseja kuluu, mutta elämänlaadulla mitattu vaikuttavuus on keho.

Yhden asian palvelukanavat ovat perusterveitä ihmisiä varten. Heillä on tyypillisesti yksi ongelma kerrallaan.

Jos pitää paikkauttaa vaikka reikä hampaassa, siilo toimii aivan hyvin. Olisi absurdia, jos hammaslääkärin vastaanotolla potilaalle tehtäisiin ensin integraatioharjoitus, jossa katsottaisiin suun terveyden ja lastensuojelustatukseen yhteisvaikutus.

Hyvä alku olisi järjestää yleisimmille potilasryhmille palveluprosesseja.

Viisi prosenttia potilaista tarvitsee vertikaalista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota ja kymmenen prosenttia horisontaalista sosiaalipalveluiden ja terveystalveluiden integraatiota.

Näiden lukujen valossa asiakkaiden enemmistö ei tarvitse integraatiota. Enemmänkin erityisryhmille kannattaisi rakentaa erityisratkaisuja.

Jos ongelmia on samanaikaisesti monia, yhden kanavan siilot käyvät ahdistaviksi ja kyvyttömiksi. Prosessiajattelun mukaan siilot pitäisi purkaa, kääntää lappeelleen ja muotoilla prosesseiksi, jotka integroivat potilaan hoitopolun.

Jotkut integroidut hoitopolut ovat onnistuneet. Espoon sairaalan lonkkaliikumäki kotiuttaa lonkkamurtumapotilaat nopeammin ja paremmassa kunnossa kuin perinte-

nen hoitoputki. Rintasyöpäkeskus tuottaa diagnoosin päivässä, kun siiloilla siihen menee kolme viikkoa.

Hoitopolun integroiminen edellyttää erikoistuneita moniammatillisia tiimejä. Niiden kapasiteetti tulee täyteen käyttöön vain, jos potilaita on riittävästi. Pienellä väestöpohjalla prosessiperustainen integraatio tulee kalliiksi.

Hyvä alku integraatiolle olisi järjestää yleisimmille tautitai potilasryhmille palveluprosesseja, jotka koostuvat standardisoiduista moduuleista, joita voi yhdistellä tarpeen mukaan. Harvinaisissa ja vähälukuisissa tapauksissa on edelleen käytettävä yksilöllisiä ratkaisuja.

TARVITAAN TIETOA, RAHAA JA KANNUSTEITA

Ongelma on sama kuin autoteollisuudessa. Integraatiota tarvitseva potilas on projekti.

Projektilla tulee olla potilasvastaava projektipäällikkö tai kaksi, jos toinen vastaa tuotteesta, toinen tuotannosta. Edellinen on kliininen johtaja, jonka vastuulla on diagnoosi. Jälkimmäinen vastaa prosessista ja sen koordinoimisista.

Kun diagnoosi ja hoitosuunnitelma ovat valmiita, ei ole välttämättä järkevää, että kliininen johtaja myös koordinoi tuotannon. Jos hoitopolku on selvä, myös potilas itse tai hänen omaisensa voi toimia koordinaattorina.

Monimutkaisissa tapauksissa, joissa hoitopolkua ei voi määritellä edeltä käsin alusta loppuun, diagnoosi ja hoi-

tosuunnitelma voivat taas tarvita ajoittaista säätämistä. Tässä on case manageroinnin paikka.

Potilastason integraatio on kiistatta hyvä asia. Kukaan ei sitä vastusta. Mutta minkälainen organisaatio tarvitaan, jotta integraatio olisi mahdollista, sujuvaa ja tehokasta? Miten kliininen ja toiminnallinen johtaminen voisivat pelata yhteen?

Integraation ja koordinaation malleja on kehitetty. Mekanismit ja työvälineet ovat tieto, raha ja kannusteet.

Kliinisellä johtajalla pitää olla käytettävissään kaikki tarvittava tieto. Siihen tarvitaan integroitu potilastietojärjestelmä, joka tuo kaikki tarpeelliset tiedot yhdelle näytölle.

Toiminnallisella johtajalla tulee olla potilasta seuraavaa rahaa, jolla hän asettaa palveluntuottajat koordinoituun järjestykseen.

