

Terveydenhuollon tulevaisuus

*Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015
terveydenhuoltoon*

EDUSKUNNAN KANSLIAN JULKAISU 3/2006



EDUSKUNTA

ISBN 951-53-2890-X (nid)
ISBN 951-53-2891-8 (pdf)
ISSN 1239-1638

TULEVAISUUSVALIOKUNTA
TEKNOLOGIAN ARVIOINTEJA 24

Terveystenhuollon tulevaisuus
Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon

Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet
Teknologian arvioinnin perusraportti

Osmo Kuusi
Olli-Pekka Rynänen
Juha Kinnunen
Markku Myllykangas
Johanna Lammintakanen

**Tulevaisuusvaliokunnan
Terveystieteiden tulevaisuus
teknologian arvioinnin ohjausryhmä:**

Kansanedustajat Jyrki Katainen (pj.), Anne Huotari, Jyrki Kasvi, Rauno Kettunen, Kalevi Olin, Päivi Räsänen, Sirpa Asko-Seljavaara, Minna Lintonen, Reino Ojala, Maija Perho, Paula Risikko, Markku Rossi, Sari Sarkomaa, Minna Siirä, Osmo Soininvaara, Pentti Tiisanen, Tapani Tölli, Unto Valpas, Tuula Väättä

Lisätietoja:

Dosentti Osmo Kuusi
Puh. 050 372 0829
osmo.kuusi@vatt.fi

tuv@eduskunta.fi
www.eduskunta.fi/TuV

Esipuhe

Suomen terveydenhuolto on monesta syystä suurten muutosten edessä. Suomen väestö ikääntyy. Harmaantuminen merkitsee hoidon tarpeen jatkuvaa lisääntymistä. Hoitoa tarvitaan erityisesti köyhtyvissä muuttotappiokunnissa. Tämä asettaa suuren haasteen terveydenhuollon alueelliselle järjestämiselle.

Pitkällä tähtäimellä vielä väestökehitystä suurempi haaste liittyy teknologian kehitykseen. Tieteellinen ja tekninen kehitys on viimeksi kuluneen 30–40 vuoden aikana edennyt enemmän kuin sitä edeltävinä vuosisatoina. Lääketieteen tekninen kehitys näyttää olevan kiihtyvän kehityksen uralla. Voidaan odottaa, että seuraavan kymmenen vuoden aikana muutos on vähintään yhtä suuri kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Uusi tietotekniikka tekee mahdolliseksi, että kansalaiset voivat aivan uudella tavalla ottaa vastuun omasta terveydestään.

Tulevaisuusvaliokunta teki keväällä 2003 päätöksen koko eduskuntakauden mittaisen Terveydenhuollon tulevaisuudet -hankkeen käynnistämisestä. Aiheen käsittelyä valiokunnassa pohjustivat geronteknologiasta ja perimä- ja kantasoluteknologiasta tehdyt arvioinnit eduskuntakaudella 1999–2003. Suomi käyttää kansainvälisessä vertailussa henkeä kohti varsin vähän varoja terveydenhuoltoon. Keskeiseksi haasteeksi jo arvioinnin alussa tunnistettiin yhä ongelmallisemmaksi muodostuva epäsuhta toisaalta hoidon lisääntyvän tarpeen ja paranevien hoitomahdollisuuksien ja toisaalta käytettävissä olevien resurssien välillä.

Arviointihankkeelle asetettiin eduskunnan eri valiokuntia monipuolisesti edustava ohjausryhmä. Ohjausryhmään ovat kuuluneet tulevaisuusvaliokunnasta Jyrki Katainen/kok (pj.), Anne Huotari/vas, Jyrki Kasvi/vihr, Rauno Kettunen/kesk, Kalevi Olin/sd ja Päivi Räsänen/kd. Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnasta sen työhön ovat osallistuneet Sirpa Asko-Seljavaara/kok, Paula Risikko/kok, Osmo Soininvaara/vihr, Tapani Tölli/kesk ja Tuula Väättäinen/sd. Sivistysvaliokunnan edustajia ohjausryhmässä ovat olleet Minna Lintonen/sd ja Unto Valpas/vas. Ympäristövaliokunnan edustaja on ollut Pentti Tiusanen/vas. Perustuslakivaliokuntaa ohjausryhmässä on edustanut Markku Rossi/kesk, valtionvaravaliokuntaa Maija Perho/kok, liikennevaliokuntaa Reino Ojala/sd, työ- ja tasa-arvovaliokuntaa (sosiaali- ja terveystieteiden valiokuntaan kuulumisen ohella) Paula Risikko/kok ja hallintovaliokuntaa (sosiaali- ja terveystieteiden valiokuntaan kuulumisen ohella) Sirpa Asko-Seljavaara/kok. Tulevaisuusvaliokunnan lisäksi ohjausryhmä on monin tavoin osallistunut arviointihankkeen toteuttamiseen.

Tulevaisuusvaliokunta tilasi terveydenhuollon tulevaisuuksia tarkastelevan esiselvityksen Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja talouden laitoksen tutkijaryhmältä. Tutkijaryhmään, joka on osallistunut myös varsinaiseen arviointiin, ovat kuuluneet prof. Juha Kinnunen, tohtori Johanna Lammintakanen, dosentti Markku Myllykangas ja prof. Olli-Pekka Ryynänen. Dosentti Osmo Kuusi on toiminut Sitran, VATTin ja eduskunnan rahoituksella tulevaisuusvaliokunnan pysyvänä asiantuntijana ja arviointihankkeen tutkijana hankkeen alusta lähtien.

Kiitän tutkijaryhmää raportista, joka luotaa perusteellisesti terveydenhuollon tulevia mahdollisuuksia. Kiitän myös ohjausryhmää sen panoksesta arvioinnin eri vaiheissa.

Jyrki Katainen
ohjausryhmän puheenjohtaja

Sisällysluettelo

Terveysthuollon tulevaisuus	
Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon	1
Hälsö- och sjukvårdens framtid	
Framtidsutskottets ställningstagande om hälsö- och sjukvården år 2015	22
Background information concerning the Finnish health care system in 2006 and some basic concepts used in the position of the Committee for the Future.....	45
The Future of Health Care	
The Position of the Committee for the Future on Health Care in the Year 2015	47

Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet – teknologian arvioinnin peruseraportti

1. Arviointihankkeen vaiheet	69
1.1 Terveysthuollon tulevaisuudet -hankkeen käynnistämisen taustaa	69
1.2 Hankkeen keskeiset vaiheet	70
2. Esiselvityksessä kiteytetyt haasteet ohjausryhmän ja syksyllä 2004 kuultujen asiantuntijoiden arvioimina.....	74
2.1 Esiselvityksessä tunnistetut terveydenhuollon keskeiset haasteet	74
2.2 Ohjausryhmän jäsenten arviot haasteiden tärkeysjärjestyksestä.....	76
2.3 Ohjausryhmän jäsenten haastatteluissa erityisesti korostamia haasteita	84
2.4 Ohjausryhmän jäsenten ja tulevaisuusvaliokunnan syksyllä 2004 kuulemien asiantuntijoiden näkökohtia ja kannanottoja terveydenhuollon keskeisiin haasteisiin	85
2.4.1 Terveysthuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen	86
2.4.2 Hoidoista ja hoidon kriteereistä päättäminen sekä mahdollisuudet säästää terveydenhuollon menoissa laadusta tinkimättä	89
2.4.3 Mitä ovat erityistä huomiota vaativat väestöryhmät ja kuinka vastata niiden tarpeisiin?	95
2.4.4 Tieto- ja bioteknologioiden haasteet terveydenhuollolle	98
2.4.5 Mistä terveydenhuollon työvoima, kun suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle? Mikä tulee olemaan terveydenhuollon ulkomaisten järjestäjien rooli?	100
2.4.6 Kuinka ratkaista terveydenhuollon alueellisen järjestämisen ongelmaa?.....	103
2.4.7 Kansalaisten omavastuu terveydestään	104
2.5 Yhteenvedo ja johtopäätöksiä ohjausryhmän haastatteluista ja asiantuntijoiden kuulemisesta vuonna 2004.....	107

