

Kansallinen projekti  
terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi  
STM 125:05/2001

**Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen,  
hoidon saatavuuden parantaminen ja  
uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien  
käyttöön oton arviointi**

Selvityshenkilöt:  
Tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä  
Ylilääkäri Leena Niinistö

## Saatteeksi

Suomen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi asetetun kansallinen projektin työryhmä 5 sai tehtäväkseen selvittää, miten tarvittavat terveystaloudelliset saadaan ilman kohtuutonta viivettä, kuinka uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien arviointi ja toimeenpano tulisi toteuttaa sekä miten hoitokäytäntöjä voisi yhtenäistää valtakunnallisten suositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien avulla. Selvityshenkilöiksi nimettiin tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä (vastuuhenkilö) sekä ylilääkäri Leena Niinistö ja jäseniksi johtava lääkäri Risto Heikkala, ylilääkäri Terhi Hermanson, hallintoylilääkäri Martti Kekomäki, terveyskeskuslääkäri Ilkka Kunnamo, toiminnanjohtaja Hilka Kärkkäinen, ylitarkastaja Riitta Mansukoski, johtajaylilääkäri Lauri Nuutinen sekä hallintoylihoitaja Anja Vannes. Työryhmän sihteeriksi kutsuttiin tutkija Tiina Hetemaa.

Työryhmä on keskustellut toimeksiannosta ja ehdotuksista vilkkaasti ja monipuolisesti. Keskeisten ehdotusten suhteen se on yksimielinen. Työryhmän kuulemat asiantuntijat (liite 1) osallistuivat toimeksiannon käsittelyyn aktiivisesti ja rakentavalla tavalla. Toimenpiteiden muotoilussa on pyritty ottamaan huomioon kuultujen asiantuntijoiden näkemykset mahdollisimman hyvin. Tuloksena on ehdotus rakentaa terveydenhuollon toiminta luotettavan tieteellisen tiedon ja yhteensopivien tietojärjestelmien varaan. Siten voidaan parantaa hoidon vaikuttavuutta, oikeaa ajoitusta ja turvallisuutta, ottaa huomioon kustannus- ja tasa-arvokysymykset sekä lisätä potilaan omaa osallistumista hoitopäätöksiin.

Toimenpide-ehdotukset jakautuvat neljään ryhmään: Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja hoitosuosituksen kansallinen rahoitus ja käytäntöön saattaminen, kansallisen sähköisen potilaskertomuksen määrittely ja käyttöön otto, yhtenäiset hoidon saatavuuden ja jonoon asettamisen kriteerit sekä jonojen aktiivinen hallinta sekä terveydenhuollon toimenpiteiden priorisointi. Ehdotusten tarkemmat perustelut on esitetty laajemmin ja perustelujen joukossa on myös useita ehdotuksia yksittäisistä, pienemmistä toimenpiteistä. Ehdotukset muodostavat kokonaisuuden, jonka eri osat tukevat toisiaan. Niitä tulisi tarkastella kokonaisuutena.

## Sisällysluettelo

Johdanto.....	1
Toimenpide-ehdotukset tärkeysjärjestyksessä .....	2
Suositukset, niiden perustelut ja käytännön toteutusmallit .....	4
Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja hoitosuositusten kansallinen rahoitus ja käytäntöön saattaminen .....	
FinOHTAn laajentaminen .....	4
Uusien teknologioiden hallittu käyttöön ottaminen .....	5
Kansalliset Käypä hoito -suositukset .....	6
Tiedon vieminen käytännön työhön eli maastouttaminen .....	7
Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen määrittely ja käyttöön otto .....	10
Ydintietojen määrittely ja sähköisen potilaskertomuksen standardista sopiminen ....	11
Käyttöliittymän ja taustatietokannan erottaminen toisistaan .....	12
Määrittelyjen rahoitus .....	12
Tietosuoja .....	13
Yhtenäiset hoidon saatavuuden ja jonoon asettamisen kriteerit sekä jonojen aktiivinen hallinta ....	15
Kiireellinen hoito heti, ensiarvio nopeasti .....	15
Etäyhteyksien käytön tehostaminen .....	16
Jonoon asettamisen kriteerien määrittely .....	17
Ehdotus hoidon saatavuuden tehostamiskokeiluksi .....	17
Terveydenhuollon toimenpiteiden priorisointi .....	21
Vaikuttavuustieto terveystieteellisen keskustelun pohjaksi .....	21
Järjestelmällinen priorisointi .....	22
Kirjallisuutta.....	23

## Johdanto

Terveydenhuollon palvelujen saatavuus ja sisältö vaihtelevat Suomessa huomattavasti. Maassamme on poikkeuksellisen hyvät mahdollisuudet vähentää perusteetonta vaihtelua ja parantaa hoidon saatavuutta rakentamalla terveydenhuollon toiminta luotettavan tieteellisen tiedon varaan. Näin parannetaan hoidon vaikuttavuutta, oikeaa ajoitusta ja turvallisuutta, otetaan huomioon kustannus- ja tasa-arvokysymykset sekä lisätään potilaan omaa osallistumista hoitopäätöksiin.

Tässä esitetyistä ehdotuksista on tärkeintä toteuttaa mahdollisimman pian menetelmien arviointia, hoitosuosituksia ja sähköistä potilaskertomusta koskevat toimenpiteet. On kuitenkin välttämätöntä, että myös hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa sekä priorisointia käsittelevät toimet käynnistetään ja niiden pitkäjänteinen toteuttaminen otetaan osaksi kansallista terveystaloutta. Yhdenkin ehdotuksen toteuttamatta jättäminen vaikeuttaa mahdollisuutta saada muiden tarjoamat hyödyt täysimääräisinä. Kokonaisuus toimii vain, kun sen kaikki osat ovat käytössä.

Hoidon vaikuttavuutta koskevaa tietoa tulee koota ja levittää tehokkaasti etenkin laajasti käytössä olevista menetelmistä, uusista teknologioista sekä keskeisistä kansantaudeista ja niiden ennalta ehkäisystä. Työn tekemistä hajautetusti, epäyhtenäisin menetelmin, pahimmassa tapauksessa päällekkäisinä hankkeina on vältettävä. Jotta tieto voi ohjata hoitokäytäntöjä, se tulee tarjota terveydenhuollon ammattilaisten ja koko väestön saataville helposti ja ymmärrettävässä muodossa. Tietoa tuottavat ja levittävät organisaatiot ovat maassamme olemassa, mutta niiden toiminta kärsii rahoituksen puutteesta. Hoitokäytäntöjen muuttaminen ei tapahdu ilman aktiivista tukea. Tiedon soveltaminen terveydenhuollon yksilöllisiin päätöksiin edellyttää myös, että sähköistä tiedon tukea voidaan käyttää standardoidun sähköisen potilaskertomuksen yhteydessä.

Hoidon saatavuuden vaihteluun on monia, osin rakenteellisia syitä. Potilaan on halutessaan aina saatava kyllin nopeasti yhteys ammattilaiseen, joka kykenee arvioimaan hoidon tarpeen ja tekemään vastuullisen päätöksen jatkotoimista. Tehokas sähköinen viestintä, harkittu työnjako ja saatavilla oleva, kattava, selkeä potilaskertomus ovat edellytyksenä turvallisille, kyllin nopeille arvioille. Hoitokäytäntöjen ja sähköisten potilaskertomusjärjestelmien yhtenäistäminen antavat keinot hallita toimenpidejonoja tehokkaasti hoidon tarpeeseen perustuen, kun jonoon asettamisen aiheista on sovittu yhteisesti.

Terveydenhuolto ei milloinkaan voi antaa kaikkea mahdollista hoitoa kaikille. Yhteiskunnan kannalta tasa-arvoinen ratkaisu olisi tarjota jokaisessa terveysongelmassa tehtäväksi tietyn kustannusvaikuttavuustason ylittävät toimenpiteet. Pitkällä tähtäimellä tähän ajattelutapaan on hyvä valmistautua; sille voi luoda pohjaa pitämällä kustannus-vaikuttavuustiedot ajan tasalla sekä tekemällä terveystaloutta linjauksia niiden pohjalta. Sähköinen potilaskertomus auttaa kokoamaan tarvittavat tiedot hoitojen määrästä ja jakaumasta. Menetelmien arvioinnin ja hoitosuosituksen kokoaman tiedon käyttö sekä sähköisen potilaskertomuksen avulla tapahtuva seuranta ovat siis edellytyksenä eettisesti korkeatasoiselle priorisoinnille.

Työryhmän ehdottamien toimenpiteiden kustannukset ovat hyvin kohtuulliset suhteessa siihen hyötyyn, mitä koko terveydenhuoltojärjestelmä niistä saa. Työn käynnistämiseen vuonna 2002 tarvitaan 0.9 miljoonaa euroa ja seuraavana vuonna 4.1 miljoonaa. Vuoteen 2006 mennessä vuotuinen rahoitustarve nousee 6.4 miljoonan euron pysyvälle tasolle. Ehdotukset sopivat myös hyvin yhteen muiden terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista pohtineiden työryhmien keskeisten ehdotusten kanssa.

# Toimenpide-ehdotukset tärkeysjärjestyksessä

## 1. Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja hoitosuosituksen kansallinen rahoitus ja käytäntöön saattaminen

Uusien ja käytössä olevien terveydenhuollon menetelmien järjestelmällinen arviointi ja kansallisten hoitosuositusten tuottaminen tulee rahoittaa riittävästi ja pysyvästi julkisin varoin. Rahoituksen tulee kattaa myös kustannusvaikuttavuustietojen liittäminen keskeisiin arviointituloksiin ja suosituksiin sekä tiedon aktiivinen levittäminen terveydenhuollon toimijoille.

- Luodaan FinOHTAsta eurooppalaisittain keskikokoinen arviointiyksikkö, joka välittää ja tarvittaessa tuottaa tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta nopeasti ja luotettavasti, ja jolla on itsenäisesti hallinnoitava, Stakesista erillinen momentti valtion budjetissa (4.5 miljoonan €n vuositaso vuoteen 2006 mennessä).
- Luodaan terveydenhuollon uusien menetelmien hallitulle käyttöön otolle järjestelmä, jossa menetelmien kustannusvaikutukset ja soveltuvuus Suomen terveydenhuoltoon arvioidaan nopeasti, aikaisempiin käytäntöihin vertaillen, ennen laajempaa käyttöön viemistä.
- Rahoitetaan kansallisten Käypä hoito -suositusten laadinta, erilaisille käyttäjille soveltuvien versioiden tuottaminen ja päivitys sekä suosituksia koskeva keskitetty koulutus-aineistojen tuotanto pysyvästi valtion budjetista (1.9 miljoonan €n vuositaso vuoteen 2005 mennessä).
- Tuetaan menetelmien arviointitiedon ja hoitosuosituksen käyttöön ottoa sairaanhoitopiireihin nimettävien maastouttajien sekä olemassa olevien asiantuntijaverkostojen avulla. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon ja menetelmien arvioinnin koulutusta lisätään kaikilla tasoilla ja huolehditaan, että työntekijöillä on tiedon etsintään tarvittavat laitteet ja aika.

## 2. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen määrittely ja käyttöön otto

Kansallisesti sovitulla tavalla strukturoitu ja koodattu, avoimiin standardeihin perustuva, laitteistoriippumaton sähköinen potilaskertomus tulee ottaa käyttöön kaikissa terveydenhuollon toimipaikoissa vuoteen 2006 mennessä. Sen ydintiedot määritellään selkeästi ja varmistetaan, että kaikkea tietoa voi helposti, turvallisesti ja virheettä siirtää järjestelmästä toiseen. Tavoitteena on tiedon monikäyttöisyys niin potilaan kuin järjestelmän eduksi. Kun vanha potilaskertomus siirsi potilasta koskevaa tietoa ja takasi potilaan ja lääkärin oikeusturvan, antaa uusi sähköinen kertomus lisäksi välineet myös luotettavan toimintatiedon kokoamiseen, hoitoprosessien hallintaan ja sitä kautta yhä tehokkaampaan ja turvallisempaan hoitoon.