Integraatio vaatii ihmisten välistä yhteistyötä. Jos eri toimijoilla on sama esimiehen esimies, mutta käytännössä yhteistyö ei pelaa, integraatiota ei synny.

Jos terveysaseman sosiaalihoitaja, omalääkäri ja palvelutalon vastaava hoitaja suunnittelevat potilaan hoitoa yhdessä syntyy integraatiota, vaikka kaikki kolme olisivat eri hallinnollisten yksiköiden alla.

Jos integroidun organisaation johdolla ei ole näkemystä, kannusteita ja valtaa, integraatio jää kulissiksi.

VAASASSA VANHUSTENHOITOA INTEGROIDAAN HOITOSUUNNITELMALLA

Vanhusten hoivakodeissa on tyypillistä, että asukas saa äkillisen vaivan. Henkilökunta ei tiedä, mitä tehdä, ja helpoin ratkaisu on soittaa päivystykseen.

Päivystävä lääkäri ei tunne vanhusta tai hänen sairaushistoriansa ennalta. Hänelle pienimmän riesan tie on sanoa ”Tuokaa tänne, niin katsotaan”. Tilataan ambulanssi.

Päivystyksessä tehdään kokeita ja varmuuden vuoksi siirretään potilas vuodeosastolle tarkkailuun. Mahdollisesti tehdään jotain pieniä muutoksia lääkitykseen, mitään merkittävää ei ilmaannu, ja potilas toimitetaan takaisin. Vähän ajan päästä sama toistuu. Kaupunki maksaa.

Vaasassa hoivakotien ambulanssiralli päivystykseen saatiin loppumaan lähes kokonaan, kun vanhusten äkillisten vaivojen hoitoon kehitettiin uusi malli. Integroidun mallin kehitti terveysalan yritys Doctagon, jolla on vastuu vanhusten terveyspalvelujen koordinoinnista. Palkitsemismalli perustuu kiinteään kuu-kausihintaan, joten Doctagonin voitto perustuu hoidon vaikuttavuuteen.

Mallin keskiössä on geriatrian erikoislääkäri ja vanhukselle tehty hoitosuunnitelma. Kaupungille hoitosuunnitelmien laatiminen oli kallis investointi, mutta ambulanssirallin väheneminen toi jo ensimmäisenä vuonna säästöjä 600 euroa potilasta kohti.

Doctagonin mallissa erikoislääkäri tekee potilaan, omaisten ja palvelutalon henkilökunnan kanssa yhdessä perusteellisen diagnoosin ja sen pohjata hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelmaan kirjataan tyypilliset oireet ja niiden hoidot, potilaan oma tahto ja hoitoisuusluokka.

Jos vanhukselle sattuu jotain, henkilökunta katsoo hoito-ohjeet hoitosuunnitelmasta. Jos ohjeet eivät ole selvät tai riittävät, voidaan ottaa etäyhteys päivystävään geriatriin. Jos elinaikaa on vähän, hoitosuunnitelmassa voidaan todeta, että vanhukselle ei anneta muuta kuin oireen mukaista hoitoa.

”MUUALTA KOPIOITU EI SOVI MEILLE”

”SUOMEN EI KANNATA OTTAA MALLIA MUIDEN MAIDEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMISTÄ, KOSKA OSAAMME TEHDÄ ITSE PAREMMIN.

LISÄKSI JOKAISESSA KUNNASSA JA SAIRAANHOITOPIIRISSA ON KUITENKIN ERITYISLAATUISET ONGELMAT JA TARPEET. STANDARDINTI LATISTAISI MONI-MUOTOISUUDEN.

KAIKKI TIETOJÄRJESTELMIÄ MYÖTEN KANNATTAAN RAKENTAA ALUSTA ALKAEN OMIEN TARPEIDEN MUKAAN.

Terveydenhuolto on alueellista. Potilaat asuvat ja elävät joillakin alueilla, joiden rajojen ylittäminen aiheuttaa vaivaa.

Alueiden välillä on eroja väestöpohjassa, geneeissä, ikärakenteessa ja sairastavuudessa. Mutta taudit ja niiden aiheuttajat ovat samoja koko maassa ja osin koko maailmassa. Onnettomuus aiheuttaa trauman paikkariippumattomasti.