3.	Terveystenhuollon kansallisesti keskeisten asiantuntijoiden kuuleminen Delfoi-prosessina ja kommentit ensimmäisen kierroksen teemoihin.....	110
3.1	Argumentoivan Delfoi -menetelmän keskeiset piirteet	110
3.2	Terveystenhuollon tulevaisuudet AD-prosessin keskeiset vaiheet.....	112
3.3	Haastattelulomake ja asiantuntijoiden valinta	113
3.4	Kuinka panelistit arvioivat Suomen terveystenhuollon kolmea perusperiaatetta ja mahdollisuuksia reagoida maksuilla terveystenhuollon menojen BKT-osuuden kasvuun?.....	118
4.	Terveystenhuollon alueellinen järjestäminen	122
4.1	Johdanto	122
4.2	Kuinka asiantuntijat arvioivat aluekehityksen tulevaisuusväitteitä	123
4.2.1	Vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs yhdistäminen	124
4.2.2	Terveystenkeskusten koko ja henkilökuntatarpeet terveystenkeskusten eri toiminnoissa	135
4.2.3	Vaativa erikoissairaanhoido ja sen järjestäminen taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs väestöpohja.....	143
4.3	Haastattelujen pohjalta muodostetut neljä terveystenhuollon alueellisen järjestämisen mallia ...	147
4.4	Delfoi-prosessin II-kierroksen tulosten pohjalta muotoillut alueellisen järjestämisen mallit	154
4.4.1	Kuinka kahteen päämalliin päädyttiin	154
4.4.2	Kaksi terveystenhuollon alueellisen järjestämisen päämallia	156
4.5	Terveystenhuollon alueellisen järjestämisen mahdollisuuksia Delfoi-prosessin ja muiden tuoreiden tutkimustulosten perusteella.....	162
4.5.1	Terveystenhuollon järjestämisen päämallien vertailua ja mahdollisuuksia edetä niiden suuntaan....	163
4.5.2	Teesi väestöpohjaltaan 15 000–40 000 perusterveydenhuollon hoitoyhteisöstä ja sen perusteluja ..	166
4.5.3	Miljoonapiirit vain noin 200 000 hengen terveystenhoitopiirit vaativamman erikoissairaanhoidon järjestäjinä?	172
5.	Oikeudenmukainen hoito teknologian kehittyessä	173
5.1	Uuden bioteknologian tarjoamat mahdollisuudet	173
5.2	Millä periaatteilla uusia hoitoja tulisi ottaa käyttöön ja jo käytössä olevia poistaa käytöstä?.....	186
5.3	Pidentyvä elinikä ja riippuvuuden vuosien lisääntyminen haasteena terveystenhuollolle	199
5.4	Millaisia hoitojen priorisointiperiaatteiden tulisi olla	203

6	Kansalaisten omavastuu terveydestään sekä työterveydenhuollon ja apteekkien rooli sen tukijoina	206
6.1	Johdanto	206
6.2	Potilaiden yhteistyö ja edunvalvonta	208
6.3	Potilaiden oikeudet tietää hoidoistaan ja etukäteen vaikuttaa niihin	215
6.4	Työterveyshuolto ja wellness-palvelut muun terveydenhuollon täydentäjinä ja kansalaisten omavastuun tukijoina	221
6.5	Apteekkien rooli kansalaisten omahoidon tukijoina	226
7.	Muita terveydenhuollon kehityssuuntia, muutoksen heikkoja merkkejä ja villikortteja... 232	
7.1	Mitä haasteita on tarkasteltu suppeasti tai rajattu tarkastelun ulkopuolelle?	232
7.2	Tulevan kehityksen villikortteja	235
Liite 1.	Panelistien puheenvuoroja terveydenhuollon alueellisessa järjestämisessä	239
Liite 2.	Terveydenhuollon eettisesti kestävä ja kustannustietoinen järjestäminen	262
Viitattu kirjallisuus		276



EDUSKUNTA

Tulevaisuusvaliokunta

7.4.2006

Terveysthuollon tulevaisuus

Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon

1. Johdanto

Vastasyntyneen odotettavissa oleva elinikä on Suomessa kohonnut parissa sukupolvessa noin 15 vuotta. Terveysthuollolla on ollut merkittävä osuus tässä. Lääketiede on siirtänyt monia kohtalokkaita kulkutauoja historiaan. Terveiden elinvuosien lisääntyminen ei kuitenkaan ole perustunut yksin terveyspalveluihin. Terveysthuollon kannalta paremmat elin- ja työolosuhteet sekä elintavat ovat ratkaisevasti – jopa enemmän kuin hoidot – vaikuttaneet tähän myönteiseen kehitykseen.

Valtaosassa OECD-maita terveydenhuollon menojen osuus bruttokansantuotteesta on kasvanut parin viime vuosikymmenen aikana. Yhdysvalloissa osuus lähentelee jo 16 prosenttia, kun Suomen terveydenhuollossa osuus on vielä alle 8 prosenttia. Tuoreen OECD:ssä tehdyn tutkimuksen mukaan ikääntyminen selittää kolmanneksen terveydenhuollon BKT-osuuden kasvusta OECD-maissa vuosina 1980–2002. Uudet hoitomenetelmät ja lääkitykset selittävät kaksi kolmannesta (Martins, 2006).

Kannanotto sisältää keskustelualoitteen terveydenhuollon valtakunnallisesta järjestämisestä. Aloite pyrkii vastaamaan ikääntymisen haasteeseen. Sen ohella se ottaa huomioon myös neljä muuta tässä kannanotossa erityisesti käsiteltävää teemaa:

- terveyden edistäminen ennalta ehkäisten ja tukien kansalaisten omavastuuta terveytensä edistämisestä
- tietotekniikan hyödyntäminen hakeuduttaessa hoitoon ja päätettäessä hoidosta
- erikoissairaanhoidon ja lääkitysten nopeasti kasvavien kustannusten hallinta
- eettisesti kestävä tapa turvata oikeus hoitoon viimeisten elinvuosien aikana.

Jos ikääntyvä Suomi seuraisi lähivuosikymmenenä muiden OECD-maiden viime vuosikymmenien keskimääräistä kehitystä, terveydenhuollon BKT-osuus nousisi noin 1–2 prosenttiyksikköä vuoteen 2015 mennessä. Terveysthuollon tulevaisuudet -arvioinnin perusteella vaikuttaa siltä, että BKT-osuus voi kasvaa vielä olennaisesti nopeammin kuin trendikehitys. Tavoitteeksi voidaan asettaa terveydenhuollon

BKT-osuuden kasvun rajoittaminen vuoden 2006 noin 8 prosentista vuoden 2015 alle 10 prosenttiin. Tähän voidaan ilmeisesti päästä vain toimintatapoja uudistamalla.

Suomi ei voi luottaa siihen, että sen nykyisin kansainvälisessä vertailussa varsin pienin kustannuksin toimiva terveydenhuolto säilyy sellaisena vielä vuonna 2015. Ikääntyvä Suomi tarvitsee yhä enemmän terveyspalveluja. Keskeisiä kansantauteja voidaan parantaa ja kansalaisten elinikää pidentää uusien lääkkeiden ja hoitomuodoin. Uusiin teknologioihin perustuvat hoidot ovat kuitenkin usein erittäin kalliita. Terveysthuollon henkilökunnalla on oikeutettuja toiveita parantaa ansiotasoaan.

Tulevaisuusvaliokunnan käsityksen mukaan määrätietoisella toiminnalla kaikkiin edellä mainittuihin haasteisiin voidaan kuitenkin vastata kohtuullisin kustannuksin. Valtioneuvoston vuoden 2004 tulevaisuusselonteossa arvioitiin vuotuisen talouskasvun olevan keskimäärin noin 2 prosenttiyksikköä ajanjaksona 2005–2015. Tällä oletuksella on perusteltua pyrkiä siihen, että terveydenhuollon menot eivät kasva reaalisesti nykyisestä noin 11 miljardista eurosta yli 17 miljardin euron eli yli 10 prosentin vuoden 2015 BKT:stä.

Tulevaisuusvaliokunta katsoo, että määrätietoisin toimin terveydenhuollon BKT-osuus on rajoitettavissa alle 10 prosenttiin vuoteen 2015 saakka kansanterveyttä parantaen.

2. Omavastuu terveyden edistämisessä

Terveys, sen edistäminen ja siihen kohdistuvien uhkien torjuminen ovat Suomessa perustuslaillisesti suojattuja ihmisoikeuksia. Yhtäläisten mahdollisuuksien turvaaminen palvelujen saatavuudessa ikään, sukupuoleen, kieleen, etniseen taustaan, alueeseen tai varallisuuteen katsomatta saa laajan kannatuksen kaikkialla yhteiskunnassa.

Pitkjänteisen tulevaisuuspolitiikan yksi keskeinen tehtävä on kyseenalaistaa ajattelua kahlitsevia itsesäänselvyyksiä. Sellaisena voi pitää käsitystä, että terveyden edistyminen ja varojen lisääminen terveydenhuoltoon eli terveyspalveluihin itsestään selvästi liittyvät toisiinsa. Näin ei ole. Yhdysvalloissa käytetään nykyisin terveydenhuoltoon varoja henkeä kohti noin kolme kertaa enemmän kuin Suomessa. Kuitenkin siellä odotettavissa oleva elinikä on keskimäärin hieman Suomea lyhyempi.

Onnistumista terveyden edistämisessä voidaan arvioida pidentyneen eliniän ohella vaivojen puuttumisena, toimintakykynä tai koettuna terveytenä. Terveysthuolto eli terveyspalvelujen tuottaminen on vain yksi tavoista edistää terveyttä.

Terveyden edistyminen vaatii tulevaisuudessa entistä enemmän jokaisen kansalaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä. Terveysthuolto on järjestettävä Suomessa niin, että se teknologisia mahdollisuuksia tehokkaasti hyödyntäen tukee kansalaisten omavastuuta terveydestään. Terveyden ylläpito ei ole vain alan ammattilaisten asia. Se on kaikkien asia.