- Potilaskertomuksen ydintiedot, niiden sähköinen koodaustapa, struktuuri ja siirtomuoto sekä muun tekstitiedon yksinkertainen siirtomuoto määritellään valtakunnallisesti ohjelmistotoimittajia ja palvelutuottajia velvoittavalla STM:n asetuksella.
- Ydintietojen koodien etsimistä ja potilaskertomukseen tallentamista varten tehdään valtakunnalliset tietokannat ja helppokäyttöiset, julkisesti saatavilla olevat hakuohjelmat.
- Potilaskertomusten käyttöliittymät ja taustatietokannat erotetaan toisistaan siten, että tiedon siirto järjestelmästä toiseen onnistuu aina.
- Varataan määrittelyjen tekemiseen asianmukainen rahoitus, 500.000 €vuosille 2002-2003.
- Tietosuojaus järjestetään siten, että siitä ei ole haittaa potilaan turvallisuudelle hoidolle.

### **3. Yhtenäiset hoidon saatavuuden ja jonoon asettamisen kriteerit sekä jonojen aktiivinen hallinta**

Potilaan hoidon tarve pitää aina arvioida ja hoito toteuttaa kohtuullisessa ajassa, ja yhtäläiseen tarpeeseen pitää vastata samalla tavoin. Jonoon asettamisen ehtojen (hoitoindikaatioiden) on oltava samat koko maassa. Jonoja pitää hoitaa aktiivisesti ja jonotiedot antaa julkisesti nähtäviksi. Tämä edellyttää, että vaikuttavuustiedot ovat saatavilla ja sähköinen potilaskertomus käytössä.

- Kiireellinen hoito on annettava heti. Muissa kuin päivystystilanteissa potilaan tulee saada perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvio tilanteesta kolmen päivän kuluessa ensi yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvio kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta.
- Potilaskontaktien hoitamista etäyhteyksien (puhelin, sähköposti, tekstiviestit jne.) avulla lisätään ja sovitaan yhtenäinen käytäntö näiden kontaktien kirjaamiseksi potilaskertomukseen.
- Potilaat asetetaan toimenpidejonoihin yhtenäisten indikaatioiden perusteella koko maassa.
- Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai tarpeelliseen toimenpiteeseen tulee päästä kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa kuukaudessa.

### **4. Terveydenhuollon toimenpiteiden priorisointi**

Hoidot, tutkimukset, kuntoutus ja muut terveydenhuollon toimenpiteet on tarpeellista asettaa tärkeysjärjestykseen sen perusteella, miten ne vaikuttavat väestön terveyteen, ottaen huomioon myös niistä koituvat kustannukset. Tämä pitkän tähtäimen tavoite edellyttää, että käytettävissä on riittävästi ajantasaista vaikuttavuus- ja kustannustietoa menetelmäarvioiden, hoitosuositusten ja sähköisistä potilaskertomuksista yhteen kootun tiedon perusteella.

- Luodaan vuoteen 2006 mennessä mekanismi, jonka avulla keskeiset hoidot, tutkimukset ja muut terveydenhuollon toimenpiteet voidaan asettaa tärkeysjärjestykseen sen perusteella, miten ne vaikuttavat väestön terveyteen.
- Ennen priorisointityön valmistumista käytetään etenkin merkittävässä terveystieteellisissä linjauksissa perustana tasokasta, tuoretta tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta ja niiden kustannuksista yhteiskunnalle. Linjaukset tehdään julkisen keskustelun pohjalta ja otetaan huomioon niiden luonne mahdollisina ennakkotapauksina.

# Suosituksset, niiden perustelut ja käytännön toteutusmallit

## 1. Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja hoitosuosituksien kansallinen rahoitus ja käytäntöön saattaminen

### Toimenpide-ehdotukset

- Luodaan FinOHTAsta eurooppalaisittain keskikokoinen arviointiyksikkö, joka välittää ja tarvittaessa tuottaa tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta nopeasti ja luotettavasti, ja jolla on itsenäisesti hallinnoitava, Stakesista erillinen momentti valtion budjetissa (4.5 miljoonan €n vuositaso vuoteen 2006 mennessä).
- Luodaan terveydenhuollon uusien menetelmien hallitulle käyttöön otolle järjestelmä, jossa menetelmien kustannusvaikutukset ja soveltuvuus Suomen terveydenhuoltoon arvioidaan nopeasti, aikaisempiin käytäntöihin vertaillen, ennen laajempaa käyttöön viemistä.
- Rahoitetaan kansallisten Käypä hoito -suositusten laadinta, erilaisille käyttäjille soveltuvien versioiden tuottaminen ja päivitys sekä suosituksia koskeva keskitetty koulutusaineistojen tuotanto pysyvästi valtion budjetista (1.9 miljoonan €n vuositaso vuoteen 2005 mennessä).
- Tuetaan menetelmien arviointitiedon ja hoitosuosituksien käyttöön ottoa sairaanhoitopiireihin nimettävien maastouttajien sekä olemassa olevien asiantuntijaverkostojen avulla. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon ja menetelmien arvioinnin koulutusta lisätään kaikilla tasoilla ja huolehditaan, että työntekijöillä on tiedon etsintään tarvittavat laitteet ja aika.

### Perustelut ja toteutus

Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on muihin maihin verraten poikkeuksellisen hyvä mahdollisuus rakentaa terveydenhuollon toiminta luotettavan tieteellisen tiedon varaan. Siten voidaan vähentää hoitokäytäntöjen perusteetonta vaihtelua ja parantaa hoidon saatavuutta. Pyrkimykset ovat hyvin samansuuntaisia muissakin länsimaissa. Yhdysvalloissa vastikään linjatyönsä valmiiksi saanut Institute on Medicinen asiantuntijaryhmä esittää kuusi tavoitetta terveydenhuollon uudistukselle: hoidon vaikuttavuuden parantaminen, hoidon oikea-aikaisuus ja turvallisuus, kustannus- ja tasavokysymysten huomiointi sekä potilaan mahdollisuus osallistumista aktiivisesti hoitopäätöksiin.

Kaikkien esitettyjen tavoitteiden perustana on tieto tutkimusten, hoitojen, kuntoutuksen ja ennalta ehkäisyyn vaikuttavuudesta. Vaikuttavuustietoa tulee siksi koota ja levittää tehokkaasti varsinkin keskeisistä kansantaudeista, laajasti käytössä olevista menetelmistä ja uusista teknologioista. Tiedon hankkimista hajautetusti, epäyhtenäisin menetelmin, pahimmassa tapauksessa päällekkäisinä hankkeina on vältettävä. Jotta tieto voi ohjata hoitokäytäntöjä, se tulee tarjota terveydenhuollon ammattilaisten ja koko väestön saataville aktiivisesti ja ymmärrettävässä muodossa. Hoitokäytäntöjen muuttaminen ei tapahdu ilman aktiivista tukea.

Tietoa tuottavat ja levittävät organisaatiot ovat maassamme olemassa, mutta niiden toiminta kärsii rahoituksen puutteesta. Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja hoitosuosituksien laadinnan rahoitus tulee saada vakaalle, kansalliselle pohjalle. Molemmat toiminnot tarvitsevat myös maan parhaiden asiantuntijoiden panosta. Terveydenhuollossa päivätyötään tekevien asiantuntijoiden pitää voida irrottautua virastaan tietoa kokoamaan ja arvioimaan tarvittaessa useiksi viikoiksi tai kuukausiksi. Heidän työpanoksensa kotikentällä pitää silloin korvata sijaisvoimin. Työnantajan tulee ymmärtää, että osallistuminen kansalliseen työhön tulee aikanaan myös oman työyhteisön hyödyksi.

## **FinOHTAn laajentaminen**

FinOHTA (Finnish Office for Health Care Technology Assessment) on terveydenhuollon menetelmien kansallinen arviointiyksikkö, jossa kahdeksan työntekijää toimii 720.000 euron vuosibudjetilla. Se välittää ja tuottaa tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta ja niiden soveltuvuudesta suomalaiseseen toimintaympäristöön. Tärkeimmät toimeksiantajat ovat STM ja sairaanhoitopiirit. FinOHTAlla on laaja asiantuntijaverkosto, se tunnetaan hyvin Suomen terveydenhuollossa, ja se on aktiivinen osapuoli kansainvälisissä menetelmien arvioinnissa eli HTA- (Health Technology Assessment) toiminnassa. FinOHTAssa toimii myös pohjoismaisen Cochrane-keskuksen Suomen osasto. Vastaavilla yksiköillä samankokoisissa maissa on yleensä huomattavasti enemmän henkilöstöä (Ruotsissa noin 30, Tanskassa noin 50, Skotlannissa noin 20 työntekijää) ja isompi budjetti.

Terveydenhuollon toimintayksiköt ovat aktiivisesti käyttäneet suunnittelussaan mm. FinOHTAn raportteja digitaalikuvantamisesta, rintasyöpäseulonnasta ja sepelvaltimoiden pallolaajennuksista. Terveyspoliittisessa keskustelussa ja päätöksissä käytetään usein perustana FinOHTAn tuottamaa tai tiivistämää tietoa. Myös ehdotukset uusiksi hankkeiksi koskevat lisääntyvästi aiheita, jotka liittyvät ajankohtaisiin, usein koko väestöä koskeviin toimintapäätöksiin. Läheskään kaikkiin ehdotuksiin ei kyetä vastaamaan voimavarojen puitteissa.

FinOHTAn budjetti on nykyisin 0.72 miljoonaa € Lisäksi yksikkö saa Stakesilta korvaukset tilat ja keskitetyt palvelut. Näiden vuokra-, puhelin-, julkaisu-, posti-, ATK- ja hallinto- ym. kulujen kanssa FinOHTAn käytössä olevat voimavarat ovat todellisuudessa noin 1.2 miljoonaa € Vakituksia työntekijöitä on kuusi ja puoli. Osa-aikaisina toimii neljä määräaikaista henkilöä yhteensä noin yhden henkilötyövuoden verran. Kolmen pysyvän asiantuntijan sekä hankekohtaisesti vaihtuvien asiantuntijoiden työpanosta tarvitaan vuoden aikana noin kahden henkilötyövuoden verran. Yksikön tukena on neuvottelukunta, tieteellinen toimikunta ja noin 60 eri erikoisalojen asiantuntijaa.

FinOHTA julkaisee kuudesti vuodessa Impakti-lehden ja tuottaa 3-5 laajaa raporttia sekä joitakin tiivistelmiä ulkomaisten arviointiyksiköiden raportista (arviointiselosteita); kaikki nämä ilmestyvät myös FinOHTAn kotisivulla. FinOHTA osallistuu noin kahteenkymmeneen meneillään olevaan tutkimus- tai selvityshankkeeseen yhteistyössä kotimaisten ja ulkomaisten tutkijoiden kanssa. Cochrane-yhteistyössä koulutetaan ja tuetaan suomalaisia tutkijoita tekemään systemaattisia yhteenvetoja terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Yksikkö antaa tukea terveydenhuollon menetelmien arvioinnin kehitykselle myös luennoimalla eri tahojen järjestämissä koulutuksissa. Tärkeä tutkimusohjauksen muoto on arviointi, joka annetaan tutkimusrahoituksen hakijoille hankkeiden suunnittelussa.

Koska teknologian arvioinnin osaajia on maassa niukasti, on realistinen kasvuvauhti 4-5 uutta työntekijää vuodessa viiden vuoden aikana. Kaikkiaan tavoitteena on noin kahdenkymmenenviiden vakinaisen henkilön tiimi, jota lisäksi tukee keskimäärin kolme vaihtuvaa sisältöasiatuntijaa. Työtä voidaan jakaa alueellisesti perustamalla yksi tai kaksi sivuyksikköä yhdessä yliopistosairaaloiden kanssa. Tällaisista yhteisrahoitetuista yksiköistä on hyviä kokemuksia mm. Tanskassa, jossa ne ovat vahvistaneet alueellista arviointitoimintaa parantaen sekä tiedon soveltamista käytäntöön että vaikuttavuustutkimuksen laatua.