Lääkkeet, laitteet ja menetelmät toimivat globaalisti pienin muunnoksin. Tietotekniikka ratkaisee ongelmia samalla kaavalla ympäri maailman.

Suomi ei ole millään terveydenhuollon mittarilla vertailtuna kansainvälisesti paras tai huonoin, vaan useimmiten lähellä keskiarvoa. Tämä käy ilmi OECD:n terveydenhuoltoa koskevasta tilastoyhteenvedosta Health at a Glance. Vuonna 2014 vertailussa oli 53 muuttujaa, kuten lääkärikäyntien ja seulontojen määrä, hoitoaikojen pituus tai diabeteksen esiintyvyys.

Pitääkö Suomessa olla ihan oma ja itse kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä vai voisiko sen ajan ja väen säästämiseksi kopioida muualta? Useimmille pelkkä ajatus on kauhistus: Ruotsin mallista en mitään tiedä, mutta meille se ei sovi.

OMALAATUINEN KUNTAPOHJAISSUUS

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän perusrakenne noudattaa Britannian niin sanottua Beveridge-mallia, kuten muissakin Pohjoismaissa. Rahoitus kerätään veroilla ja veroluonteisilla maksuilla, tuotanto on julkisen sektorin tehtävä.

Beveridge-maiden joukossa Suomi poikkeaa joissain asioissa. Rahoitus- ja järjestämisvastuu on erittäin pienillä yksiköillä, kunnilla.

Riskien tasaamisen ja tuotannollisen tehokkuuden kannalta kuntiin pohjaavassa järjestelmässä ei ole mitään järkeä. Mutta jos keskitytään aluepolitiikkaan ja halutaan pitää koko maa asuttuna, järjestelmä on johdonmukainen.

Kunnallinen terveyskeskus on suomalainen erikoisuus. Muissa maissa on tyypillistä, että perustason palvelut haetaan läheiseltä perhelääkäriltä. Jos sattuu jotain kiireellistä, mennään päivystävään sairaalaan. Jos on jotain vakavaa, perhelääkäri ohjaa erikoissairaanhoidon.

Terveysongelmien peruskaava on kaikissa kehittyneissä maissa yhtäläinen.

Terveyskeskus yrittää olla kaikkea vähän, eikä oikein onnistu missään: saavutettavuus, erikoistumisaste ja valikoima jäävät keskinkertaisiksi. Terveyskeskusten vuodeosastoista on tullut vanhusten säilytyspaikkoja.

Järjestelmä osoittautui jo aikaa sitten kalliiksi ja hitaaksi palvelemaan työtätekevän väestön tarpeita. Koska veroja oli vaikeaa loputtomiin korottaa, rahoitus pohjaa laajen-

nettiin: luotiin sosiaalivakuutusmaksuihin perustuva työterveyshuolto sekä Kela-korvaukset.

Työterveyshuolto hoitaa potilaan nopeasti terveeksi ja töihin, koska työntekijällä ei ole varaa jonottaa. Kun ei ollut rahaa maksaa ansioituneille lääkäreille kilpailukykyisiä palkkoja, oli pakko sallia erityismaksuluokkia ja yksityisen praktiikan pitämistä.

Kun julkinen järjestelmä ei jäykkyyttään toimi, evoluutio hyppii suunnittelijoiden silmille ja alkaa evolutionääriinen rönsyily. Rönsyjä on turha perata, jos perusongelmaa ei ratkaista. Tulee uusia, entistä sitkeämpiä.

Järjestelmän tasolta katsottuna sosiaali- ja terveyspalvelujemme historia ei ole erityisen uudistumiskykyinen. Perusratkaisuissa mennään naapurien mukana, mutta huolellisen sopeutumisen ja esimerkeistä oppimisen sijaan kehitetään omia virityksiä. Juuressa on ylpeyden kuolemansynti: osaamme itse, ei tarvitse tulla ulkomailta neuvomaan.

Sosiaali- ja terveysongelmien peruskaava on kaikissa kehittyneissä maissa yhtäläinen. Syntymä ja kuolema, sairaus ja terveys, vapaus ja tasa-arvo, oikeuksien ja velvollisuuksien tasapaino, kannustinloukut ja niiden mekanismit ovat kaikkialla samat.