Omavastuu tarkoittaa terveyshaittojen ennaltaehkäisyä ja terveysongelmiin puuttumista jo niiden varhaisen oireiden perusteella. Omavastuu sisältää myös vastuun läheisistä ja terveyttä edistävän toiminnan erilaisissa yhteisöissä. Yhteisöjen antaman tuen on todettu selittävän paljon Länsi-Suomessa ja Itä-Suomessa asuvien terveyseroja. Perheen lisäksi tärkeitä yhteisöjä ovat työpaikat, koulut ja yhdistykset ja kaupunkien lähiöihin perustetut kaikenikäisten kohtaamispaikat. Eläkejärjestöjen viriketoiminnan merkitys tulee kasvamaan väestön ikääntyessä. Uuden mahdollisuuden yhteisöllisyyteen tarjoavat Internetin vertaisverkot. Ammattiauttajien yhä tärkeämpi tehtävä on toimia tukijoina ja edushenkilöinä sellaisille kansalaisille, joilla on heikot edellytykset edistää terveyttään joko itsenäisesti tai läheistensä ja yhteisöjen tukemina. Terveysthuollon ja erityisesti työterveyshuollon, kouluterveydenhuollon ja uudenlaisen aikuis- ja van-

huosväestölle tarkoitettun terveysneuvolan keskeinen tehtävä tulevaisuudessa on tukea kansalaisia ja heidän yhteisöjään terveyden omatoimisessa ylläpidossa. Työterveydenhuollon tulee myös tässä tarkoituksessa tavoittaa kaikki työssäkäyvät.

Terveyden edistäminen on saatava entistä vaikuttavammaksi osaksi terveydenhuoltojärjestelmää. Matalan kynnyksen neuvontaa on lisättävä. Siinä tärkeimpiä kehittämistehtäviä ovat lastenneuvolan muodostaminen myös vanhemmuutta tukevaksi perhekeskukseksi ja aikuisille työterveyshuollon ulkopuolella oleville ja erityisesti vanhusväestölle tarkoitettu terveysneuvola. Uuden terveysneuvolan vastaanotolla terveydenhoitaja antaisi opastusta ja neuvoksi hakeutumaan lääkärin tai muun asiantuntijan luokse, mikäli sellaiseen on tarvetta. Määrävuositarkastukset voisivat olla myös yksi terveysneuvolan tehtävä.

Kaikkien työssäkäyvien tulisi olla työkykyä ylläpitävän ja terveyttä edistävän ennaltaehkäisevän työterveydenhuollon piirissä. Epätyypillisessä työsuhteessa olevien, yksinyrittäjien ja pienten, alle 5 hengen yritysten liittyminen työterveyshuoltoon on edelleen vähäistä. Tulee luoda työntekijäkohtainen työterveyshuollon seurantajärjestelmä, johon kuulumisen on helppo todettavissa. Sen avulla työterveyshuolto tulee yhdentää siihen terveyden edistämiseen, joka perustuu henkilökohtaiseen sähköiseen potilas- tai terveystietomukseen.

Vain riittävän toimintakykyisillä ja aktiivisilla on mahdollisuus omatoimisuuteen. Tämä haaste kohdataan erityisesti vanhustenhuollossa. Vanhusten liikkumista tukevia asumisratkaisuja tulee edistää. Esteettömän liikkumisen kannalta hissit ovat erityisen tärkeitä. Toimintakyvyn ylläpidon kannalta rauhoittavien lääkkeiden runsas käyttö ja liikuntakykyisten vanhusten makuuttaminen sairaansijoilla on hyvin ongelmallista. Makuuttaminen johtaa tutkimusten mukaan vanhuksen kunnon nopeaan heikkenemiseen.

Uusi tietotekniikka tarjoaa erinomaisia edellytyksiä terveyden edistämiseen. Suomalainen hoitohenkilökunta on jo oppinut käyttämään sähköisiä palveluita. Suomalaiset lääkärit käyttävät eniten maailmassa sähköisiä hoitosuosituksia. Myös kansalaisille voidaan luoda tietotekniikalla vuoteen 2015 mennessä hyvät tiedolliset edellytykset omavastuuseen terveydestään. Mahdollisuuksia tarjoavat sähköinen potilas- tai terveystietomus ja siihen kytkettävissä olevat mm. hoitojen vaikuttavuutta, käytetyn ravinnon koostumusta ja geenitietoja sisältävät tietokannat. Myös biotekniikan uudet innovaatiot avaavat entistä parempia mahdollisuuksia omatoimisuuteen.

Potilas- tai terveystietomuksen tiedot voivat joutua väärin käsiin. Kansalaisen tulee voida valita, kuinka hänen terveystietomustaan voidaan käyttää ja ketkä sitä voivat käyttää. Lähtökohtaisesti terveystietomuksen tulee olla avattavissa kaikista Suomen hoitolaitoksista. Tällainen terveystietomus on keskeinen edellytys tulevaisuuden terveydenhuollon tehokkaalle ja saumattomalle järjestämiselle.

Kansalaisella tulee olla oikeus määrätä, mitkä osat terveystietomuksesta ja sen oheistiedoista hän saa käyttöönsä terveystietokortilla, numerotunnuksella tai mahdollisesti biotunnisteella. Hänen tulee voida määrätä myös, mitä osia terveystietomuksesta saavat luottamuksellisesti käyttää hänen luottohenkilönsä kuten hänen hoitotiimiinsä (vrt. myöhemmin) kuuluvat ja mitä saavat luottamuksellisesti käyttää heidän mahdollisesti edelleen valtuuttamansa.

Jokaisella suomalaisella tulee olla henkilökohtainen sähköinen terveystietomus, jonka hän tai hänen edushenkilönsä voi avata ainakin mistä tahansa Suomessa. Sähköinen terveystietomus on keskeinen lähtökohta tietotekniikan tehokkaalle käytölle terveydenhuollossa. Sähköisen terveystietomuksen edelleen kehittämistä kohti aidosti älykästä järjestelmää on jatkettava.

Henkilön itsensä käyttämä osa terveystietokannasta tulee olla helposti käytettävissä esimerkiksi terveystietokannalla, numerotunnusella tai mahdollisesti biotunnisteella. Hoitoja ja niiden vaikuttavuutta koskevien tietojen ohella terveystietokannasta tulee sisältää henkilön terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta-tietoa. Jotta tieto ei joudu väärin käsiin, henkilön tahdon mukaisesti osa terveystietokannasta voi olla avattavissa vain yhdessä hänen hoitotiimiinsä kuuluvan henkilön kanssa. Luottamuksellisen terveystiedon väärinkäyttöä tulee rangaista.

Uusien hoitojen ja lääkkeiden käyttöönottoon liittyy suuria taloudellisia intressejä. Tämä edistää medikalisaatiota. Medikalisaatio tarkoittaa elämän ja yhteiskunnallisten ongelmien lääketieteellistämistä. Medikalisaatiossa arjen ongelmista tehdään lääketieteellisiä ongelmia, vähäpätöiset oireet nähdään vakavina, riskit sairauksina ja ongelmien esiintyvyyttä liioitellaan. Mainonta ja hoitohenkilökunnan taloudellisista intresseistä lähtevä arvovallan väärinkäyttö ruokkivat tautitietoisuutta ja turhia lääkärikäyntejä.

Medikalisaatiota tulee voimakkaasti vastustaa hoitojärjestelmän kehittämisen ohella parantamalla myös hoidettavien tiedon tasoa. Pelkästään verenpaineen ja kolesterolin taltuttamiseen lääkityksellä suomalaiset käyttävät yli 250 miljoonaa euroa. Osa lisääntyneestä lääkinnästä on perusteltua, mutta mielekkäämmän lääkevalinnoin ja elämäntapavalinnoin olennainen osa kustannuksista ja lääkkeiden haittavaikutuksista voitaisiin välttää.

Kansalaiset ilmeisesti ottavat tulevaisuudessa yhä enemmän kantaa hoitoihinsa, hyväksyttiinpä se Suomen terveydenhuollon lähtökohdaksi tai ei. Potilaiden tiedon taso ja halukkuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon kasvaa. Internet tarjoaa hoitojärjestelmästä riippumatta monipuoliset mahdollisuudet arvioida tarjottua tai mahdollista hoitoa. Tulee yhä tärkeämmäksi vaikuttaa siihen, että kansalaiset osaavat valita tarjolla olevasta tiedosta pätevän ja terveytensä kannalta olennaisen. Kuten WHO ja potilasjärjestöt ovat viimeaikaisissa kannanotoissaan korostaneet, potilas on joka tapauksessa siirtymässä yhä enemmän aktiiviseen hoitojensa ohjaajan rooliin. On ennakoitu, että potilaat tai heidän omaisensa käynnistävät vuonna 2015 moninkertaisesti nykyiseen verrattuna oikeudellisia tai hallinnollisia prosesseja. Ne liittyvät hoitovirheisiin, hoitosuosituksia vastaamattomaan hoitoon tai uusien hoitojen tarjoamiseen mahdollisuuksiin.