Uudet työntekijät sijoittuvat osaksi vahvistamaan nykyisiä ydintoimintoja, joita ovat HTA-tiedon tuottaminen Suomen tarpeisiin, tiedonvälitys ja menetelmätuki kansalliselle arviointitutkimukselle. Seulotun ja tiivistetyn HTA-tiedon tarve terveystieteiden päätösten pohjaksi lisääntyy jatkuvasti. Nopeiden vastausten antaminen kiireellisissä päätöstilanteissa tulisi olla mahdollista; toisaalta pe-



rusteellisen selvitysten teko linjapäätösten tueksi vaatii kuukausien työn. Lisävoimavaroin olisi mahdollista hyödyntää yhteistyöverkkoja paremmin, esim. osallistua sairaanhoitopiireissä tehtävän menetelmien arviointityön suunnitteluun ja vahvistaa Cochrane-yhteistyön osaamista Suomessa. Kansaneläkelaitos voisi tukea osaltaan vaikuttavuustutkimusta ja käyttää tietoja korvauslinjaustensa perustana. Etenkin kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin on huomattavia paineita. Kansallisten hoitosuosituksen kustannusvaikutusten arviointi voitaisiin keskittää FinOHTAan. Yksikössä tarvitaan myös siksi riittävä terveystaloustieteen asiantuntemus. Tärkeä tehtävä on myös seurata nousevia teknologioita ja arvioida niiden vaikuttavuutta ja soveltuvuutta Suomen oloissa.

Budjettiarvio FinOHTAn kasvulle on laskettu Stakesista erillisen kokonaisrahoituksen (FinOHTAlle erillinen momentti valtion budjetissa) mukaan. Toimintakykyisen, nopeasti reagoivan yksikön tarvitsema rahoitus on 4.5 miljoonaa euroa vuodessa. Tarkempi erittely on liitteessä 2. Vuodesta 2004 alkaen on myös mahdollista perustaa sivutoimipiste(itä) muualle Suomeen. Kasvun hallinnan kannalta olisi ihanteellista, jos jo vuoden 2002 budjettiin olisi mahdollista lisätä rahoitusta noin 200.000 € Tällöin voitaisiin käynnistää asiantuntijoiden etsintä ja koulutus jo kuluvana vuonna.

### **Uusien teknologioiden hallittu käyttöön ottaminen**

Terveystalouteen tulee joka vuosi tarjolle kymmenittäin uusia menetelmiä sairauksien hoitoa, tutkimusta, kuntoutusta ja ehkäisyä varten. Uusien lääkkeiden hyväksyntä tapahtuu yhtenäisen käytännön mukaan Lääkelaitoksen valvonnassa, mutta muiden menetelmien käyttöön otto tapahtuu tavallisesti kevein perustein, usein menetelmän maahantuojaan markkinoimana. Monet näin ohi arvioinnin käyttöön otetut teknologiat ovat ajan saatossa osoittautuneet vanhoja menetelmiä huonommiksi. Lääkkeiden, lääkkeettömien hoitojen ja muiden menetelmien vaikuttavuusvertailuja ei yleensä tehdä. Kuitenkin kaikkien hoitovaihtoehtojen vertailu on tarpeen, jotta esim. potilasohjeissa voidaan esittää rinnakkain vaikkapa lääkehoidon ja elämäntapamuutosten hyötyjä ja haittoja.

Diagnostiikkaan ja hoitoon kehitettävät uudet teknologiat saattavat aiheuttaa nopeita ja suuria muutostarpeita hoitokäytäntöihin. Näihin voidaan osaksi varautua teknologian ennakoinnilla, jossa seurataan järjestelmällisesti uusia, nousevia menetelmiä ja arvioidaan niiden soveltuvuutta Suomen oloihin. Uusien menetelmien hallittu käyttöön ottaminen edellyttää läheistä yhteistyötä ministeriön, kliinisten asiantuntijoiden ja terveydenhuollon yksiköiden, etenkin yliopistosairaaloiden kanssa. Etenkin kalliit tai suuria investointeja vaativat menetelmät tulisi testata pilottihankkeissa, joihin liitetään asianmukainen vertailu parhaisiin vanhoihin menetelmiin. Työnjaon voisi neuvotella esimerkiksi seuraavasti.

#### *Ehdotus työnjaoksi terveydenhuollon uusien menetelmien käyttöön otossa*

1. FinOHTA vastaa uusien menetelmien tunnistuksesta (horizon scanning) asiantuntijaverkostonsa ja kansainvälisen yhteistyön varassa, kokoaa ehdotukset arviointiaiheista ja tukee tarpeen mukaan pilottiyksikköä arvion suunnittelussa ja tulosten tulkinnassa.
2. STM päättää uusien teknologioiden käyttörajoituksista; päätös koskee kaikkea julkista rahoitusta saavaa toimintaa.
3. Sairaanhoitopiirit sopivat keskenään kunkin menetelmän arviointipaikan/paikat. FinOHTA koordinoi työtä ja tukee sitä menetelmällisesti. Arviointi rahoitetaan osittain suuntaamalla EVO-tutkimusrahoitusta vaikuttavuustutkimukseen.
4. KELA myöntää rahoitusta vain vaikuttaviksi arvioiduille menetelmille.
5. Terveystaloutoyksiköt kertovat potilaille etukäteen (informed consent), jos tutkimuksessa tai hoidossa aiotaan käyttää uutta, vielä arvioitavana olevaa menetelmää.

Kuten lääkkeiden osalta on tehty, tulee myös muiden menetelmien hallitusta käyttöön otosta tehtävien sopimusten koskea niin julkista kuin yksityistä sektoria. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöön otto tekee helpommaksi seurata, mitä tutkimuksia ja hoitoja tehdään millä indikaatioilla. Tämä helpottaa myös päätöksiä julkisin varoin tapahtuvan rahoituksen suuntaamisesta. Puhtaasti omilla rahoillaan potilaat voivat toki edelleen ostaa myös vaikuttamattomia hoitoja.

### **Kansalliset Käypä hoito -suositukset**

Käypä hoito –suositukseen kootaan paras saatavilla oleva tieto sairauksien ehkäisystä, tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Nämä näyttöön perustuvat, säännöllisesti päivitettävät suositukset ovat valtakunnallisia. Niitä on valmiina 33 aiheesta ja valmisteilla noin 40 muusta terveysongelmasta. Hoitosuosituksen tuottamisen päävastuun kantaa lääkäriselä Duodecim yhteistyössä terveydenhuollon muiden tieteellisten järjestöjen, potilasjärjestöjen, terveystieteiden keskuskirjaston, sairaanhoitopiirien ja STM:n kanssa. Hoitosuosituksen laatimisessa käytetään kansainvälisesti suositeltuja menetelmiä (mm. Euroopan Neuvoston suositus), jotka takaavat korkean laadun ja laajan hyväksynnän.

Suosituksia toimitettiin vuonna 2001 viittä kokopäiväistä henkilöä vastaavalla panoksella. Toimituksen työntekijöistä kaksi on kokopäiväisiä, muut osa-aikaisia. Suositusten laadinnassa keskeisen työn tekevät lähes neljäsataa palkatonta asiantuntijaa. Heille maksetaan kulukorvaukset sekä myönnetään lyhyitä apurahoja suositusten tieteellisen osuuden viimeistelyyn. Talkootyössä mukana ovat lääkärin lisäksi hammaslääkärit, sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon asiantuntijat. Kansainvälistä yhteistyötä mm. suositusten menetelmien kehittämisen ja vaikuttavuustutkimuksen osalta on tehty pääosin FinOHTAn rahoituksella. Noin 0.7 miljoonan €n toimintabudjetista kolmasosan ovat rahoittaneet sairaanhoitopiirit, kymmenesosan Duodecim ja loput on saatu STM:stä ja RAY:ltä. Sairanhoitopiirien rahoitus päättyi vuonna 2002, joten suositusten tuotanto ja ylläpito on vaarassa.

Käypä hoito -suositukset perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon, jonka asiantuntijat muokkaavat potilastyössä soveltuvaksi. Suositusten aiheet painottuvat yleisten tautien lisäksi terveysongelmiin, joiden hoitotavoissa on paljon vaihtelua tai hoito on kallista. Niissä otetaan huomioon myös lääkkeettömät hoidot ja tautien ennalta ehkäisy. Suositukset ovat saatavilla painettuina, CD-levyllä ja maksutta internetissä osoitteessa [www.duodecim.fi/kh/](http://www.duodecim.fi/kh/). Niistä julkaistaan potilaille ja hoitohenkilökunnalle erikseen toimitetut versiot, molemmat myös ruotsiksi. Tieto päivitetään säännöllisesti ajan tasalle; suositusten määrän noustessa tämän työn määrä kasvaa koko ajan.

Suosituksia helpottavat palvelutuottajien työnjakoa ja varmistavat parhaiden hoitokäytäntöjen soveltamista maan eri osissa. Sairanhoitopiirit käyttävät Käypä hoito -suosituksia laatiessaan alueellisia hoito-ohjelmia yhdessä terveyskeskusten kanssa sekä hoitoketjujen suunnitteluun ja julkaisevat näitä sovelluksia intranet-sivuillaan. Eräät sairaanhoitopiirit kokeilevat jo suositusten linkittämistä potilaskertomukseen siten, että suositus voi suoraan tukea hoitopäätöksiä. Myös yksittäiset työpajat tai yksin työskentelevät ammattilaiset voivat käyttää Käypä hoito -suosituksia työnsä suunnitteluun. Suositukset ovat myös perusta käytännön työntekijöiden arjessa helposti käytettävillä käsikirjoilla (Lääkärin ja Sairanhoitajan käsikirjat).

Kun tasokkaat kansalliset hoitosuosituksia ovat pohjana kunkin sairaanhoitopiirin ja hoitoyksikön omien työkäytäntöjen suunnittelulle, ei tutkimustietoa tarvitse etsiä joka yksikössä erikseen. Voimavarojen säästön lisäksi saman tiedon käyttö vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua ja vahvistaa potilaiden tasa-arvoista kohtelua maan eri alueilla. Hoitoketjuja rakennettaessa voidaan ottaa huomioon myös priorisointinäkökohdat. Myös potilasohjeiden laadinnassa säästyy voimavaroja, kun

pohjana voidaan käyttää yhteistä suositusta. Maassa on nyt lukuisia, toisistaan poikkeavia potilasohjeita; yhtenäisemmät ohjeet omahoidosta vähentäisivät hämmennystä ja tukisivat potilaiden itsenäistä roolia.

Kustannus-vaikuttavuusarvioiden (KVA) liittäminen suosituksiin on tavoitteena. Eräässä arvioissa ilmeni, että tyypillisellä potilaalla lääkehoito tulee noin kahdessa vuodessa maksamaan yhtä paljon kuin ongelman kerralla korjaava leikkaus. Kustannukset tosin kohdistuvat eri tavoin, kun lääkehoidon maksavat potilas ja KELA, leikkauksen kuntasektori. Tällaista tietoa olisi hyvä olla suositusten liitteenä ja kaikkien saatavilla alueellisista hoitokäytännöistä päätettäessä. KVA-tiedotkin tulee päivittää kyllin usein, varsinkin merkittävän uuden tiedon (esim. huomattavat muutokset lääkkeiden hinnoissa) tullessa käyttöön.