Todistettavasti toimivia ratkaisuja sosiaali- ja terveyspalveluihin on rajallinen määrä. Joissain maissa niitä on pohdittu pitempään ja kokeiltu laajemmin kuin täällä.

STANDARDOINNILLA SUURUUDEN EKONOMIAA

Standardointi tarkoittaa, että on yksi tai muutama kaava tai malli, jonka mukaan toimitaan. Olisi todella hankalaa, jos joka kiinteistöön olisi kehitetty yksilölliset pistorasiat ja vesiputkien liittimet. Käyttöliittymien standardointi tekee elämän helpommaksi ja vähentää kustannuksia.

Tietokoneiden lapsuudessa jokaisella valmistajalla oli oma käyttöjärjestelmänsä. Sovellusohjelmistot piti kirjoittaa jokaiselle erikseen. Se oli paitsi kallista myös rajoite ohjelmistojen kehitykselle.

Sitten tulivat Unix, MSdos, Windows ja Linux. Applen iOS on standardoitu alusta, jonka päälle voi rakentaa mitä ihmeellisimpiä appeja. Alustojen standardointi mahdollistaa monimuotoisuuden ja yksilöllisyyden.

Standardointi mahdollistaa suuruuden ekonomian. Massatuotannossa tuote ja tuotanto suunnitellaan kerran, sitten toistetaan. Mitä enemmän tehdään, sen halvemmaksi yksi yksikkö tulee, koska kiinteät kustannukset voidaan jakaa suuremmalle kappalemäärälle.

Monissa asioissa globaali standardi on ylivoimainen. Joissain asioissa yksilöllisesti räätälöity on paras – useimmat haluavat omanlaisensa työpöydän, niin tietokoneelle kuin työhuoneeseen.

Miten erotellaan ne asiat, joihin alueellinen ratkaisu on paikallaan, niistä, joihin valtakunnallinen tai globaali ratkaisu on parempi? Minkälaisia ajatuksia kannattaa omak-sua ulkomailta, mitä kannattaa virittää itse? Vastaus ei ole ihan helppo, mutta mahdollinen.

Jos alusta ja käyttöliittymät ovat standardin mukaisia, modularisoinnilla ja massaräätälöinnillä voidaan tuottaa yksilöllisiä ratkaisuja kohtuullisin kustannuksin.

Suuri valikoima lisää vaihtoehtoja, jokainen löytää itselleen sopivimman. Nokia sovelsi tätä aikoinaan tarjoamalla suuren määrän erinäköisiä, erikokoisia, erimuotoisia ja erivärisiä puhelimia.

Muovista ja metallista rakennettu Nokian valikoima oli kuitenkin aika yksitoikkoinen, ja kaikissa oli sama Symbian käyttöjärjestelmä.

Apple lanseerasi aluksi iPhonesta vain yhden mallin. Käyttöjärjestelmä oli muotoiltu siten, että siihen voi liittää sovellutuksia, appeja, tekemään mitä ihmeellisimpiä asioita.

Jokainen kunta kehittää samaa asiaa päällekkäin ja peräkkäin.

Kun alusta, käyttöliittymä ja jakelu AppStoressa olivat standardeja, appien kehittäjistä kasvoi suunnaton ekosysteemi. Jokainen voi muotoilla puhelimensa ihan itsensä näköiseksi.

Nurkkakuntaisuuden näkyvin oire on, että jokainen sairaanhoitopiiri, kaupunki ja kunta kehittävät samaa asiaa päällekkäin ja peräkkäin. Jokaisen on tehtävä pilottipro-

jekti samasta asiasta, jonka naapurikunta jo kehitti. Parhaat käytännöt eivät leviä, eikä toisilta voi oppia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa on paljon asioita, joita voidaan standardoida, määritellä ja levittää parhaina käytäntöinä. Suomen kokoisessa maassa on virheellisesti kuviteltu, että jokaisessa niemennotkossa on erikseen ratkottava ikääntyneiden palveluiden porrastaminen tai kehitettävä oma sähköisen asioinnin ratkaisu.