3. Kuinka hallita erikoissairaanhoidon ja lääkehoitojen kasvavia kustannuksia?

Uusi biotekniikka on mullistamassa terveydenhuollon teknologioita. Varsinkin geenitekniikka ja kantasolujen käyttö avaavat suuria mahdollisuuksia. Hoitokäytännöt ja diagnostiset menetelmät kehittyvät niin nopeasti, että niiden voidaan sanoa erikoisalasta riippuen uusiutuvan kokonaan 5–10 vuodessa (Linden, 2006). Erityisen nopeaa kehitys on ollut lääkityksissä. Esimerkiksi Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) 20 eniten käytetyn (kustannuksilla mitaten) lääkkeen ryhmässä oli vuosina 1998 ja 2003 vain kolme samaa lääkevalmistetta.

Mullistavinta kehityksen on ennakoitu olevan syöpien hoidossa. Edistyksen on kuitenkin arvioitu tulevan kalliiksi. Asiantuntijat ovat ennakoineet syöpähoitojen maksavan noin 2–3 kertaa enemmän vuonna 2015 kuin nyt. Kyse on ennen kaikkea uusista lääkityksistä. Kelan korvaustilaston mukaan vuodesta 2000 vuoteen 2004 Kelan lääkekustannukset kasvoivat 677 miljoonasta eurosta 1 015 miljoonaan euroon eli vuotuinen kasvu oli noin 12 prosenttia. Oireellisesti suurista tautiryhmistä syöpälääkitysten kustannukset kasvoivat nopeimmin: 54 miljoonasta eurosta 128 miljoonaan euroon eli vuotuinen kasvu oli noin 25 prosenttia. Kelan lääkekustannusten kasvu oli hieman nopeampaa kuin maailman lääkemarkkinoiden

kasvu. Maailman lääke markkinoiden koko kasvoi 2000–2004 vuosittain noin 10 prosenttia eli 357 miljardista dollarista 552 miljardiin dollariin. Käytännön hoitotilanteissa yhä vaikeammaksi eettiseksi kysymykseksi nousee kalliiden lääkitysten suhde niiden vaikuttavuuteen.

On yhä tärkeämpää hallita nykyistä paremmin lääkkeiden käyttöä. Viime vuosien kehitys kolesterolilääkityksissä on oiva osoitus siitä, että suomalaiset lääkärit ottavat hyvin nopeasti käyttöön uusimmat ja kalleimmat lääkkeet. Kalleimpien kolesterolilääkkeiden tehosta verrattuna patenttisuojansa jo menettäneisiin halpoihin lääkkeisiin on liikkeellä hyvin ristiriitaista tietoa.

Uudet todella vaikuttavat hoidot on perusteltua ottaa käyttöön lähes hinnasta riippumatta. On kuitenkin hyvin tärkeää kehittää menettely, joilla estetään ei-vaikuttavien tai kalliiden ja vain marginaalisesti entistä tehokkaampien hoitojen käyttö julkisin varoin. Hoitojen vaikuttavuuden arvioimiseksi on kehitetty sairauskohtaisia mittareita. Erilaiset mittarit mahdollistavat tietyn toimenpiteen tai erikoisalan sisäisen vaikuttavuuden seurannan. Vielä suurempi lupaus on nähty terveyteen liittyvissä elämänlaadun mittareissa. Ne mahdollistavat erikoisalojen keskinäisen vertailun laatu painotteisten elinvuosien (Quality-Adjusted Life Years gained, QALY) muodossa. Suomessa jo varsin laajassa käytössä oleva työväline on 15D. Sen on katsottu yleisesti – mutta ei suinkaan yksimielisesti – soveltuvan Suomen kansalliseksi vaikuttavuuden standardiksi.

Vaikka kaikkien varsinaisissa hoidoissa käytettyjen ratkaisujen pitäisi olla todistetusti kustannusvaikuttavia, tämä ei saisi estää uusien ratkaisujen etsintää tutkimuksella. Kokeileva luovuus ja innovatiivisuus eivät saa kadota suomalaisesta terveydenhuollosta. Uusien lääkkeiden ja muiden terveydenhuollon uusien ratkaisujen kokeiluun liittyy mahdollisuus menestykseen alan kansainvälisillä markkinoilla. Ilman julkisen vallan aktiivista myötävaikutusta terveydenhuollon uudet innovaatiot tuskin pääsevät kehittymään suomalaisen hoitojärjestelmän puitteissa.

Kehitykseen on yritetty viime aikoina vaikuttaa sulkemalla Kela-korvattavista lääkkeistä pois kalliita lääkkeitä, jotka ovat teholtaan halpoja lääkkeitä vain marginaalisesti parempia. Kehityksen hallinta nykyisin menettelytavoilla ei kuitenkaan selvästi pysty vastaamaan ajan haasteisiin. Ei voida lähteä siitä, että erikoissairaanhoidon ja lääkitysten kasvavat menot jätettäisiin vain kuntien hallittaviksi. Edes suurilla kunnilla ei ole todellisia edellytyksiä vaikuttaa paljon näiden menojen kehitykseen. Kun otetaan huomioon vielä kuntien tulevat suuret erot ikääntymisessä, vain kuntien vastuulle jättäminen johtaisi sekä terveyspalvelujen käytön että terveyden kasvaviin alueiden ja sosiaaliryhmien välisiin eroihin.

Kalliiden uutuuslääkkeiden käyttöä edistää se, että lääkäreiden saama lääkeinformaatio ja täydennyskoulutus ovat enimmäkseen lääketeollisuuden markkinointitoiminnan vastuulla. Jotta lääkärit pystyisivät vertailemaan entistä paremmin tarjolla olevien hoitojen vaikuttavuutta, haittavaikutuksia ja kustannuksia, terveyspalvelujen järjestäjien tulisi nykyistä paremmin huolehtia puolueettoman, tutkimuksiin perustuvan täydennys- ja lisäkoulutuksen saatavuudesta.

Äärimmillään epäonnistuminen erikoissairaanhoidon ja lääkitysten kustannusten hallinnassa voi johtaa Yhdysvaltojen tapaiseen terveydenhuollon BKT-osuuden hallitsemattomaan nousuun. Siitä voi myös seurata terveydenhuoltojärjestelmän osittainen romahtaminen esimerkiksi siten, että päivitysten kautta annettava hoito nielee valtaosan resursseista.

Keskeinen haaste terveydenhuollon valtakunnallisessa järjestämisessä on erikoissairaanhoidon ja lääkitysten kulujen hallinta hoidon laadusta tinkimättä ja kansanterveyttä parantaen. Keskeisenä osana terveydenhuollon järjestämistä vuonna 2015 tulee olla menettely, jolla julkisin varoin kustannetaan vain kustannusvaikuttavia hoitoja. Tutkimustoiminnan avulla on kuitenkin voitava kehittää uusia innovatiivisia hoitoja.

4. Ennaltaehkäisy on keskeistä terveyden edistämisessä

Lääkkeiden lisääntyvää käyttöä vaikuttavampaa terveydenhoitoa on vaivojen ennaltaehkäisy terveyttä edistävillä elinympäristöillä ja elämäntavoilla: mielenterveyttä edistävillä työolosuhteilla, liikunnalla, terveellisellä ravinnolla, tupakoimattomuudella ja alkoholin käytön hallinnalla.

Aikuisiän diabetes on perinnölliseen taipumukseen perustuva tauti, jonka puhkeamiseen elämäntavat ratkaisevasti vaikuttavat. Se on lisääntynyt maassamme nopeasti. Se siirtyy yhä nuorempiin ikäluokkiin, jopa lapsiin. Huolestuttavasti ylipainoisten 12–18-vuotiaiden osuus ikäluokasta on lisääntynyt aikavälillä 1977–2003 noin 6 prosentista noin 16 prosenttiin. Ylipainoisten todennäköisyys saada diabetes on 10–20-kertainen (Hakala, 2005).

Diabeteksen aiheuttamia kokonaiskuluja terveydenhuollolle on vaikea arvioida, koska niistä valtaosa muodostuu diabeteksen aiheuttamista seurannaissairauksista. Tyypin 2 diabetes, jota sairastavia Suomessa on arvioitu olevan ainakin 190 000 (www.diabetes.fi), on tyypillisesti osa ns. metabolista oireyhtymää, johon kuuluvat kohonneen verensokerin lisäksi kohonnut verenpaine, poikkeavat veren rasva-arvot, veren lisääntynyt hyytymistäipumus ja keskivartalolihavuus. Diabetes on merkittävin munuaistautien ja näkövammaisuuden syy, se johtaa amputaatioihin ja nostaa sydäntautivaaraa. On esitetty arvioita, että suorat kulut nousevat yli 10 prosenttiin terveydenhuollon kokonaismenoista (Eerola ym., 2001). Vuonna 2015 diabeteksestä aiheutuvat menot voisivat näin olla lähellä jopa kahta miljardia euroa.

Diabeteksen torjunnassa liikunta ja ravinto ovat avainasemissa. Tietotekniikkaa käytetään jo diabeteksen hoidossa omahoidon tukijärjestelminä (Eerola ym., 2001). Sitä tulisi hyödyntää tehokkaasti myös diabeteksen ennaltaehkäisyssä.