Käypä hoito -suositustyön ohessa on koulutettu satoja terveydenhuollon asiantuntijoita käyttämään näyttöön perustuvan lääketieteen menetelmiä, ja koulutus jatkuu uusien suositusten myötä. Jotta suositukset todella otettaisiin käyttöön, on niiden aktiivinen kentälle vieminen tarpeen. Suositusten käyttöön saattamiseksi on tarpeen tarjota terveydenhuollon yksiköiden, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen käyttöön valmiita, suosituksiin perustuvia koulutusmateriaaleja. Tätä on kokeiltu mm. Rohto-projektissa hyvin tuloksin. Aineistojen avulla voidaan kouluttaa hoidosta omilla alueillaan vastaavia henkilöitä, jotka sitten kouluttavat edelleen muita alueensa ammattilaisia.

Suosituksien tuottamista, päivittämistä, taloudellisen arvioiden laatimista ja koulutuksen tukea haittaa kuitenkin vuosittain anottavan rahoituksen niukkuus ja epävarmuus. Budjetti-arvioon (liite 3) sisältyvät uudet koko- ja osa-aikaiset työntekijät, asiantuntijoiden apurahat, julkaisukustannukset ja vuodesta 2003 alkaen uutena toimintona suositusten käytäntöön viemiseen tarvittava koulutusaineiston muokkaus ja koulutuksen järjestäminen. Vuodelle 2002 tarvittavasta rahoituksesta on tiedossa vasta vajaa puolet.

### **Tiedon vieminen käytännön työhön eli maastouttaminen**

Uusien hoitomenetelmien ja muiden teknologioiden arviointia tai hoitosuosituksia ei ole mielekästä tehdä hajautetusti, epäyhtenäisin menetelmin, pahimmassa tapauksessa päällekkäisinä hankkeina. Samoin on tarpeen miettiä, miten tieto tehokkaimmin muuntuu käytännön toiminnaksi. Menetelmien arvioinnin osaamista on maassamme edelleen niukasti, ja siksi on tarpeen tarjota yhä uusille terveydenhuollon ammattilaisille metodikoulutusta. Ammattilaisille tulee myös taata sopivat välineet ja kylliksi aikaa tiedon etsintään ja arviointiin työn kuluessa, sillä suositukset eivät koskaan kata kaikkia terveydenhuollon tehtäviä. Julkisesta terveydenhuollosta on tarpeen saada määrärajoiksi arviointi- ja suositustyöhön mukaan parhaat kliiniset asiantuntijat ilman, että heidän potilastyönsä omissa yksiköissä kasaantuu. Osallistuminen tiedon tuottamiseen antaa samalla valmiuksia soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa omassa arkityössä.

Hoitosuosituksien ja menetelmien arviointitulosten hyvä laatu ja helppo saatavuus eivät riitä muuttamaan työtapoja. Etenkin epätavalliset muutokset, kuten tarpeettomien tutkimusten lopettaminen tai siirtyminen kalliista lääkkeistä yhtä tehokkaisiin, mutta halvempiin, tarvitsevat huomattavaa tukea, jotta muutoksen esteet voidaan ylittää. Teknologioiden muuttuessa tulee usein tarpeelliseksi tarkistaa myös työnjakoja sekä hoitoyksiköiden että ammattiryhmien välillä.

On syytä varmistaa, että henkilöstön koulutus ja työolosuhteet tukevat näyttöön perustuvaa toimintaa. Kaikkien ammattilaisten pitää jo peruskoulutuksessaan saada kriittisen arvioinnin ja menetelmien arvioinnin perustaidot; näitä koskevien kurssien tulisi olla osana opetusta myös jatkokoulutuksessa. Arviointimenetelmien osaamista ja arviointitulosten käyttöä tukevaa täyden-

nyskoulutusta on parasta tarjota hajautetusti, soveltaen sitä suoraan käytännön ongelmiin, kuten esimerkiksi Rohto-projektissa on onnistuneesti tehty.

Terveydenhuollon alueellisiin yksiköihin on tarpeen luoda toimivat mekanismit, joiden kautta uudet menetelmät otetaan käyttöön, ja verkostoida nämä keskenään. Teknologian arviointitiedon sekä hoitosuositusten käyttöön otto voidaan varmistaa sairaanhoitopiireihin nimettävien maastouttajien avulla. Tällaisia klinikkoja toimii jo ainakin Oulussa ja HUS-piirissä. Heidän tehtävänä voi olla mm. uutta tietoa koskevan koulutuksen järjestäminen, paikallisten hoito-ohjelmien laadinnan tuki ja selvityksiä vaativien uusien kysymysten kartoittaminen. Maastouttajat saisivat koulutusta, työtään tukevia koulutusaineistoja sekä tieto- ja menetelmätukea FinOHTA:sta ja Käypä hoito -kouluttajilta jatkuvasti ja maksutta. Maastouttajat ovat sairaanhoitopiiriin työntekijöitä, joilla voi tämän tehtävän ohella olla klinisiä velvollisuuksia. Tarkempi toimintamalli voidaan neuvotella samalla, kun mietitään työnjakoa uusien teknologioiden hallitukseksi käyttöön otoksi.

Sekä vaikuttavuustiedon että toimintatietojen tulisi olla helposti saatavilla terveydenhuollon arjessa, sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Tämä edellyttää pääsyä eri tietokantoihin ja summatietojen helppoa saatavuutta omista potilasrekistereistä. Oman toiminnan vaikuttavuuden kyseenalaistaminen on taito, jota tulisi harjoittaa päivittäin ja jota terveydenhuollon johdon tulisi aktiivisesti tukea. Ammattilaisten on voitava käyttää työaikaansa tiedon etsintään ja arviointiin. Myös potilaiden hyvä hoito vaatii mahdollisuutta etsiä tietoa työn keskellä, sillä hoitosuositukset ja menetelmäarviot eivät koskaan voi kattaa kaikkia yksilöllisiä päätöstilanteita.

## 2. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen määrittely ja käyttöön otto

### Toimenpide-ehdotukset

- Potilaskertomuksen ydintiedot, niiden sähköinen koodaustapa ja siirtomuoto sekä muun tekstitiedon yksinkertainen siirtomuoto määritellään valtakunnallisesti ohjelmistotoimittajia ja palvelutuottajia velvoittavalla STM:n asetuksella.
- Ydintietojen koodien etsimistä ja potilaskertomukseen tallentamista varten tehdään valtakunnalliset tietokannat ja helppokäyttöiset, julkisesti saatavilla olevat hakuohjelmat.
- Potilaskertomusten käyttöliittymät ja taustatietokannat erotetaan toisistaan siten, että tiedon siirto järjestelmästä toiseen onnistuu aina.
- Varataan määrittelyjen tekemiseen asianmukainen rahoitus, 500.000 €vuosille 2002-2003.
- Tietosuojaus järjestetään siten, että siitä ei ole haittaa potilaan turvallisuudelle.

### Perustelut ja toteutus

Elektronisen, avoimiin standardeihin perustuvan, käytettävästä laitteistosta riippumattoman potilaskertomuksen käyttö voi tukea monin tavoin hoidon tehokkuuden lisäämistavoitetta. Terveystieteiden huollossa käytetään joka päivä huomattavasti työaika potilastietojen tallentamiseen, kopiointiin, etsintään ja turhaan päällekkäiskirjaamiseen; siitä huolimatta tallennetun tiedon käyttö toiminnan seuraamiseen on vaikeaa. Potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen kuluu resursseja hukkaan paitsi tietojen siirtämiseen myös päällekkäisten tutkimusten tekoon. Jos tieto ei ole saatavilla tarvittaessa, päädytään jo kertaalleen tehtyjen tutkimusten toistoon, hoitojen viivästymiseen ja usein myös virheisiin.

Huonosti jäsennetyn potilaskertomuksen käyttö on sitä vaikeampaa, mitä enemmän tietoa kertyy ja mitä useammassa toimipisteessä potilas asioi. Jotta tietokoneesta saataisiin todellista hyötyä, pitää potilaskertomuksen ydintiedot (minimum data set) tallentaa strukturoidussa ja koodatussa muodossa. Vasta silloin tietoja voidaan eri ohjelmistojen avulla järjestellä, tarkistaa ja muuntaa luettavaan muotoon, ja useassa eri paikassa tallennettua tietoa voidaan yhdistellä luotettavasti ja turvallisesti. Tällä hetkellä maassamme on käytössä parikymmentä eri toimittajien valmistamaa digitaalista potilaskertomusta, joista vain harvat keskustelevat keskenään. Tiedot niistä eivät yleensä myöskään ole saatavilla kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden. Useat teollisuusmaat (esim. Norja, Kanada, Australia) ovat parhaillaan siirtymässä yhtenäiseen elektroniseen potilaskertomukseen. Kansainvälisiä kokemuksia olisi tässä hyvä hyödyntää.

Hyvä strukturoitu potilaskertomus voi ohjata työn sisältöä tarjoamalla siihen syötetyn tiedon perusteella aiemmin tehdyn tutkimuksen tietoja. Se voi aktiivisesti tarjota ohjetta hoitosuosituksesta tai varoittaa lääkkeiden yhteisvaikutuksista ennen niiden määräämistä. Kertomuksen erilliset osat, kuten erikoisalakohtaiset tiedot tai hoitotyön dokumentit, on integroitu yhteen sopiviksi. Tietokantojen ja potilaskertomuksen eri osien suunnittelusta vastaavat tulevaisuudessakin eri yritykset; on välttämätöntä, että suunnittelussa ovat aktiivisesti mukana näitä työvälineitä käyttävät ammattilaiset. Tervettä kilpailua alalla mahtuu Suomeen hyvin, mutta pienellä kielialueella työn pitäminen koossa yhtenäisin säännöin säästää kustannuksia. Sovittujen ydintietojen kirjaus takaa myös sekä potilaan että hoidon antajien oikeusturvan.

## Ydintietojen määrittely ja sähköisen potilaskertomuksen standardista sopiminen

Potilaskertomuksen ydintietoja ovat henkilötiedot, diagnoosit, lääketiedot, kriittiset tiedot (esim. allergiat, välttämätön lääkitys), laboratorio- ja kuvantamistiedot, toimenpiteet, hoitosuunnitelmat (myös jonotustiedot), hoitotahto, päivämäärät ja hoidon antajan tiedot. Valtaosalle näistä on jo olemassa täsmällinen koodaustapa. Tarvitaan valtakunnallinen, ohjelmisto-toimittajia ja palvelutuottajia velvoittava määräys käyttää tällaista yhteistä koodausta ja sopia ydintiedon siirtotavasta. Lisäksi pitää määrittellä vapaan tekstin yksinkertainen, niukasti strukturoitu siirtomuoto, joka mahdollistaa tekstielementtien poimimisen päiväyksen, erikoisalan, yksikön ja suorittajan perusteella.

Puuttuvat määrittelyt pystytään tuottamaan melko lyhyessä ajassa, jos niiden tekemisestä sovitaan ja siihen järjestetään rahoitus. Esim. digitaalisen kuvantamisen osalta standardista on jo sovittu. Tarkempi ehdotus ydintiedoista ja suunnitelma puuttuvien osien tuottamisesta on esitetty liitteessä 4. Myös näiden koodausten käyttö tulee määrätä sitovasti. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa toimeksiantoja eri osien tuottamisesta sopien samalla aikatauluista.