KONEET EIVÄT KESKUSTELE, POTILASTIEDOT EIVÄT SIIRRY

Yhteensopimattomat ja vaikeakäyttöiset ohjelmistot ovat Suomen terveydenhuollon suurin yksittäinen ongelma. Meillä on valtava määrä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tietojärjestelmiä, jotka eivät ole toistensa kanssa yhteensopivia.

Lääkäreiden käyttökokemuksetkaan eivät tutkimusten mukaan ole erityisen hyviä – IT-kehitys ei ole tuonut toivottua parannusta. Järjestelmien ei nähdä tukevan käytännön työtä eikä niiden teknisten ominaisuuksien koeta parantuneen.

Työpaikoilla on useita järjestelmiä, joiden käyttämistä varten tarvitaan lukuisia eri tunnuksia ja salasanoja. Röntgenkuvia ei pysty katsomaan samalla ohjelmalla kuin millä tutkimuksia tilataan.

Saman kunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon pisteissä ei ole käytössä samaa potilasjärjestelmää. Potilastiedot eivät siirry sujuvasti järjestelmästä toiseen.

Tietojärjestelmät eivät tue potilaan ja ammattilaisen välistä tiedonkulkua. Potilaan on vaikea osallistua omaan hoitoonsa, jos tietoja ei saa mistään.

Jos samassa sairaalassa on monia yhteensopimattomia järjestelmiä, selitykseksi käy historia. Teknologia tuo uusia toiminnallisuuksia, joita on vaikea integroida olemassa oleviin järjestelmiin yhden sairaalan budjeteilla. Se, että näin on päässyt tapahtumaan kertoo, että valtakunnan ylimmissä kerroksissa ei ole ollut näkemystä eikä valtaa.

Valtakunnan tasolla toimivista ratkaisuksista voisi kehittää vientituotteita.

Lääketieteellinen teknologia on maamme harvoja toimialoja, joka on kasvanut lamasta huolimatta. Vienti on suurempi kuin tuonti.

Sen sijaan terveydenhuollon tietojärjestelmien vienti on kivuliasta, vaikka väitetään, että meillä on runsaasti alan osaamista.

Laitteet suunnitellaan alusta pitäen yleismaailmallisiksi, ja niissä sallitaan joitain pieniä paikallisia säätöjä. Jonkin paikallisen alueen erityispiirteiden ympärille suunniteltu ohjelmisto ei mene muualla kaupaksi. Sen sijaan valta-

kunnan tasolla todistettavasti toimivista ratkaisuksista voisi kehittää vientituotteita.

KETJU KÄVISI PERUSTERVEYDENHUOLTOON

Kustannustehokas massatuotanto ei nykyään enää tarkoita, että kaikki toiminta pitää keskittää yhteen tuotantolaitokseen. Standardoitu toiminta voi tapahtua monessa pienessä yksikössä.

Kahden pöydän kuppila voi kannattaa, jos kahvikupista jää riittävä kate ja asiakkaat vaihtuvat tiuhaan. Jos paikkoja on kymmenen kertaa enemmän, näistä rajoitteista voi tinkiä.

Pian tulee kuitenkin koko vastaan. Hehtaarihallin kokoinen kahvila ei ole enää viihtyisä eikä houkuttele asiakkaita. Jossain tällä välillä on olosuhteisiin suhteutettu optimaalinen tuotantoyksikön koko.

Ketju (franchising) tarkoittaa, että keskitetään esikuntaan ne asiat, joissa suuruuden ekonomia toimii. Keskitettäväksi sopivat yleensä hankinnat, markkinointi ja mainonta, taloushallinto ja tietotekniikka.

Ketjussa jakelu ja asiakasrajapinta voidaan järjestää hajautetusti, mutta samalla konseptilla sallien paikallista vaihtelua. Ketjuja on sovellettu menestyksellisesti vähittäiskaupassa ja matalan kynnyksen ruokapaikoissa.

Perusterveydenhuollossa voitaisiin käyttää ketjuja. Samalla kaavalla voidaan rakentaa erikokoisia lähipalvelukeskuksia, joilla kaikilla on yhteinen esikunta ja takahuoneen toiminnot, kuten standardoidut tietojärjestelmät.