Kansalaisia tulee kannustaa liikkumaan jo lapsesta lähtien. Liikuntaa kouluissa tulisi lisätä mm. välituntiliikunnan ja yhteistyössä järjestöjen kanssa tehtyjen kampanjoiden avulla. Tavoitteeksi tulisi asettaa kuntoliikunnan muodostuminen elämäntavaksi mahdollisimman monelle ja erityisesti niille, joilla on perinnöllistä taipumusta liikalihavuuteen ja/tai diabetekseen. Erityisesti liikuntamuotoja, jotka ennaltaehkäisevät tämän ryhmän sairastumista, tulisi tukea taloudellisesti.

Mielenterveyden ongelmat ovat nousemassa yhdeksi terveydenhoitojärjestelmän keskeiseksi haasteeksi. Erilaisia psyyken lääkkeitä käyttää tällä hetkellä jo 700 000 suomalaista. Esimerkiksi vakavaa depressiota sairastaa 5–6 prosenttia (260 000–310 000 henkeä) suomalaisista ja bipolaarista persoonallisuushäiriötä ilmenee 1–2 prosentilla (50 000–100 000 henkeä). Vuonna 2004 sairauspäivärahoista 25 prosenttia johtui mielenterveyssyistä ja 43 prosenttia työkyvyttömyyseläkkeen saajista oli eläkkeellä mielenterveyssyistä.

Mielenterveysongelmat ovat usein paitsi lääketieteellisiä myös sosiaalisia. Hoidoksi ei riitä pelkkä psykiatria, vaan on pystyttävä vaikuttamaan myös elämäntilanteeseen. Stakesin selvityksen mukaan mielenterveysongelmista yhteiskunnalle aiheutuu ylivoimaisesti suurimmat kokonaiskustannukset.

Väestön ikääntyessä yhä keskeisemmäksi haasteeksi nousee vanhuspsykiatria ja sen vaatima erityisosaaminen. Esimerkiksi uusien psyyken lääkkeiden soveltuvuutta tai annostusta vanhuksille ei aina tunneta. Vanhuusiän depression takana on usein silkka yksinäisyys. Toinen kasvavaa huomiota vaativa ryhmä ovat psykiatrisista ongelmista kärsivät päihteiden käyttäjät.

Mielenterveystyö, sekä ennaltaehkäisy että hoito tulee nostaa psyyken sairauksien kansantaloudellista ja inhimillistä merkitystä vastaavalle tasolle. Mielenterveysongelmien hoitoon tarvitaan nykyistä kokonaisvaltaisempaa otetta, jossa lääketiede ja muut elämäntilanteeseen liittyvät toimenpiteet tukevat toisiaan. Erityistä huomiota on kiinnitettävä hoidon alkuvaiheeseen, jolloin työkyvyn ja elämänlaadun säilyttäminen onnistuu parhaiten.

Nuorten ja varsinkin tyttöjen lisääntynyt tupakointi on ongelma. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 14–18-vuotiaista pojista tupakoi päivittäin 22 prosenttia ja tytöistä 23 prosenttia vuonna 2005. 14–18-vuotiaiden tupakointi väheni hetkellisesti 1970-luvun lopulla erityisesti nuorten tupakoinnin vähentämiseen suunnatun lakiuudistuksen jälkeen. Vuosina 1985–2001 tyttöjen tupakointi lisääntyi selvästi. Vuosina 2001–2005 nuorten päivittäinen tupakointi ei ole enää lisääntynyt, mutta ei myöskään olennaisesti vähentynyt (Rimpelä ym., 2005).

Viime vuosina on merkittävästi edistytty tupakoinnin vähentämisessä erityisesti vähentämällä niitä tiloja, joissa saa tupakoida. Vaikutukset ovat näkyneet aikuisten tupakanpoltossa. Sen sijaan toimet eivät ole riittävästi vaikuttaneet nuoriin ja varsinkaan tyttöihin. Olisi löydettävä uusia keinoja, joilla voitaisiin vaikuttaa erityisesti heihin. Jotta tupakoinnin lopettaminen olisi helpompaa, sitä helpottavat valmisteet tulisi saada täysin korvattaviksi.

Menetetyistä elinvuosista alkoholikuolemat selittävät jopa lähes neljänneksen. Vaikka tupakka aiheuttaa enemmän kuolemia kuin alkoholi, alkoholi aiheuttaa selvästi enemmän menetettyjä elinvuosia kuin tupakka. Tämä johtuu siitä, että alkoholikuolemat ajoittuvat keskimäärin muita kuolemansyitä selvästi nuoremalle iälle. Tuontikiintiöiden poisto tuotaessa alkoholia virosta ja alkoholin hinnan alennus vuoden 2004 alkupuolella keskimäärin 33 prosentilla myötävaikuttivat siihen, että alkoholin kulutus kasvoi Suomessa vuodessa noin 10 prosenttia. Alkoholin aiheuttamien kuolemien on arvioitu lisääntyneen noin 15 prosenttia (Stakesin tiedote 8.2.2006).

Alkoholin suurkuluttajat tulee saada kiinnittämään huomionsa terveyttä vaarantavaan kulutukseensa ennen vakavien terveyshaittojen ilmenemistä. Tässä tarkoituksessa tulee ottaa ennakkoluulottomasti käyttöön uusia alkoholin humalahakuista kulutusta vähentäviä ratkaisuja. Suomalaisten alkoholin käyttökulttuuria tulisi muuttaa terveyden kannalta myönteisemmäksi.

5. Saattohoitoa tulee kehittää

Terveystieteen jatkuvasti kehittyessä eliniän odotteen on mahdollista edelleen kasvaa. Toisaalta pandemioiksi mahdollisesti leviävät infektiosairaudet ja elintapaisairaudet, ennen muuta diabetes, saattavat kääntää elinajan odotteen laskuun.

Kuoleman todellisuus ja oman kuoleman kohtaaminen nousevat yhä tärkeämmiksi teemoiksi terveydenhuollon eettisessä keskustelussa ja kuolevien potilaiden hoidon kehittämisessä. Potilaan oikeus päättää omasta hoidostaan on tärkeä periaate. Potilaan lakisääteinen asema on kansainvälisen vertailun valossa meillä vahva. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaalla on aina oikeus kieltäytyä hoidosta, jolloin häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Toisaalta jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa esimerkiksi kirjallisen hoitotestamentin muodossa, hänelle ei saa antaa tämän tahdon vastaista hoitoa.

Toistaiseksi varsin harvoilla suomalaisilla on kirjallinen hoitotahto. Potilas voi hoitotahdollaan ilmaista, millaisissa olosuhteissa hän tahtoo siirtyväksi taudin parantamiseen tai elinikänsä pidentämiseen tähtäävästä hoidosta saattohoitoon. Saattohoidossa vältetään tarpeettomia, potilasta rasittavia hoitoja, mutta keskitytään oireita tehokkaasti lievittäviin hoitoihin. Saattohoidon periaatteiden ammatillinen määrittely tulee tehdä hoidon ammattilaisten toimesta kuten muillakin hoidon alueilla. Koska kansalaisilla hoitotahdon laatimiseen ja hoidosta kieltäytymiseen saattavat vaikuttaa väärät ja ennakkoluulojen sävyttämät käsitykset hoidon rasittavuudesta ja elämän laadusta sairastumisen jälkeen, hoitotahdon laadinnan tulisi aina tapahtua yhdessä alan ammattilaisen kanssa.

Hoitotahdolla tulee voida myös määrätä suostumuksen antanut henkilö uskotuksi henkilöksi, jolla on oikeus käyttää potilaan puolesta puhevaltaa sellaisessa sairauden vaiheessa, jossa potilas ei enää kykene muodostamaan tai ilmaisemaan omaa tahtoaan. Uskottu henkilö voi olla potilaan lähiomainen, ystävä tai terveydenhuollon ammattilainen, jonka harkintakykyyn potilas luottaa mahdollisissa vaikeissa hoidollisissa valintatilanteissa. Uskotun henkilön nimeäminen ehkäisee myös mahdollisia hoitovalintoihin liittyviä ristiriitatilanteita erimielisten omaisten kesken. Uskotun henkilön asema tulee määritellä potilaan asemaa ja oikeuksia koskevassa laissa.

Hyvällä kuolemalla on suuri yhteisöllinen merkitys. Kuolevien potilaiden hyvä saattohoito on arvokasta paitsi potilaan, myös koko yhteisön kannalta. Sairaus, vammaisuus tai raihnaisuus ei vähennä kenenkään ihmisarvoa ja tämän eettisen periaatteen tulee näkyä myös potilaiden hoidossa.

Kuoleman kohtaaminen on syvästi maailmankatsomuksellinen asia. Pitkään elinikään liittyvien sairauksien, esimerkiksi dementian, lisääntyminen haastaa terveydenhuoltomme panostamaan kuolevien potilaiden inhimilliseen, yksilölliseen ja arvostavaan saattohoitoon. Kansalaisilla tulisi olla paremmat mahdollisuudet hoitotestamenteilla vaikuttaa siihen, missä olosuhteissa saattohoito käynnistyy. Hoitotahdon esittäjällä tulisi olla oikeus nimetä henkilö, joka tulkitsee hänen hoitotahtoaan, jos hän ei siihen itse kykene. Kuolevien potilaiden mielekkään hoidon tulee kuitenkin olla kaikkien ulottuvilla – niidenkin, jotka eivät ole tehneet erillistä hoitotahtoa. Saattohoidon osaaminen tulee saada osaksi niin lääkäreiden kuin muun terveydenhoitohenkilöstön peruskoulutusta.