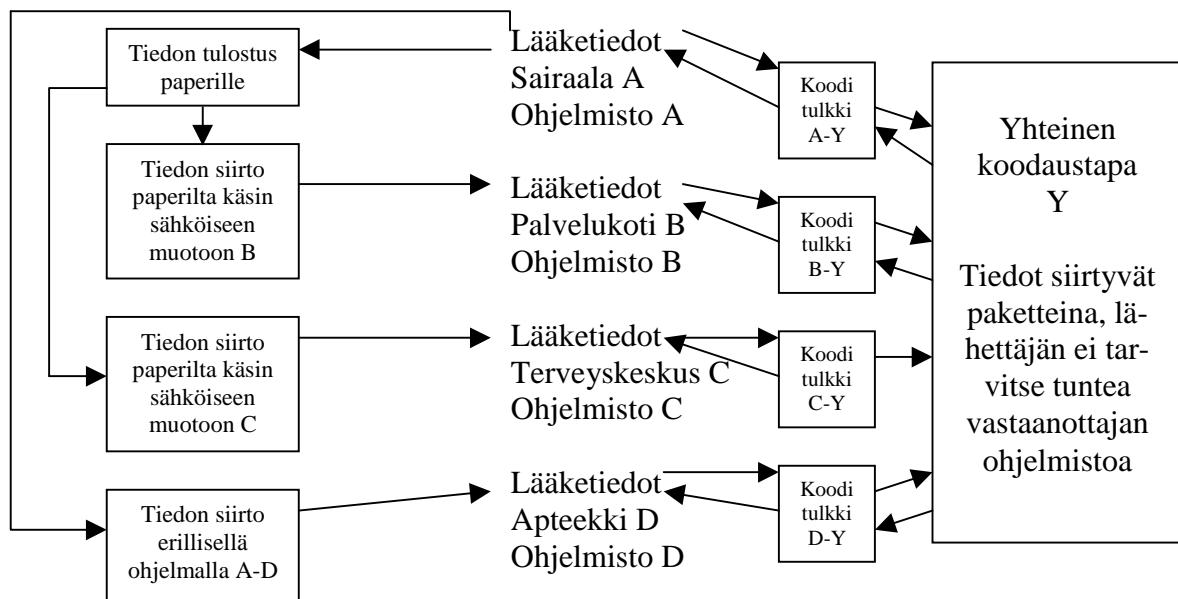
Ydintietojen luokittelukoodien tulee olla helposti saatavilla kaikkialla terveydenhuollossa. Se onnistuu parhaiten valtakunnallisten, julkiskäyttöisten (public domain) luokitustietokantojen avulla. Samoin kaikkien ohjelmistojen, joiden avulla tietoa siirretään omasta käyttöjärjestelmästä yleiseen koodausmuotoon, on oltava helposti saatavilla. Ydintietojen ja yhteisen koodaustavan käyttövelvoite koskee sekä yksityistä että julkista sektoria. Ohjelmatuottajat pitää myös velvoittaa tekemään kooditulkkit omien ohjelmistojensa ja yhteisen koodauksen välille.

Esim. lääketietokanta on edellytys sille, että päätöksentukiohjelma voi tarjota hinnaltaan edullisimman vaihtoehdon reseptinkirjoitusohjelmaan. Kuviossa 1 on esimerkki ydintietopakettien suhteesta tietojärjestelmiin. Lääketietoihin sisältyy potilaan käyttämien lääkkeiden nimi, vahvuus, annostus ja hoidon kesto. Ne on kirjattu kunkin hoitoon osallistuvan yksikön oman tietojärjestelmään, joilla kaikilla oletetaan tässä olevan eri potilaskertomusohjelmisto.

### Kuvio 1. Esimerkki ydintietopakettien suhteesta tietojärjestelmiin

Ennen ydintietojen ja koodausten määrittelyjä

Tiedot Toimipaikat Yhteisten määrittelyjen aikana siirto sähköisesti, muunnot automaattisesti



Ydintietojen strukturoitu tallentaminen ja käyttö potilaskertomusjärjestelmässä edellyttää nopeita ja helppokäyttöisiä välineitä koodien etsimiseen (esim. diagnoosien valinta). Lisäksi tarvitaan sopimukset sähköisistä lomakkeista, valtakunnallisesti tilastoitavasta tiedosta ja muiden keskeisten toimintojen (lääkkeiden ja tutkimusten määrääminen, jne.) toteuttamisesta sähköisesti. Koodistoista ja lomakkeista tulee ohjelmoida mallisovellukset maksuttomaan public domain-jakeluun.

Ydintietojen määrittelyssä tulee pitäytyä keskeiseen tietosisältöön. Näin varmistuu, että tekninen toteutus ei estä olemassa olevan tiedon esille ottamista nykyisin käytössä olevista potilas-tietojärjestelmistä ja sen tallentamista niihin. Tietomäärittelyissä tulisi olla mukana kaikkien keskeisiä luokituksia tuottavien tai yllä pitävien tahojen (STM, Kuntaliitto, Stakes, yliopistosairaalat jne.).

Erikoisalakohittaiset keskeiset tiedot voidaan sopia asiantuntijaryhmissä, joissa erilaisten toimintayksiköiden ja -alueilla on edustajansa. Vain ne tiedot, joiden tarpeellisuudesta kaikki ovat yksimielisiä, edellytetään kaikkien kirjattaviksi. Samalla tavalla voidaan määrittää, mitä seuraavan tason tietoja määrätyillä diagnooseilla hoidetuista potilaista kerätään hoidon laadun tarkempaa seuranta varten. Tietojen määrittely on jatkuva prosessi, joten asiantuntijaryhmien tulee kokoontua säännöllisin välein. Niiden kotipaikaksi sopisivat tieteelliset erikoisalayhdistykset kuten Hammaslääkäri-seura, Sairaanhoidotaliitto ja Lastenlääkäriyhdistys jne.

On tarpeen myös sopia kriittiset potilastiedot, joiden esiin tulo ensiksi kaikissa hoitotilanteissa varmistetaan. Tietosisältöjen koodauksesta sovittaessa on otettava huomioon laajemmat kansainväliset ja kansalliset määrittelyt, ennen kaikkea HL7-määrittelyt, jotta yhteensopivuus ja muunnettavuus toteutuu. Liitteenä 5 on esimerkki lääkeannostelun koodauksesta, jossa on huomioitu kansainväliset standardit.

### **Käyttöliittymän ja taustatietokannan erottaminen toisistaan**

Nykyisin käytössä olevat terveydenhuollon tietojärjestelmät ovat lähes poikkeuksetta sellaisia, joissa kaikki työntekijäryhmät lukevat potilas- laboratorio- ja muissa tietokannoissa olevaa tietoa saman käyttöliittymän kautta. Päivittäin eniten tarvittavat toiminnot ovat kuitenkin eri käyttäjäryhmillä erilaisia. Ajanvarauksessa käytetään laajasti henkilötietoja ja harvemmin esim. diagnoositietoja, kun lääkärin vastaanotolla painotus on päinvastainen. Työn nopeuttamiseksi on hyödyllistä laatia eri käyttäjäryhmille omat käyttöliittymät, jotka auttavat löytämään eniten käytetyt tiedot nopeimmin. Jopa erityyppisissä tehtävissä (vuodeosastolla, ensiavussa jne.) toimivat tai erilaisia potilaita vastaanottavat lääkärit (ortopedit, silmälääkärit) voivat tarvita yksilöllisesti räätälöidyn käyttöliittymän. Tietojärjestelmissä tulisi erottaa toisistaan kaikille yhteiset taustatietokannat ja erilaiset ratkaisut tiedon esille saamiseen.

### **Määrittelyjen rahoitus**

Potilaskertomuksen ydintietojen ja niiden struktuurin määrittely sekä tekstimuotoisen tiedon siirtomuodosta sopiminen mahdollistaa mm. seuraavien toimintojen toteuttamisen koko Suomessa elektronisessa muodossa riippumatta siitä, mikä potilaskertomusjärjestelmä on käytössä:

- tietoa voidaan lukea ja tallentaa taustajärjestelmästä riippumattomissa käyttöliittymissä
- kerran tallennettu tieto on käytettävissä kaikkialla, missä sitä tarvitaan
- tietoa voidaan soveltaa päätöksentekijärjestelmissä
- tietoa voidaan koota ja muokata käytettäväksi toiminnan seurantaan, vaikuttavuuden arviointiin ja henkilökohtaisen oppimisen perustana

Ydintietojen määrittely on mahdollista käynnistää välittömästi. Siihen tarvittava rahoitus on noin 500 000 euroa, joka jakautuu eri tehtävien kesken liitteessä 4 tarkemmin esitetyllä tavalla. Työ olisi myös tarpeen aloittaa 300 000 euron rahoituksen turvin jo vuonna 2002.

Myös hoitosuositusten toteutumisen seuranta varten on syytä varmistaa, että sähköisen potilaskertomuksen rakenne tukee suositusten antamien laatuksien kokoamista ja analyysia sekä niiden vertailua toimipaikkojen ja alueitten välillä. Tietojen kokoaminen systemaattisesti samoja määrittelyjä käyttäen helpottaa myös esim. tautikohtaisten tietojen kokoamista ja hoitotulosten vertailua eri alueiden välillä, potilaan tietosuojaa vaarantamatta. Vastaavaa tietoa on aikaisemmin saatu paljon suuremmalla työllä ja vähemmän kattavana tautien erillisrekistereistä.

Yhteisten määrittelyjen suuriin etuihin kuuluu, että potilaskertomuksissa ja muissa tietokannoissa olevaa tietoa voidaan liittää yhteen päätöksentekijärjestelmiksi. Hoidon antajalle voidaan silloin tarjota vastaanoton välittömässä yhteydessä potilaskohtaisia automaattisia muistutuksia. Kone voi muistuttaa hoitajaa siitä, että on aika mitata potilaan verenpaine. Lääkärin kirjoittaessa reseptiä järjestelmä voi kysyä, haluaako hän todella määrätä potilaalle lääkettä, jolla on yhteisvaikutus toisen käytössä olevan valmisteeseen kanssa tai jolle potilas on allerginen. Työvälineitä tällaisiin tarkoituksiin on jo kehitetty pitkälle. Elektronisen reseptin kirjoittamiseen liittyvät päätöksentekitoiminnot on esitetty tarkemmin liitteessä 6.

Yhtenäinen potilaskertomus tukee näin hoidon hyvää laatua ja lisää potilaiden mahdollisuutta vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. Potilaalle annettavaan potilaskertomukseen voidaan valmiiksi ohjelmoida selkokiekiset tulkinnat ydintiedoista (esim. hemoglobiini = veren rautapitoisuus, naisilla tavallisesti välillä 120-150 g/l).

## **Tietosuoja**

Tietosuojasta tulee huolehtia samalla, kun potilaskertomuksen ydintietojen saatavuus hoitoa kulloinkin antavalle työntekijälle varmistetaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toteaa selvästi, että tarpeellisia potilastietoja saa antaa terveydenhuollon yksiköille ja ammattihenkilöille tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaan (13§).

Potilaslain tulkinnat ja toimintatavat ovat monin paikoin vieläkin epäselviä. On tarpeen kirjata yhtenäiset linjaukset tavallisimmista tilanteista, joissa tiedon siirto on tarpeen, ja pohtia, onko lakiin tarpeellista tehdä hoidon laatua turvaavia muutoksia (esimerkiksi mahdollistaa potilaskertomuksen kriittisten tietojen käyttö ilman erillistä lupaa sairaanhoitopiirin alueella). Sitä varten tulisi STM:n perustaa työryhmä, jossa on edustajia esim. ministeriöstä, tietosuojavaltuutetun toimistosta, terveydenhuollon erilaisista toimipaikoista (keskussairaalat, terveyskeskukset, psykiatriset sairaalat, kuntoutuslaitokset, työterveyshuolto, yksityiset ammatinharjoittajat jne.) sekä potilasjärjestöistä.

Lain tarkoittaman suostumuksen antamisen ja tietojen saannin tulee olla mahdollista kaikissa terveydenhuollon työpisteissä potilaan läsnä ollessa. Sitä varten tarvitaan kansalliset ohjeistukset siitä, missä tilanteissa ja kenelle suostumuksen voi antaa (conditions to access) ja miten laajana se kulloinkin annetaan (access rights). Järjestelmässä tulee voida tunnistaa luotettavasti paitsi potilas, myös hoitoa antava ammattilainen, hänen tehtävänsä sekä hoitoyksikkö.