Terveydenhuollossa joitain asioita voi standardoida, joitain modularisoida ja joitain on pakko toteuttaa yksilöllisesti räätälöityinä ratkaisuinä.

Kaihileikkaus voidaan standardoida ja tuottaa suurina volyymeina, koska noin yhdeksänkymmentä prosenttia kaihipotilaista tarvitsee samanlaisen toimenpiteen. Tällaisissa tapauksissa voi laskea, mikä on tuotantoyksikön optimaalinen tai pienin järkevä koko.

Koska kaihi ei ole kiireellinen, saavutettavuus ei ole tärkein asia. Voidaan perustaa tarpeellinen määrä valtakunnallisia tuotantolaitoksia.

Yksilöllisesti räätälöityjä ratkaisuja ei tarvitse miettiä juuresta asti.

Harvinaisissa sairauksissa ja monimutkaisissa syndroomissa hoito räätälöidään yksilöllisesti jokaiselle potilaalle. Yhden tyyppin volyymit ovat pienet ja jokainen tapaus erilainen. Näiden kahden väliin mahtuu suuri määrä palveluita, joiden standardoinnin ja räätälöinnin aste vaihtelee.

Käypä hoito -suositukset ovat esimerkki hoitojen standardoimisen ja räätälöinnin yhteensovittamisesta. Ne kokoavat yhteen tutkittua tietoa siitä, miten erilaisia sai-

rauksia tai oireita tulisi hoitaa, ja ottavat kantaa siihen, mikä hoito on ensisijainen missäkin tilanteessa.

Yksilöllisesti räätälöityjä ratkaisuja ei tarvitse miettiä juuresta asti. Monet monimutkaiset palvelut rakentuvat moduuleista. Jokainen moduuli voidaan standardoida ja niistä koota yksilöllinen ratkaisu.

KAIKILLE YHTENÄISET LAATUMITTARIT

Standardointia tarvitaan terveydenhuollon suoritusten mittaamisessa ja arvioinnissa. Palveluntuottajia ei voida vertailla, jos käytössä ei ole toiminnan laatumittareita.

Valtakunnallisesti vertailukelpoisia lukuja pitäisi saada ainakin palveluntuottajien tuottavuudesta, vaikuttavuudesta ja odotusajoista. Vertailutiedon avulla voitaisiin tunnistaa parhaat käytännöt ja jalkauttaa niitä.

Järjestelmä, joka ei mittaa suorituksiaan ei voi oppia virheistään, vaan on tuomittu toistamaan niitä.

Palveluiden järjestäjien, viime kädessä valtion tulisi luoda yhtenäinen menetelmä, jonka mukaan arvioidaan, mitä kannattaa standardoida, keskittää ja yhdenmukaistaa, mikä on syytä jättää paikallisen soveltamisen varaan.

Valtiovalta voisi toimia kuten Apple ja luoda yhtenäiset standardit kaikissa asioissa, joissa se on perusteltua: tietojärjestelmät, tulosten mittaaminen, parhaat käytännöt, ja päätöksenteon kriteerit.

Suomi on liian pieni ja köyhä tuhlataksaan varoja aiheettomiin alueellisiin himmeleihin. Jos joku väittää, että jokin ei meille sovi, se pitäisi erikseen perustella.

LOPUKSI

Terveystuollon kriisi on mahdollisuus. Se voi johtaa hyvään tai pahaan, uudistamiseen tai entistä suurempiin ongelmiin.

Sosiaali- ja terveystuolujärjestelmän uudistuksella tavoitellaan parempia palveluja ja miljardiluokan säästöjä. Järjestämistuuluun siirtäminen leveämmille hartioille ja julkisten palvelujen rahoituksen siirtäminen yhteen kanavaan ovat askeleita oikeaan suuntaan.

Samalla sote-uudistukseen liittyy huolestuttavia piirteitä, joiden vuoksi lopputulos voi jäädä torsoksi. Rakenteita rassataan, mutta ratkaisevaa olisi saada aikaan todellisia muutoksia terveystueroihin, kustannustuokuttavuuteen ja saavutettavuuteen.

Uudistuksista tärkein on järjestämistuuluun ja tuotannon erottaminen toisistaan sekä palvelutu-

tannon hallittu avaaminen kilpailulle. Jos tätä ei tehdä, tavoitteet miljardisäästöistä voi unohtaa.