6. Terveystenhuollon valtakunnallisen järjestämisen kokonaisratkaisu vuonna 2015

6.1 Yleiset lähtökohdat ja käytetyt käsitteet

Keskustelunaloitteen tässä jaksossa esitetään ja lyhyesti perustellaan terveydenhuollon kansallisen järjestämisen perusratkaisu. Esiteltävä malli vaikuttaa kolmivuotisen arviointiprosessin kuluessa tarkastelluista malleista pitkällä tähtäimellä toimivimmalta riippumatta siitä, mihin kuntarakennetta koskeviin uudistuksiin lähivuosina päädytään.

Perusratkaisun tavoitteena on hyvä, kattava ja toimiva julkinen terveydenhuolto, johon kansalaiset luottavat. Ratkaisua toteutettaessa on pidettävä erityistä huolta tasa-arvosta. Demokraattinen päätöksenteko, ohjaus ja valvonta ovat suomalaisen hallinnon, myös terveydenhuollon, vahva perusta. Aloitteessa esitetyt mallin perustana ovat kunnallinen itsehallinto ja ihmisiä lähellä oleva kunnallinen demokratia.

Kunnallisen demokratian ja hoidettavien vaikutusmahdollisuuksien ohella keskeisiä lähtökohtia ehdotetulle ratkaisulle ovat hoitoketjujen saumattomuus, maan eri osiin eri tavoin vaikuttava ikääntymiskehitys, hoitohenkilökunnan saanti ja motivoituminen tehtäviinsä sekä hoidoissa käytettävien laitteiden ja lääkkeiden kustannustehokas hankinta. Erityiseksi haasteeksi on tunnistettu tehostuva ja huomattavia kustannuspaineita lähitulevaisuudessa, mutta varsinkin kaukaisemmassa tulevaisuudessa, aiheuttava erikoissairaanhoidon hoito. Vastattaessa mainittuihin haasteisiin on kiinnitettävä erityistä huomiota julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseen työnjakoon.

Demokraattisen päätöksenteon ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien hoitoihinsa tulee olla terveydenhuollon järjestämisen lähtökohtina. Tulevaisuusvaliokunta katsoo, että kunnilla tulee myös vuonna 2015 olla vastuu palvelujen järjestämisestä ja hoidon suunnittelusta. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja järjestöjen toiminta täydentävät kunnallisia palveluja ja luovat niille vaihtoehtoja.

Järjestämiskäytännön kuvauksessa käytettyjä keskeisiä käsitteitä ovat seuraavat:

Terveysalue: Seudullinen, tyypillisesti työssäkäyntialueeseen perustuva alue. Sen puitteissa on luontevaa järjestää ainakin vanhustenhuolto, päivisin tapahtuva perusterveydenhuolto sekä pääosa kroonisten tautien toistuviin lääkityksiin perustuvaa hoitoa. Terveysalue kuuluu terveyspiiriin tai muodostaa yksinään terveyspiirin. Tässä tapauksessa terveysalueen tulee olla väestöpohjaltaan riittävän suuri ja sillä tulee olla erikoissairaanhoidon hyvinvointipiiriltä tilaamiseen riittävä perusasiantuntemus esimerkiksi alueella sijaitsevan aluesairaalan kautta.

Terveyspiiri: Alueensa kuntien muodostama alue, joka voi ottaa vastatakseen osan piirinsä erikoissairaanhoidosta ja sen päivystyksestä. Oma tuotanto antaa terveyspiirille tiedollisia valmiuksia erikoissairaanhoidon tilaamiseen hyvinvointipiiriltä. Käytännössä piirin itse tuottamasta peruserikoissairaanhoidosta vastaa pääasiassa nykyinen aluesairaala tai sairaanhoitopiirin keskussairaala. Terveyspiiriin kuuluu yksi tai useampia terveysalueita.

Peruserikoissairaanhoido: Se osa erikoissairaanhoidosta, jonka terveyspiiri voi ottaa omana tuotantona vastattavakseen. Eri terveyspiireissä tämä osa vaihtelee liittyen siihen, mitä terveyspiirin aluesairaala/keskussairaala erityisesti osaa. Muu tilataan hyvinvointipiirin kautta neuvotellen. Hyvinvointipiirillä on mahdollisuus estää sanktioin ja kaikkien alueen terveyspiirien yhteisin sopimuksin kokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukaiset ratkaisut kuten päällekkäiset laitehankinnat.

Hyvinvointipiiri (miljoonapiiri): Alueensa kuntien omistama terveysalueiden tai terveyspiirien lukuun pääasiassa erikoissairaanhoidon tilaava ja järjestävä, mutta siirtymäkauden jälkeen ei-tuottava taho. Hyvinvointipiirissä on yliopistollinen keskussairaala tai muu vaativimpiin hoitoihin ja korkeatasoiseen lääketieteelliseen tutkimukseen pystyvä yksikkö. Yhdelle hyvinvointipiirille annetaan tehtäväksi vastata tämän vaatimustason ruotsinkielisestä sairaanhoidosta. Hyvinvointipiirille on annettu suunnitteluvastuu alueensa hyvinvoinnin ja erityisesti terveyden tasapuolisesta edistämisestä. Tätä tehtävää hyvinvointipiiri hoitaa yhteistyössä terveyspiirien ja valtakunnallisen Terveystenhuollon neuvoston kanssa. Hyvinvointipiiri saa valtiolta osittaisen rahoituksen toimintaansa liittyen vaatimaan erikoissairaanhoidon sekä kampanjoihin, jotka liittyvät terveyserojen tasaamiseen hyvinvointipiirin alueella.

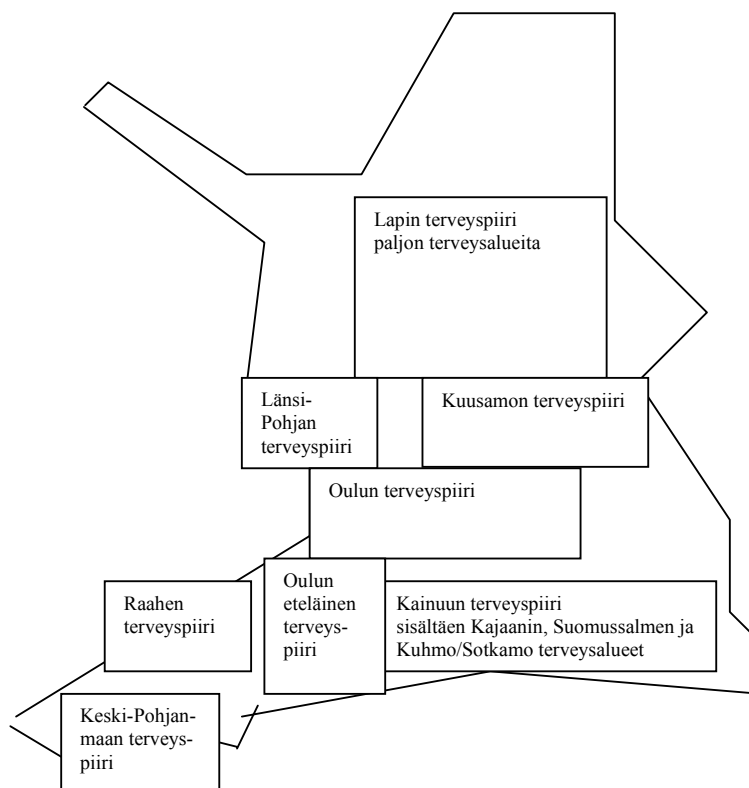
Erilaisissa tehtävissä toimivat nykyiset sairaanhoitopiirit:

Keskustelunaloitteen mallissa ei ole nykyisen kaltaisia sairaanhoitopiirejä. Nykyisten sairaanhoitopiirien muuttuvia tehtäviä voidaan pääpiirteissään luonnehtia seuraavalla taulukolla.