Tiedon siirtoa eri toimintayksiköiden välillä kokeillaan jo alueellisissa hankkeissa. Välivaiheena koko maan kattavalle, yhtenäiselle potilaskertomukselle voikin olla alueellinen potilaskertomus, ja



tiedon siirtyminen siitä muille alueille voi aluksi olla tiukemman turvakontrollin takana. Oleellista on, että kaikki potilasta koskeva tieto on saatavilla kellon ympäri, riippumatta toimipaikkojen aukioloajoista. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöön liittyvät tietoturvakysymykset hoidetaan luonnollisesti kaikissa tiedon tallennus – siirto- ja käsittelyvaiheissa siten, että potilaskertomuksen tietojen salassapito ei vaarannu.

### **3. Yhtenäiset hoidon saatavuuden ja jonoon asettamisen kriteerit sekä jonojen aktiivinen hallinta**

#### **Toimenpide-ehdotukset**

- Kiireellinen hoito on annettava heti. Muissa kuin päivystystilanteissa potilaan tulee saada perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvio tilanteesta kolmen päivän kuluessa ensi yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvio kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta.
- Potilaskontaktien hoitamista etäyhteyksien (puhelin, sähköposti, tekstiviestit jne.) avulla lisätään ja sovitaan yhtenäinen käytäntö näiden kontaktien kirjaamiseksi potilaskertomukseen.
- Potilaat asetetaan toimenpidejonoihin yhtenäisten indikaatioiden perusteella koko maassa.
- Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai tarpeelliseen hoitotoimenpiteeseen tulee päästä kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa kuukaudessa.

#### **Perustelut ja toteutus**

Hoidon saatavuus vaihtelee Suomessa sekä tauti- että aluekohtaisesti. Osaksi syynä on todellinen voimavarojen puute, kuten työvoimapula. Rakenne- ja henkilöstöpulmien ohella hoidon saatavuuteen vaikuttavat perusteettomat vaihtelut hoitotarpeen arvioinnissa sekä tiedonvälityksessä käytettyjen menetelmien vanhakantaisuus. Hoidon tarpeesta voidaan usein tehdä ratkaisu muullakin tavalla kuin vastaanotolla kasvokkain.

Jono on tarpeellinen väline terveydenhuollolle ominaisen vaihtelevan kuormituksen hallintaan, eikä jonoton hoitolaitos voi toimia täydellä teholla. Jonon puute on merkki yliresursoinnista. Kun jonon käsite ja jonoon asettamisen aiheet (indikaatiot) ovat epämääräisiä, voi jonon saada keinotekoisesti pitkäksi tai lyhyeksi. Jonoille on myös ominaista, että toimenpiteet jonojen poistamiseksi saattavat vain siirtää jono-ongelman paikasta toiseen tai tuottaa rajahyödyltään heikompa toimintaa muualla. Eri maissa on kokeiltu hoitotakuuta, jossa tietyt potilasryhmät on priorisoitu eli heille on annettu suhteellinen etulyöntiasema hoitoon pääsyssä. Vaikka kohteena olevat jonot on saatu puretuksi, on muiden potilasryhmien hoidossa syntynyt uusia viiveitä, ja muutaman vuoden kuluttua jonot ovat pidentyneet entisen mittaisiksi myös priorisoiduilla potilasryhmillä.

Hoidon saatavuuden hyvä hallinta edellyttää, että edellä kohdissa 1 ja 2 esitetyt toimenpiteet on tehty. Silloin maassa on keskeisten tautien osalta yhteinen käsitys hoidon tarpeesta ja hoitomenetelmistä (kohta 1), ja jonoon asettamisen kriteerit voidaan maassa yhtenäistää. Jonon hallitsemiseksi on lisäksi tarpeen, että jonotietoja voidaan seurata ajantasaisesti sähköisen jonotiedoston avulla (kohta 2). Toisaalta kohtien 1 ja 2 toimenpiteistä ei saada täyttä hyötyä, ellei niitä sovelleta hoidon saatavuusongelman ratkaisuun.

#### **Kiireellinen hoito heti, ensiarvio nopeasti**

Jonojen hallinnassa on kyse toisaalta tarvearvioinnista, toisaalta tiedottamisesta ja teknisestä tiedonhallinnasta. Aidosti kiireellisten, hoitamattomina terveyttä uhkaavien ongelmien hoidossa kyse on päivystysjärjestelyistä. Henkeä tai terveyttä uhkaavissa tilanteissa hoitoon pitää päästä ja yleensä päästäänkin välittömästi. Vähemmän kiireellisten ja etenkin jonottamista vaivan pahenematta sietävien ongelmien kohdalla on tarpeen tarkastella erikseen ensimmäisen yhteyden saamista terveydenhuoltoon (mm. puhelinliikenne, verkkopalvelut, ajanvarauskäytännöt), tiedon siirtymistä

toimipaikkojen ja potilaan välillä (mm. läheteet, ajanvarauskäytännöt, tieto jonon etenemisestä) sekä pääsyä toimenpiteeseen. Myös ammattiryhmien välinen ja alueellinen työnjako kaipaavat tarkastelua. Elektronisen potilaskertomuksen antamat mahdollisuudet ovat jonon hallinnassakin ilmeiset.

Sekä Suomessa että muualla tehtyjen selvitysten mukaan valtaosa potilaista pääsee sekä kiireelliseen että kiireettömään hoitoon kyllin nopeasti niin omasta kuin hoitavien ammattilaisten mielestä. Jonoissa olevista potilaista vain 2-5% on sellaisia, joiden odotusaika arvioidaan liian pitkäksi. Ongelmana on pikemminkin, että kiireettömissä tapauksissa yhteyden saaminen terveydenhuoltoon on hankalaa. Usein potilas on myös turhan kauan tietämätön siitä, koska hänelle seuraavan kerran tapahtuu jotakin tai milloin ammattilainen päättää häntä koskevasta asiasta. Kuvioon 2 on koottu terveydenhuollon viiveitä ja mahdollisia ratkaisuja niiden poistamiseen.

Kun kansalainen päättää ottaa yhteyden perusterveydenhuollon yksikköön muun kuin kiireellistä hoitoa vaativan vaivan takia, pitää hänen saada kolmessa päivässä ammattilaisen ensiarvio. Arvio voi olla ongelman ratkaisu tai tieto vastaanottoajasta, jolloin asia selvitetään. Tämä auttaa myös säätelemään ruuhkia: flunssa-aallon aikana voi pitkittää kroonisten tautien kontrolliaikoja tai terveystodistusten antamista. Kun potilas saa nopeasti tiedon, miten aiotaan toimia, vähenee tarve tuoda lääketieteellisesti kiireetön asia päivystykseen. Jos yhteyden saanti takkuilee, tulee potilaan mitta muutamassa päivässä täyteen ja hän hakeutuu päivystysajalle.

Jos potilaan tarvitsee tavata erikoissairaanhoidon lääkäri, tulee vastaanottavasta klinikasta saada kolmen viikon sisällä tieto siitä, milloin vastaanotolle pääsee ja mitä tutkimuksia sitä ennen tehdään. Kolmen päivän ja kolmen viikon ajat ovat yleisrajoja, joista voi ja pitää joustaa silloin, jos potilaan tila vaatii kiireellisempää hoitoa. Tilannetta seurataan aktiivisesti, ja jos potilaan vointi muuttuu, voi annettua aikaa tuki varhaistaa tai myöhentää. Potilaalla voi myös olla hyvä syy valita vastaanottoaika tietyissä rajoissa, ja myös hänen tarpeitansa voidaan kohtuudella ottaa huomioon.

Jos erikoissairaanhoidon vastaanottoaika venyy sen vuoksi, että tarvittavaan tutkimukseen on jonoa, on mahdollista ohjata potilas tutkimuksiin muualle (ks. edempänä). Hoidon hyvään saatavuuteen voisi siis sitoutua sekä toimenpiteiden että tutkimusten osalta. STM:n selvityksen mukaan valtaosa potilaista pääsee erikoislääkärin vastaanotolle kuudessa viikossa läheteen saapumisesta. Odotusaika olisi syytä käyttää tehokkaasti.

### **Etäyhteyksien käytön tehostaminen**

Merkittävä ja nopeasti tehtävissä oleva muutos on, että ammattilaisen ensiarvio annetaan nykyistä paljon useammin sähköisten viestinten avulla, ilman vastaanottokäyntiä. Kansainvälisten arvioiden mukaan jopa 20 % terveysongelmista voitaisiin hoitaa tällä tavoin. Kroonisten tautien rutiiniseuranta ja tutun potilaan kysymykset itsehoidosta ovat tyyppitilanteita, jotka hoituvat helposti puhelimen, sähköpostin tai tekstiviestin avulla.

Vastauksia voi etsiä myös terveyskeskuksen verkkosivuilla sijaitsevasta itsehoito-oppaasta tai äitiysneuvolan verkossa toimivasta vertaistukiryhmästä, jonka keskusteluihin terveydenhoitaja osallistuu tarpeen mukaan. Sähköiset potilaskertomukset ja mobiililaitteet auttavat myös vähentämään perinteisiä kokous- ja raportointiaikoja, kun tietoja ei tarvitse siirtää suullisesti hoitajalta toiselle tai olla kotikäynnillä ilman tarpeellista informaatiota. Potilaat voivat mitata kotona verenpaine- ja verenokeritasojaan ja lähettää numerot tekstiviestinä hoitavalle lääkärille, joka vastaukseksi kertoo lääkemuutosten tai vastaanottokäynnin tarpeesta.

Kaikki edellä mainitut ratkaisut ovat jo Suomessa käytössä. Tietoja meneillään olevista kokeiluista ja vakiintuneista toimintatavoista tulisi koota yhteen ja tiedottaa niistä laajasti. Yhteistä potilasohjeiden kokoelmaa voi käyttää myös verkkotiedottamisessa, ja vähemmän henkilökohtaista neuvontaa esim. aukioloajoista voi tarjota ilman henkilökohtaista kontaktia, hyvin toteutettujen kotisivujen kautta. Virtuaaliryöstä tulee tehdä potilaskertomukseen asianmukaiset merkinnät ja kirjata ne tehtynä työnä sekä huolehtia korvauksista. Kun terveydenhuollon ammattilaisten virtuaaliryöstyön määrä lisääntyy, tulee siihenkin varata riittävästi aikaa työjärjestyksissä.

### **Jonoon asettamisen kriteerien määrittely**

Toimenpidejonoja on eri puolilla maata, ja ne koskevat pääosin muutamia suuria potilasryhmiä. Tärkeimpien ryhmien kohdalla jonojen pituudet vaihtelevat huomattavasti ja ilmeisen perusteettomasti. Osasyynä tähän on vaihtelu jonoon asettamisessa. Joillakin alueilla potilaiden taudin täytyy olla huomattavasti pitemmällä jonoon pääsemiseksi kuin naapurialueella. Jonojen hallinnan ensimmäinen edellytys onkin jonoon asettamisen indikaatioiden ja kriteerien yhtenäinen valtakunnallinen määrittely. Tämän tulee perustua näyttöön toimenpiteen vaikuttavuudesta silloin, kun kriteerit täyttyvät.

Kriteerien määrittely on edellytyksenä sille, että jonojen aktiivista hallintaa ja hoidon saatavuuden nopeuttamista voidaan Suomessa kokeilla. Kriteerityö tehdään asiantuntijaryhmissä ja samassa yhteydessä määritellään kohtuullinen jonotusaika kunkin taudin ja tarvittaessa sen eri vaikeusasteiden tyyppitilanteisiin. Indikaatioista ja kriteereistä voi sopia aluksi 2-4 yleisen, jononmuodostusta aiheuttaneen terveysongelman (esim. lonkkakuluma, kaihi) osalta. Jonon hallintaa eri keinoin voisi testata näiden tyyppitautien avulla.

Erikoismaksuluokka (EML) on tarjonnut joillekin potilaille mahdollisuuden valita hoitava lääkärisä julkisen sektorin hoidossa. Järjestelmää on viime aikoina arvosteltu mm. siksi, että sen on epäilty joissakin tapauksissa asettavan kiireettömiä EML-potilaita yhtä kiireellisten, mutta aiemmin jonoon asetettujen, tai jopa kiireellisempien yleisen maksuluokan potilaiden edelle, vaikka terveydenhuollon normit estävät sen selvästi. Avoimet jonotustiedot ja selkeät jonoon asettamisen kriteerit auttaisivat seuraamaan myös tällaista ilmiötä.