Yhteiskunnalliset instituutiot kehkeytyvät evoluution kautta. Keskustelu ja kokeilu tuottavat mutantteja. Jotkut ovat elinkelpoisia, toiset eivät. Jotkut katoavat näytön ja vaikuttavuuden puutteesta, toisia tekoahjeltetaan loputtomiin.

Hyviä esimerkkejä toimivista sosiaali- ja terveysjärjestelmistä on saatavana maailmalta. Ei kuitenkaan ole tiedossa täydellistä reseptiä, jonka avulla menestys kopioitaisiin.

Menestyjät menestyvät kukin omalla tavallaan. Kaikki epäonnistujat ovat samanlaisia, jos ei muuten, niin rahan loppuminen on välitön kuolemansyy.

Menestysreseptien tunnistaminen toki on tärkeää. Mutta on myös syytä tarkastella epäonnistumisia, niiden takana olevia mekanismeja ja kestäättömiä ajatuksia.

Jos oletukset syistä, seurauksista ja mekanismeista ovat virheellisiä, johtopäätökset ovat vääriä. Pahimmillaan väärin johtopäätöksiin perustuvat politiikkatoimet johtavat kriisiin syvenemiseen.

Tässä pamfletissa olemme nostaneet esiin joitain tyypillisiä virheellisiä oletuksia. Kun virheelliset oletukset korjataan, toisin toimiminen on mahdollista.

- Julkinen rahoitus tuo terveydenhuoltoon tasa-arvoa, mutta se ei kuitenkaan edellytä julkista tuotantoa. Kun tämä ymmärretään, julkinen järjestämisvastuu ja palvelujen tuotanto erotetaan toisistaan. Palvelu-

jen järjestämisessä voidaan ottaa käyttöön toimivimmat rahoitusmallit ja palvelujen tuotantoon saadaan mukaan kilpailua. Huonoimmat tuottajat karsiutuvat pois ja potilaan valinnanvapaus kasvaa.

- Yksityisen terveydenhuoltoyrityksen voitto ei ole ylimääräinen kulu, vaan innovaatioiden eli uusien ajatusten ja toimintatapojen edellytys. Voittoa tavoittelevat yritykset joutuvat kurittamaan kustannuksiaan ja kuuntelemaan tarkalla korvalla maksavan asiakkaan – palveluiden järjestäjän tai potilaan – tarpeita. Kun terveydenhuollon tuottavuuden kehittämisestä saa korvauksen, parhaat käytännötkin leviävät tehokkaasti.
- Terveydenhuollossa kysyntä perustuu poliittiseen päätöksentekoon siitä, mitä palveluja kustannetaan julkisista varoista. Lisäksi kysyntä syntyy vasta, kun hoitotarve on arvioitu. Koska palvelujärjestelmäsiis vaikuttaa kysynnän muodostumiseen, se pystyy myös kysynnän hallitsemiseen ja luokittelemiseen. Kysynnän segmentoinnin avulla resursseja voidaan mitoittaa tarpeen mukaan ja tarjota esimerkiksi erityisryhmille erityisiä palvelukanavia.
- Potilaan aika ei ole kansantaloudellisesti ilmaista, vaikka sitä ei palvelujärjestelmän sisällä raportoida. Terveydenhuolto pitää ymmärtää palveluna ja yhteistuotantona: potilaalla on ratkaiseva rooli siinä,

että hoidolla saadaan aikaiseksi toivottu lopputulos. Kun potilaskeskeisyys toteutetaan rakenteissa asti, terveydenhuollossa voidaan tavoitella parempaa vaikuttavuutta ja ottaa myös uuden teknologian mahdollisuudet käyttöön.