Nykyisten sairaanhoitopiirien muuttuvat tehtävät vuoteen 2015

	Kunnallisiin luottamushenkilöihin tukeutuva toiminta	Toiminta kuntien omistamina tuotantoyhtiöinä (voittoon tähtäämättöminä liikelaitoksina tai voittoa tavoittelevina osakeyhtiöinä)
Yliopistolliset sairaanhoitopiirit	Toimiminen hyvinvointipiiriin tilaavana ydinorganisaationa tukeutuen asiantuntevaan tuotantoyhtiönsä, edustukseen miljoonapiirinsä kunnista/terveyspiireistä ja ostamisen asiantuntijoihin Terveyspiiriensä peruserikoissairaanhoidon järjestäjä ja mahdollinen tuottaja ainakin liittyen keskussairaalan terveyspiiriin	Tuotantoyhtiö, joka toimii erikoissairaanhoidon, lääketieteellisen tutkimuksen ja koulutuksen asiantuntijaorganisaationa. Sen erityisosaamista arvostetaan sekä valtakunnallisesti että kansainvälisesti. Toimii tiiviissä yhteistyössä ja töitä asiantuntemukseen perustuen jakaen toisten hyvinvointipiirien tuotanto-organisaatioiden kanssa.
Sairaanhoitopiirit, jotka jakautuvat moneen terveyspiiriin	Terveyspiiriensä peruserikoissairaanhoidon järjestäjä ja mahdollinen tuottaja ainakin liittyen keskussairaalan terveyspiiriin	Toimiminen ensisijaisesti alueelleen, mutta myös sen ulkopuolelle palveluja tarjoavana liikelaitoksena tai osakeyhtiönä Vaihtoehtoisesti liittyminen osaksi yliopistollisen sairaanhoitopiiriin tuotantotoimintaa
Terveyspiiri, joka muodostuu sairaanhoitopiiristä	Toimiminen terveyspiirinsä peruserikoissairaanhoidon järjestäjänä ja tuottajana	Niiden palvelujen myynti, jotka voidaan edullisesti tuottaa alueen ulkopuolisille

Terveystenhuollon neuvosto: Valtioneuvoston asettamaan arvovaltaiseen kansalliseen Terveystenhuollon neuvostoon kuuluvat alan ministerit, johtavat virkamiehet, kuntasektorin ja hyvinvointipiirien edustajat sekä alan ammattilaisten edustajat. Neuvoston keskeisin tehtävä on terveydenhoidon ja varsinkin erikoissairaanhoidon valtakunnallinen organisointi ja koordinointi. Neuvosto myötävaikuttaa yhteistyössä hyvinvointipiirien kanssa työnjakoon yliopistollisten sairaaloiden kesken vaativien hoitojen järjestämisessä. Neuvoston keskeisenä valmistelevana elimenä on hyvin suuren toimivallan uusien hoitojen hyväksynnässä ja jo käytössä olevien hoitojen arvioinnissa omaava erikoissairaanhoidon jaosto. Neuvostolla voisi olla myös terveydenhuollon taloudellisen arvioinnin jaosto.



Esimerkkinä siitä, millaiseksi ehdotuksen mukainen alueellinen ratkaisu saattaisi muodostua, esitetään luonnehdinta Pohjoisesta hyvinvointipiiristä vuonna 2015. Kyseessä on vain havainnollistus, josta todellinen ratkaisu saattaa toki paljonkin poiketa.

Pohjoinen hyvinvointipiiri on muodostettu nykyisestä erikoissairaanhoidon erikoisvastuualueesta eli ERVA-alueesta, johon kuuluvat nykyisin Lapin, Länsi-Pohjan, Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit. Vuoden 2005 alussa alueella asui 725 000 henkeä.

Hyvinvointipiirin omistavat ERVA-alueen kunnat joko suoraan tai terveyspiirien välityksellä. Jokainen hyvinvointipiirin kunta kuuluu yhteen hyvinvointipiiriin kahdeksasta terveyspiiristä. Hyvinvointipiiri tukeutuu toiminnassaan erikoissairaanhoitoa järjestävään keskussairaalaan tai aluesairaalaan:

- Lapin terveyspiiri: Lapin keskussairaala
- Länsi-Pohjan terveyspiiri: Länsi-Pohjan keskussairaala
- Kuusamon terveyspiiri: Kuusamon sairaala
- Oulun terveyspiiri: Oulun yliopistollinen keskussairaala
- Oulun eteläinen terveyspiiri: Oulaskankaan aluesairaala
- Raahen terveyspiiri: Raahen aluesairaala
- Kainuun terveyspiiri: Kainuun keskussairaala
- Keski-Pohjanmaan terveyspiiri: Keski-Pohjanmaan keskussairaala

On mahdotonta ennakoida, millaisia väestöpohjaltaan noin 15 000–40 000 terveysalueita muodostuisi mainittuihin terveyspiireihin. Oulun terveyspiiri olisi joka tapauksessa erikoistapaus. Ainoastaan Kainuun osalta voidaan esittää, että ne ovat Kajaani (nykyinen väestöpohja 44 000 asukasta), Suomussalmi (17 000) sekä Kuhmo/Sotkamo (22 000). Mitä todennäköisimmin Lapissa jouduttaisiin hyväksymään selvästi alle 15 000 asukkaan terveysalueita. Hyvinvointipiiriin yksi tärkeä merkitys olisi, että näin voitai-

siin terveystpiirejÄ muodostettaessa ylittÄÄ nykyiset osin keinotekoiset sairaanhoitopiirien rajat. Kuten jÄljempÄnä viitataan, tÄmÄ voisi olla mielekÄstÄ esimerkiksi KemijÄrven tapauksessa.

6.2 JÄrjestÄmisratkaisun taustaa

Valtioneuvosto teki 11.4.2002 periaatepÄätöksen tervetdenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. PeriaatepÄätöksessÄ se mÄÄritteli tervetdenhuollon alueellisen kehittÄmisen lÄhtökohtia. PÄätöksessÄ todettiin mm. seuraavaa: ”Perustervetdenhuolto jÄrjestetÄÄÄ seudullisina, toiminnallisina kokonaisuuksina. Suosittelava vÄestöpohja on 20 000–30 000 asukasta ja nÄin rakennetuissa yksiköissä toimisi 12–18 lÄÄkÄriÄ. Kokonaisuuksia muodostettaessa tulee kuitenkin ottaa huomioon alueelliset olosuhteet. Erityisesti toimipisteverkkoa muodostettaessa tulee huomioda se, etteivÄt etÄisyydet muodostu palvelujen kÄytön esteeksi... Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako toteutetaan erityisvastuualueittain. Sairaanhoitopiirien tulee solmia yhteistyösopimuksia, yhdistyä tai muodostaa tervetdenhuoltopiirejÄ. Alue-sairaalat muodostavat tervetdenhuoltoalueita alueidensa perustervetdenhuollon yksiköiden kanssa tai toimivat osana alueensa keskussairaalaa.”

Keskeinen lÄhtökohta valtioneuvoston periaatepÄätökselle oli saumattomien palveluketjujen rakentaminen perustervetdenhuollon, vanhustenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Arviointihankkeen yhteydessÄ kootut asiantuntija-arviot ja tutkimustulokset ovat tukeneet käsitystÄ, ettÄ tÄllaista yhdentÄmistÄ on mielekÄstÄ tehdÄ tulevaisuuden haasteet huomioon ottaen noin 15 000–40 000 hengestÄ vastaavina yksikköinä eli terveystalueina. VATT:n yleislÄÄkÄrijohtoisia terveystkeskuksia vuonna 2003 koskevan tutkimuksen mukaan (Aaltonen ym., 2005) terveystkeskusten tehokkaimman kymmenyksen mediaanivÄestöpohja oli noin 16 000 asukasta, kun kaikkien yleislÄÄkÄrijohtoisien terveystkeskusten vÄestöpohjan mediaani oli vajaa 10 000.

Jotta peruserikoissairaanhoito voitaisiin paremmin yhdentÄÄ perustervetdenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon, on toisaalta arvioitu olevan edullista, ettÄ useampia terveystalueita hakeutuu yhteistyöhön ryhmittyen jatkuvammasta päivytyksestä vastaavan aluesairaalan tai keskussairaalan ympärille eli muodostaa terveystpiiriin. Suurimman eli peruserikoissairaanhoidosta tÄllaisessa jÄrjestelyssä pääasiassa vastaavan yksikön vÄestöpohjan tulisi olla vÄhintÄän 20 000 henkeÄ. TÄmÄ ratkaisu ei kuitenkaan ilmeisesti sellaisenaan sovi ratkaisuksi suuriin keskuksiin tai niiden lähiympÄristöön. Arviolta 60–80 prosenttia alueen vanhustenhuollon, perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjuista voitaisiin hoitaa tÄllaisen vÄestöpohjaltaan noin 50 000–150 000 asukkaan terveystpiirissä. Vuonna 2003 sairaanhoitopiirien yllÄpitÄminÄ toimi 5 yliopistollista sairaalaa, 16 keskussairaalaa ja 33 muuta kunnallista sairaalaa. Mainitunlaisten tervetdenhoitoalueiden kehittelyn lÄhtökohtina nÄistä voisi toimia ehkÄ noin 40.