### **Ehdotus hoidon saatavuuden tehostamiskokeiluksi**

Eräs mahdollisuus jonojen tehokkaaseen hallintaan on esitetty alla. Se yhdistelee monia aikaisempia ehdotuksia, joiden avulla on yritetty ratkaista riittävän nopeaan hoitoon pääsyn, tasa-arvon, eri hoitolaitosten yhteistyön ja hoidon rahoituksen ongelmia. Malli on vasta ideatasolla ja vaatii hiomista; sen riskit ja mahdollisuudet pitää analysoida. Jos se vaikuttaa käyttökelpoiselta, on sitä kokeiltava kyllin laajalla, useita sairaanhoitopiirejä kattavalla alueella. Useimpia mallin seuraavassa listatuista osista on jo käytetty jossakin maassa:

- Jonoon asettamisen kriteereistä sopiminen
- Kohtuullisista jonotusajoista sopiminen
- Jonotustietojen läpinäkyvyys (hoitoontulorekisteri)
- Virallinen hoitotarjous: toimenpide, ajankohta
- Hoidon kiinteä määrähinta (esim. Diagnosis Related Group- eli DRG-hinta)
- Oikeutus toimenpiteen hankintaan eri hoitopaikoista sovituin ehdoin
- Potilaan mahdollisuus valita hoitopaikka ja hoitoajankohta
- Kustannusten jako julkisen terveydenhuollon ja potilaan kesken

Jonotustiedot voidaan tuoda sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten saataville julkisesti. Kansallisella tasolla tämä edellyttää paitsi jonokriteerien yhtenäisyyttä myös hoitotarjouksen virallistamista. Kansallinen hoitoontulorekisteri (Jono-Hilmo) voisi sisältää yksilötunnistuksen es-tävät eli kryptatut tiedot hoitoon asettamisen indikaatioista ja päivämäärästä. Sen avulla voitaisiin tarkastella eri toimipaikkojen jono- ja hoitoprofiilia ja seurata ajallisen oikeudenmukaisuuden (ensin jonoon – ensin hoitoon) toteutumista. Ruotsissa ratkaisu jo toimii, esimerkiksi Tukholman läänin sairaaloiden jonotusajat eri leikkauksiin näkyvät internetissä, samoin online-tiedot akuuttivas-taanottojen odotusajoista.

Mallissa ensisijainen palvelutuottaja (eli sairaanhoitopiirin yksikkö, josta hoitoa haetaan) antaa po-tilaalle virallisen hoitotarjouksen, kun hänet asetetaan jonoon sovituin kriteerein. Tarjous oikeuttaa toimenpiteeseen sovitus määrääjän, yleensä 3 kuukauden, kuluessa sovituilla kiinteällä määrähin-nalla M myös alueen muissa hoitoyksiköissä. Samalla ensisijainen tuottaja ilmoittaa tutkimuksen tai toimenpiteen indikaatiot, odotusajan ja määrähinnan sekä valtakunnalliseen rekisteriin (Jono-Hilmo) että potilaalle. Määrähintana voi olla Diagnosis Related Group- eli DRG-hinta. Tyyppihoi-tojen DRG-hinnoittelussa potilaan kotikuntaa laskutetaan hoidosta keskimääräisen hoitokustannuk-sen mukaan, sen sijaan että kunkin potilaan kuluttamat resurssit laskettaisiin erikseen.

Jos suunniteltu tutkimus- tai toimenpideaika voidaan varata samalla kertaa (asettamatta potilasta jonoon), tästä kirjautuu tieto aluksi vain hoitoyksikön omaan tilastoon. Toimenpiteen toteututtua tiedot siirretään valtakunnalliseen jononseurantarekisteriin, mukana tieto toteutuneesta viiveestä.

Potilas voi hakeutua toimenpiteeseen myös muualle, jos saa sen nopeammin tai halvemmalla, tai muusta syystä haluaa muualle hoitoon. Rahoitukseen osallistuvat potilaan kotikunta ja potilas itse, ja rahoitusosuuksien avulla säädellään jonon pituutta ja hoidon hinnanmuodostusta. Jos potilas ky-kenee hankkimaan palvelun muualta nopeammin tai halvemmalla, ensisijainen tuottaja maksaa pal-velun antaneelle yksikölle saadusta hoidosta summan, joka on toteutuneen jonotusajan pituudesta riippuva prosenttiosuus a% määrähinnasta M. Loput laskusta maksaa potilas itse; siihen sisältyy loppuosa (100-a%) määrähinnasta. Potilaan maksama prosenttiosuus vähenee jonotusajan kasvaessa ja saavuttaa nollan, kun määräaika täyttyy. Jos saatu palvelu on määrähintaa kalliimpi, maksaa po-tilas määrähinnan ja todellisen hinnan erotuksen itse; jos palvelu on halvempi, maksaa ensisijainen tuottaja silti osuutensa määrähinnasta ja potilas saa hyödyn erotuksesta.

Ensisijainen tuottaja maksaa siis hoidon toteutumisasajasta riippuvan, ennalta ilmoitetun prosent-tiosuuden määrähinnasta palvelun tuottajalle. Piiri laskuttaa palvelun tilaajalta (potilaan kotikun-nalta) palvelun todelliselle tuottajalle maksetun hinnan + välityspalkkion, joiden summa on aina enintään määrähinta. Tämä helpottaa budjetin hallintaa kuntatasolla.

Hoitositoumuksen laajempi käyttö edellyttää, että jonoon asettamisen yhtenäiset perusteet on mää-ritelty ja kokeilussa todettu, että järjestelmä toimii. Sitoumus voidaan ainakin aluksi tehdä vain so-vittujen valinnaisten, kiireettömien toimenpiteiden osalta. Ehdotuksessa on monia seikkoja, jotka kaipaavat tarkempaa pohdintaa. Näihin mahdollisuuksiin ja uhkiin kuuluvat ainakin seuraavat nä-kökohdat:

- Ensisijaisen tuottajan prosenttiosuutta muuttamalla voidaan monipuolisesti säädellä jonojen pituutta ja siten hoidon saatavuutta.
- Prosenttiosuus voi riippua jonoasettamisindikaatiosta (kiireellisemmissä tapauksissa las-kenta aloitetaan pienemmästä potilaan prosenttiosuudesta tai potilaan osuus nollautuu nope-amin). Järjestelmä on siten joustavampi ja hyppäyksettömämpi kuin kategorinen 3 kuukauden sääntö.

- Järjestelmä kilpailuttaa julkisen terveydenhuollon yksiköitä "pehmeällä" tavalla. Jos palvelu pystytään muualla antamaan selvästi halvemmallalla, potilaalle ei synny omakustannusosuutta lainkaan, vaikka palvelun saa pian jonoon asettamisen jälkeen. Tällöin ensisijaisen tuottajan tehtäväksi tulisi vain potilaan alkututkimus ja toimenpideindikaation määrittäminen.
- Palvelun tilaajalle koituu säästöä kilpailuttamisen kautta ja potilaiden omavastuuosuuksien myötä.
- Sairaanhoidopiiri ei voi potilaan kotikunnan puolesta antaa lupaa määrähintaa kalliimpaan hoitoon.
- Sairaanhoidopiirien väliset erot hinnoittelussa voivat olla suuria ja piiri voi tiettyjen toimenpiteiden hintoja subventoimalla "kuoria kerman" eli koota paljon helppoja tapauksia.
- Terveydenhuollon yksiköt tarvitsevat tietyn puskurikapasiteetin eli jonon, jotta toiminta voidaan järjestää joustavasti ja tehokkaasti. Puskurijonon pituudeksi riittää yleensä 2-3 kuukautta.
- Hoitotarjouksen pitää sisältää myös ne jatkotoimet, jotka tarvitaan mahdollisten komplikaatioiden hoitoon. Toimenpiteiden hintaan pitää siis sisällyttää suhteellisen lisähoidon tarpeen hinta.
- Kun yksityislääkäri lähettää potilaan jonoarvioon, pitää potilaan kotikunnan maksajana voida varmistaa, että potilaan hoito on indikaatioiden mukaista. Myös yksityislääkärien tulee sitoutua noudattamaan yhteisiä hoitoindikaatioita.
- Sama lääkäri ei voi olla yhdessä työpaikassa potilasta jonoon lähettämässä ja toisessa työpaikassa arvioimassa saman lähetteen indikaatioita.
- Hintaa säätelemällä jonoa voi pidentää tai lyhentää. Tämä on mallin tarkoituskin, mutta hintasäätelyn riskit tulisi arvioida ennen kokeilun käynnistämistä.
- Potilaan maksamien prosentiosuuksien muutoksista ajan funktiona ja hoidon todellisen hinnan vaihteluista tulisi tehdä mallinnus, jonka avulla malli on mahdollista rakentaa sopivan kannustavaksi.
- Potilaiden omavastuuosuudet tuovat säästöä julkiselle terveydenhuollolle; niiden vaikutukset tasa-arvoon tulisi pyrkiä ennakoimaan ja osuuksien mahdolliset korvaukset muista (vakuutus) lähteistä tulee selvittää ennen kokeilun käynnistämistä.
- Mallin suhde julkisen sektorin tiloissa järjestettävään yksityishoitoon tulee selvittää.

Jonon hallintaa voi helpottaa myös arvioimalla tarkemmin eri hoitomenetelmien tarvetta. Jos tiettyjen leikkausten tai muiden toimenpiteiden määrää seurataan kyllin pitkään väestössä, jonka ikä- ja sukupuolijakauma tunnetaan, on mahdollista tietojen perusteella laskea hoidon todennäköinen tarve muussa määritellyssä väestössä vuositasolla. Näin laskettu "tarve" ei riippuisi hoidon tuottajien omista näkemyksistä, vaan tarjoaisi olemassa olevia jonoja paljon luotettavamman tavan ennakoida toimenpiteiden määrää. Tarkempi ehdotus asiasta on esitetty liitteessä 7.

## **Kuvio 2.** **Muun kuin päivystystoiminnan viiveet ("jonot")**

<b>Vanhat ratkaisut</b>	<b>Toiminto</b>	<b>Uudet ratkaisut</b>
	A. Potilaan kokema hoidon tarve	
Tuttavat, lehdet, kirjat		Itsehoito-ohjeet, verkkosivut
	B. Päätös ottaa yhteys perusterveydenhuoltoon	
Puhelin, jonotus vastaanotolle		Sähköposti, sähköinen ajanvaraus
<b>VIIVE 1: päiviä - viikkoja</b>		<b>tunteja - päiviä</b>
	C. Yhteys saadaan, aika annetaan	
Avustaja		Omalääkäri, omahoitaja
<b>VIIVE 2: tunteja - viikkoja</b>		<b>tunteja</b>
	D. Ammatilaisen ensiarvio pth:ssa	
Lääkäri, hoitaja		Lääkäri, hoitaja
Vastaanotolla		Puhelimitse, verkossa tai vastaanotolla
		<b>VIIVEET 1+2: enintään kolme päivää</b>
	E. Lähetä erikoissairaanhoidon	
Postitse		Sähköisesti
<b>VIIVE 3: päiviä - viikkoja</b>		<b>tunteja - päiviä</b>
	F. Lähetteen arvio esh:ssa, toimintasuunnitelma	
Erikoislääkäri		Erikoislääkäri
Palaute potilaalle		Palaute omalääkärille
Kirjallisena		Sähköisesti
<b>VIIVE 4: päiviä - viikkoja</b>		<b>VIIVEET 3+4: enintään kolme viikkoa</b>
	G. Potilaan arvio esh:n vastaanotolla	
Yleensä uudet tutkimukset		Hyödynnetään pth:n tiedot
Useita lääkärikäyntejä		Osa tutkimuksista ennen vastaanottoa
	H. Toimenpidejonoon asettaminen	
Vaihtelevin kriteerein		Yhtenäisin kriteerein
Tiedotus potilaalle		Tiedotus potilaalle ja omalääkärille
	I. Toimenpidejonon hallinta	
Esh:ssa		Omalääkäri, omahoitaja ja potilas seuraavat aktiivisesti
Tiedotus potilaalle, kun toimenpideaika asetetaan		Jonojen pituudet Internetissä
<b>VIIVE 5: epämääräinen viikkoja - vuosia</b>		<b>VIIVE 5: aika-arvio, aktiivinen hallinta toimenpidekohtainen yläraja, tyyppiaika 3 kk potilas voi etsiä muualta nopeamman hoidon</b>

## 4. Terveydenhuollon toimenpiteiden priorisointi

### Toimenpide-ehdotukset

- Luodaan vuoteen 2006 mennessä mekanismi, jonka avulla keskeiset hoidot, tutkimukset ja muut terveydenhuollon toimenpiteet voidaan asettaa tärkeysjärjestykseen sen perusteella, miten ne vaikuttavat väestön terveyteen.
- Ennen priorisointityön valmistumista käytetään etenkin merkittävässä terveystieteellisissä linjauksissa perustana tasokasta, tuoretta tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta ja niiden kustannuksista yhteiskunnalle. Linjaukset tehdään julkisen keskustelun pohjalta ja otetaan huomioon niiden luonne mahdollisina ennakkotapauksina.