- Ennaltaehkäisyn säästöjä voidaan nykyisellään arvioida mutta ei laskea. Investointina ennaltaehkäisy ei siis ole automaattisesti kannattava, eikä välttämättä edes johda säästöihin. Ennaltaehkäisyyn voitaisiin yrittää rakentaa rahoitusinstrumentti, jonka avulla pystyttäisiin laskemaan ja ohjaamaan tarkemmin ennaltaehkäisyn vaikutuksia, tuottoja ja voittoja.
- Ajatus, että terveydenhuollon integraatio toteutuu hallinnollisilla laatikkoleikeillä johtaa harhaan. Integraation pitää tapahtua potilaan tasolla, diagnooseissa ja hoitosuunnitelmissa. Potilas on projekti, ja eri potilasryhmille voidaan rakentaa sujuvia hoitopolkuja ja integroituja palveluprosesseja.
- Suomen terveydenhuolto ei ole mikään omalakinen kupla, vaan siihen voidaan soveltaa muun maailman malleja, standardeja ja parhaita käytäntöjä. Standardit ratkaisut ovat tarpeen esimerkiksi terveydenhuollon tietojärjestelmissä, jotta potilastiedot seuraisivat potilasta. Terveydenhuollon yksiköistä tarvitaan valtakunnallisesti vertailukelpoista tietoa, jotta parhaista käytännöistä voidaan oppia.

LÄHTEET

- KINNULA, P., Malmi, T., Vauramo, E. (2015):** Miten sote-uudistus toteutetaan. Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 91, 2015.
- KINNULA, P., Malmi, T. Vauramo, E. (2015):** Sisältöä sote-uudistukseen – Tunnuslukuja terveydenhuollon suunnitteluun. KAKS – Kunnallisan kehittämissäätiö, Helsinki.
- KOSKENVUO, M., Mattila, K. (2009):** Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Duodecim, Terveyskirjasto.
- KUJALA, J., Lillrank, P., Peltokorpi, A., Kronström, V.:** Time-based Management of Patient Processes. Health Organization and Management, Vol. 20, No 6, 2006.
- LESKELÄ, R-L, Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A. Olli, S-L ja Ylitalo-Katajisto, K. (2013):** Paljon sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti. Vol. 48. s. 3161–3169.
- LILLRANK, P. (2003):** Keskenikäinen potilas. Suomen lääkärilehti 17.1.2003.
- LÄÄVERI, T., Vainiomäki, S., Kaipio, J., Reponen, J. Vänskä, J., Lehtovirta, M., Hyppönen H. (2015):** Yksityis sektorin potilastietojärjestelmät arvioitu. Suomen Lääkärilehti, Vol. 23. pp. 1160–1667.
- MASON, A., Goddard, M., Weatherly, H. (2014):** Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review, Centre for Health Economics, CHE Research Paper 97, University of York.
- MODIG, N., Ålström, P. (2013):** Tätä on Lean. Rheologica Ab.
- OECD (2015):** Health at a glance. 2015.
- PWC (2015):** Global healthcare new entrants – report.

- TERVEYSPALVELUALAN** Liitto (2015): Suomen terveydenhuoltopalvelujen rakenne ja rahavirrat.
- VAINIOMÄKI, S.**, Hyppönen, H., Kaipio, J., Reponen, J., Vänskä, J., Lääveri, T. (2014): Potilastietojärjestelmät tuotemerkeittäin arvioituna vuonna 2014. Suomen Lääkärilehti, Vol. 49. pp. 336–3371.

**”JOS MAKSETAAN SUORITTEISTA, SAADAAN
PALJON SUORITTEITA. SEURAA YLIDIAGNOOSEJA,
YLIHOITOA, MEDIKALISAATIOTA JA
KUSTANNUSINFLAATIOTA. OLISI JÄRKEVÄMPÄÄ
MAKSAA TERVEYSVAIKUTUKSISTA.”**

Miten niin voitontavoittelu on terveydenhuollossa moraalitonta? Kertovatko lääkärijonot turhasta kysynnästä vai tuottavuusongelmasta? Miksi myös potilaan ajalle pitäisi laskea hinta?

Seitsemän syytä sairauteen tarttuu terveydenhuollon yleisiin ongelmiin ja niiden taustalla oleviin ajatusvirheisiin. Pamfletti herättelee ajattelemaan ja ennen kaikkea tekemään toisin.

–Jos oletukset syistä, seurauksista ja mekanismeista ovat virheellisiä, johtopäätökset ovat väärää. Pahimmillaan väärin johtopäätöksiin perustuvat politiikkatoimet johtavat terveydenhuollon kriisin syvenemiseen.