### Perustelut ja toteutus

Terveydenhuollon tavoitteena on lisätä terveyttä tai ainakin vähentää sairauden aiheuttamia haittoja. Tutkimukset, hoito ja ehkäisy ovat perusteltuja vain, jos ne todella vaikuttavat myönteisesti lopputulokseen, potilaan tai väestön terveyteen. Priorisointi tarkoittaa terveydenhuollon palvelujen tärkeysjärjestykseen asettamista. Kaikkia terveydenhuollon palvelutarpeita ei voimavarojen rajallisuuden takia voida tyydyttää. Tämä terveystieteellisten palvelujen niukkuus koskee pysyvästi kaikkia jälkikäteellisiä yhteiskuntia. Niukkuus pakottaa siis tekemään valintoja eli ensisijaistamaan, priorisoimaan, hoitoja toisiin hoitoihin nähden. Terveyttä lisääviä toimenpiteitä on siksi ryhdyttävä vertaamaan toisiinsa, sillä kaikkea vaikuttavaakaan hoitoa ei voida mitenkään tarjota julkisin varoin.

Priorisoinnin perusteita ei Suomessa ole sovittu sitovasti. On puhuttu kaiken 'tarpeellisen hoidon' antamisesta; tarpeella tarkoitetaan ilmeisesti tilaa, jossa potilaan voidaan ajatella hyötyvän annettusta hoidosta. Järkevää on ottaa huomioon myös hyödyn (utiliteetin) määrä ja kustannukset. Ihanetilanteessa kaikkien terveystieteellisten kaikkien hoitotavat (ehkäisy, diagnostiikka, seulonta, hoito, kuntoutus) on arvioitu yhdenmukaisesti sen suhteen, mikä on niiden odotettavissa oleva hyöty terveydentilan parantamisessa ja mitkä ovat siihen liittyvät kustannukset. Yhdentekevät tai haitalliset "hoidot" tulisi rehellisesti todeta sellaisiksi ja niiden antaminen ainakin julkisin varoin pitäisi lopettaa.

### Vaikuttavuustieto terveystieteellisen keskustelun pohjaksi

Merkittävässä terveystieteellisissä linjauksissa on syytä käyttää olemassa olevaa tietoa aktiivisesti yhtenä päätöksen osana. Arvo- ja resurssikeskustelu on käytävä samalla, kun vaikuttavuusargumentit punnitaan. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön tehtäväksi sopii kulloinkin tarvittavan tiedon etsintä, kokoaminen ja tulkinta Suomen oloihin; se voi antaa vastauksia joko nopeasti ja pinnallisena tai perusteellisemmin valmistellen. Etenkin laajojen päätösten valmisteluun tarvitaan useita kuukausia aikaa, jotta terveydenhuollon asiantuntijat ehtivät koota tiedon, josta sitten käydään julkinen keskustelu. Ellei tietoa etsitä systemaattisesti, on vaarana liukuminen vanhaan perinteeseen, jossa jokainen osapuoli käyttää omaa näkökantansa tukevia tutkimuksia eikä piittaa vastakkaisista todisteista.

Myös yksittäisten potilaiden hoidossa on välttämätöntä käyttää perustana tasokasta, tuoretta tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta. Toisaalta pelkkään vaikuttavuuteen tuijottaminen alentaa sairaan ihmisen henkilöstä taudin ilmenemäksi. Hoito, jonka vaikutus *tautiin* on hyvä, voi vaikuttaa *potilaaseen* huonosti, olla hänen elämäntilanteeseensa sopimaton tai hänen arvojensa



vastainen. Helppojen vastausten puutteessa sopii toivoa, että keskustelut aina käytäisiin sekä vaikuttavuustietojen että potilaan ja yhteiskunnan arvojen valossa

Hoidon tarjonta voidaan määritellä sen mukaan, mikä on siitä odotettavissa oleva rajahyöty (marginaalinen utiliteetti) suhteessa rajakustannuksiin. Järjestelmä tarjoaa nimittäin käyttöön asetetuilla voimavaroilla suurimman terveystuoton, kun marginaalinen kustannus-utiliteetti on vakiosuuruinen voimavarojen kaikkien ajateltavissa olevien käyttökohteiden osalta. Luotettavien laskelmien teko eri tauteihin on kuitenkin vaativaa ja virheille altista, sillä monista tarpeellisista tekijöistä ei ole kylliksi tietoa, jolloin luvut joudutaan arvioimaan. Täydellistä tietopohjaa priorisoinnille ei lähitulevaisuudessa liene mahdollista rakentaa.

Tasaisen rajahyödyn yleissäännöstä on tarpeen toisinaan poiketa. Lääketiede tuntee pieniä potilasryhmiä, joiden vaikuttavaan ja elämän laatua parantavaan hoitoon on tarjota kalliita hoitomenetelmiä, lähinnä harvinaisia lääkkeitä. Samat ongelmat koskevat suurempia potilasjoukkoja, kun mietitään hoitoja tavallisten tautien epätavallisiin alamuotoihin. Geenidiagnostiikka tuottaa nopeasti uusia esimerkkejä näistä potilasryhmistä, joissa tietyn seulonnan tai hoidon vaikuttavuus on selvästi erilainen kuin muilla. Vaikka ryhmien koko ei ole välttämättä ennalta tiedossa, päätökset niistä saattavat muuntua ennakkotapauksiksi, joka hankaloittaa terveydenhuollon kustannusten rationaalista hallintaa. Tällaisiin ongelmiin varautumisen strategiaan kuuluvat menetelmien nykyistäkin seikkaperäisempi arviointi, uusien menetelmien aktiivinen seuranta ja nopea kansallinen arviointi ja kustannusten pitkän aikavälin arviointi, jossa otetaan huomioon esim. päättymisestä johtuvat hintamuutokset ja toimenpiteiden eriaikaisuuden aiheuttamat kustannussiirtymät (diskonttaus).

### **Järjestelmällinen priorisointi**

Priorisoinnin käyttöä terveydenhuollon linjapäätösten pohjana on kokeiltu mm. Hollannissa, Oregonissa, Norjassa ja Ruotsissa. Ratkaisut ovat olleet osaksi samankaltaisia, mutta ne ovat johtaneet hyvin erilaisiin käytännön sovellutuksiin. Voimavarojen rajallisuuden vuoksi on kuitenkin selvää, että yhteisesti sovitut priorisointipäätökset ovat oikeudenmukaisempia kuin paikalliset, kulloisenkin päättäjän tai ammattilaisen henkilökohtaisiin arvoihin pohjautuvat sattumanvaraiset päätökset.

Suomessa priorisointikeskustelua on käyty laajasti 1990-luvun alkupuolelta. Priorisoinnin tarpeesta terveydenhuollossa ja sen eettisistä perusteista vallitsee laaja yksimielisyys. Hyvin tehty, yhtenäinen priorisointi nähdään tärkeäksi sekä tasa-arvon että terveydenhuollon vaikuttavuuden kannalta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi asettaa työryhmä, jonka tavoitteena on laatia maahan sopiva priorisointia käsittelevä järjestelmä. Järjestelmäksi voisi sopia STM:n pysyvä asiantuntijaryhmä, jonka avulla keskeiset hoidot, tutkimukset ja muut terveydenhuollon toimenpiteet asetetaan tärkeysjärjestykseen sen perusteella, miten ne vaikuttavat väestön terveyteen. Asiantuntijaryhmän tehtäviin kuuluisi myös suunnitella sopivia ohjaus- ja seurantakeinoja, joiden avulla priorisoinnin periaatteet viedään käytäntöön ja niiden vaikutuksia seurataan.

Priorisointityössä tulee olla mukana terveydenhuollon ammattilaisen ja terveystalouden asiantuntijoiden lisäksi terveystalouden vastuullisia tahoja sekä potilaiden, kansalaisten ja tiedotusvälineiden edustajia. Julkinen keskustelu siitä, miten julkisia voimavaroja käytetään, on ainoa mahdollisuus saada aikaan tasapuolinen ja hyväksyttävä toimintamalli.

## Kirjallisuutta

- Arvoista valintoihin. Terveysthuollon priorisointityöryhmän raportti. Stakesin Raportteja 161. Jyväskylä 1994.
- Bero L et al. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings by health care professionals. *British Medical Journal* 1998;317:465-8.
- Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. Nuffield Provincial Hospital Trust, London 1972.
- Council of Europe. Recommendation No. R(99)21 of the Committee of Ministers to member states on criteria for the management of waiting lists and waiting times in health care.
- Council of Europe. Recommendation No. R(01)xx (draft) of the Committee of Ministers to member states on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices.
- Drummond M et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford University Press, London 1987.
- Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien välistä sairaanhoidollista yhteistyötä koskeva selvitys. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 40. Hämeenlinna 2001.
- Etelä-Suomen lääninhallitus. Erikoismaksuluokan käyttö. Vastaus STM:n kirjeeseen. ESLH 2000-060781S035, 15.9.2000.
- Gray JAM. Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone, Edinburgh 1997.
- Henshall C: Priority setting for health technology assessment. *Int J Technol Ass Hlth Care* 1997;13:144-85.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21<sup>st</sup> century. National Academic Press, Washington, D.C. 2001.
- Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From development to use. National Academic Press, Washington, D.C. 1992.
- Isolauri J. Terveysthuolto 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. STM:n työryhmämuistioita 2000:21.
- Kärvinge C. Vård- och behandlingsgarantier. *Socialstyrelsen* 1999; 10:22.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92.
- Liukko M et al. Ajanvaraustoiminta Etelä-Suomen terveyskeskuksissa. Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Julkaisusarja no 9, Helsinki 1991
- Saranummi N. Hyvinvointi- ja terveysalan teknologia- ja palvelutuotteet. *Teknologiakatsaus* 103/2001. Tekes, Helsinki 2001
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Terveysthuollon priorisointi. Seminaarikooste 1999.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Tietotekniikan hyödyntämisstrategia 14.6.2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sähköistä reseptiä koskeva esiselvitys. STM:n työryhmämuistioita 2001:27.
- The Standing Committee of the Hospitals of the European Union ( HOPE ). Measures to Reduce Surgical Waiting Lists, Subcommittee on co-ordination, Leeuven, Hope, July 1998, 45 p.
- The National Health Service Plan. A plan for investment, a plan for reform. London, July 2000.
- Thomson O'Brien MA et al. Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.
- Valtioneuvosto. Hallituksen periaatekannanotto toimenpiteistä suomalaisen tietoyhteiskunnan kehittämiseksi. Helsinki 1995.