Hyviä esimerkkejÄ on jo edellä kuvatus kaltaisista 20 000–150 000 asukkaan vÄestöpohjaan perustuvista ratkaisuista. Jo terveystpiirinÄ viitatun 36 000 hengen vÄestöpohjaan nojaavan Raahen ohella monet muut kaupunkiseudut ovat kehittäneet samanlaisia ratkaisuja. Forssan seudun tervetdenhuollon kuntayhtymÄ (FSTKY) on muodostettu aluesairaalaan tukeutuen. YhteenliittymÄn vÄestöpohja on 36 000 henkeÄ. FSTKY vastaa viiden jÄsenkuntansa kaikista terveystpalveluista niitÄ itse tuottamalla tai tilaamalla. Kuntien kaikki tervetdenhuollon kulut ovat vuodesta 2001 lÄhtien kulkeneet kuntayhtymÄn kautta (Puro ja Suhonen, 2005). Kunnat ovat kuuluneet Kanta-HÄmeen sairaanhoitopiiriin, mutta kuntayhtymÄ on voinut ostaa palvelut tarkoituksenmukaisesta ja haluamastaan organisaatiosta. FSTKY:n budjetoinnin mukaisen tarkastelun perusteella itse tuotettujen palvelujen osuus on ollut noin 60 prosenttia ja ostopalvelujen noin 40 prosenttia. Forssan kokemusten pohjalta voidaan pÄätellä, ettÄ jo alle 40 000 hengen vÄestöpohjalla toimiva yksikkö voi tuottaa yli puolet tervetdenhuollon ja vanhustenhuollon palveluista. Forssan ja Raahen kaltaisia ratkaisuja ovat viime vuosina tehneet JÄmsÄ 24 000, Imatra 30 000, KemijÄrvi 10 000, Piek-sÄmäki 25 000, MÄnttÄ 13 000 ja Rauma 33 000 hengen vÄestöpohjalla.

Mänttää ja Kemijärveä lukuun ottamatta 20 000 hengen väestöpohjan ehto täyttyy näissä hankkeissa. Tulevien ratkaisujen kannalta ainakin Kemijärveä on perusteltua tarkastella pikemminkin terveysalueena kuin terveyspiirinä. Vuonna 2003 Kemijärvi teki aloitteen Itä-Lapin kuntien (Kemijärvi, Pelkosenniemi, Posio, Salla ja Savukoski) ja Koillismaan kuntien (Kuusamo ja Taivalkoski) yhteisen lääkäripäivystyksen järjestämiseksi. Tämä soveltuisi mainiosti yhteen sen kanssa, että Kemijärvi toimisi osana edellä luonnosteltua Kuusamon terveyspiiriä, jonka väestöpohja olisi näin noin 45 000 asukasta. Erikoissairaanhoidon osalta ko. alue suuntautuu myös selvästi enemmän miljoonapiiriin eli Ouluun kuin Rovaniemelle.

Esimerkkejä laajemman alueen yhteistyöstä ovat Kainuu, Itä-Savo ja Päijät-Häme. Kainuuseen jo viitattiin edellä. Sitä voi pitää malliesimerkkinä siitä, kuinka terveyspiiri voi käytännössä jakautua terveysalueisiin. Itä-Savon runsaan 60 000 hengen väestöpohjalla toimiva terveydenhuoltopiiri on tarkoitus käynnistää 1.1.2007. Jäsenkuntien valtuustot tekevät keväällä 2006 käynnistämiseen liittyviä päätöksiä. Terveyspiirihanke käynnistyi Stakesin tekemän selvityksen pohjalta (Pekurinen ym., 2003). Peruseriaatteena Itä-Savon hankkeessa on ollut "koko hoitoketju hallintaan". Perusterveydenhuolto on tarkoitus järjestää samassa organisaatiossa peruskuntien järjestämän sosiaalitoimen ja erityisesti vanhusten palvelujen kanssa. Palvelut on tarkoitus järjestää uudelleen Kainuun tapaan lasten/lapsiperheiden, työikäisten ja vanhusten palvelukokonaisuuksina.

Päijät-Hämeen terveyspiiri poikkeaa luonteeltaan olennaisesti Kainuusta ja Itä-Savosta huomattavasti suuremman väestöpohjansa (noin 210 000) puolesta. Piirin rakentamisessa on ollut enemmän ongelmia kuin Kainuun ja Itä-Savon alueilla. Päijät-Hämeen liiton kevään 2006 kannanoton mukaan piirimallilla ei yksin kyetä ratkaisemaan tulevien vuosikymmenten palvelutuotannon ongelmia, vaikka Päijät-Häme onkin sitoutunut mallin kokeiluun. Piirimallin toteuttamisen riskinä on Päijät-Hämeessä nähty omistajaohjauksen ratkaisuun liittyvät kysymykset, kuten isännättömän rahan ongelma. Piirimallin ja julkisen monopolin periaatteellisia heikkouksia ovat liiton lausunnon mukaan kustannustason nousu. Päijät-Hämeen maakuntaliitto on ottanut kantaa koko alueen kattavan kunnan perustamiseksi. Alueen kuntien sitoutuminen näin laajaan toimintojen yhdistämiseen on ollut kuitenkin vaihtelevaa.

Suuri väestöpohja sinänsä ei voi olla este terveyspiirin muodostamiselle. Keskeistä on, että paikallinen demokratia toimii alueella hyvin. Terveyspiirin suuret asutuskeskukset ja sen hyvät sisäiset kulkuyhteydet puolustavat toimintaa tuntuvasti terveyspiirille ohjeelliseksi asetettua 150 000 suuremmilla väestöpohjilla. Kun lähtökohdaksi otetaan toimintaa voimakkaasti ohjaavat hyvinvointipiirit, ei ole kuitenkaan perusteltua painostaa kuntia toimimaan suurempina terveyspiireinä kuin mihin ne paikalliset olosuhteet ja paikallisen demokratian vaatimukset huomioon ottaen ovat valmiita. Varsinkin ajatus, että tulevien terveyspiirien rajat noudattavat nykyisiä sairaanhoitopiirien rajoja, tulisi yleisenä periaatteena hylätä. Suurella väestöpohjalla toimivat terveyspiirit herättävät kysymyksiä erityisesti vanhustenhuollon ja vanhusten taroituksenmukaisen asumisen järjestämisen osalta. Terveystenhuolto ja vanhustenhuolto mukaan lukien vanhusten asumisen yhdistäminen edellyttää ihmisläheisiä ja joustavia ratkaisuja. Jos päätöksenteko ja hoidon järjestäminen ovat lähempänä, vanhusten oma ääni välittyy paremmin päätöksentekoon.

Vaativan erikoissairaanhoidon ja lääkekustannusten hallinnan osalta 200 000 väestöpohja ei ilmeisesti riitä tulevaisuuden haasteisiin vastaamiseen. Tähän tarvitaan tuntuvasti suuremmalla väestöpohjalla toimiva yksikkö. Vasta noin 600 000 hengen väestöstä vastaavilla yksiköillä ja niilläkin vain tiiviissä valtakunnallisessa yhteistyössä voi ennakoida olevan osaamiseen ja kokoon perustuvia edellytyksiä vaikuttaa tuntuvasti vaativan erikoissairaanhoidon ja tulevaisuuden kallistuvien lääkitysten kustannuksiin. Sama koskee myös tietotekniikan ja laboratorioautomaatiikan tarjoamien mahdollisuuksien täysimittaista hyödyntämistä.

Ajatus noin 200 000 väestöpohjalla toimivista terveystiimistä muistuttaa Ruotsin nykyistä ratkaisua, missä 21 maakäräjää vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä. Ruotsin kesällä 2004 asetettu parlamentaarinen Ansvarskommitten on selvittämässä terveydenhuollon aluehallinnon uutta organisointia. Komitean puheenjohtaja maaherra Mats Svegfors on ennakoanut julkisuudessa ja alustuksessaan Ruotsissa vierailleelle tulevaisuusvaliokunnalle 21.2.2006, että terveydenhuollon vastuuta tullaan Ruotsissa siirtämään kuudelle yliopistosairaala-alueelle ”suurmaakäräjälle” (meillä ERVA-alueet). Perusteluina hän esitti kokemukset Skånessa (1,1 miljoona asukasta) ja Länsi-Göötanmaalla (1,6 miljoonaa asukasta) kokeilluista suurmaakäräjistä sekä terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin vastaamisen. Tunnistettujen tulevaisuuden haasteet olivat olennaisesti samanlaisia kuin tulevaisuusvaliokunnan johdolla tehdyssä arvioinnissa tunnistetut haasteet.

6.3 Hyvinvointipiirin tehtävät vuonna 2015

Millaisia tehtäviä voisi olla vähintään noin 600 000 hengen väestöpohjalla toimivilla hyvinvointipiireillä, jotka palvelisivat tyypillisesti 20 000–150 000 hengen terveystiimijä? Kokemuksia on jo tällaiseen toimintaan ryhtyneiltä Tampereen TAYS:n (väestöpohja 1 200 000 henkeä) ja Oulun OYS:n (väestöpohja 725 000 henkeä) erikoissairaanhoidon vastuualueilta (ERVA-alueilta). Näillä alueilla on jo toimittu seuraavilla sektoreilla:

- 1) *Lääkkeiden hankinnan kilpailuttaminen ainakin kuntien omistamiin hoitoyksiköihin.* TAYS:n organisoima lääkkeiden kilpailutettu hankinta on johtanut merkittäviin säästöihin ERVA-alueen kunnissa.
- 2) *Muut hankinnat.* TAYS on kilpailuttanut diabeteksen hoitolaitteiden hankinnan saavuttaen olennaiset säästöt sairaanhoitopiirinsä alueella.
- 3) *Työnjaon järjestäminen erityistä osaamista vaativissa tehtävissä.* Sydänkirurgian hoito ollaan pohjoisella ERVA-alueella keskittämässä Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Työnjakoa valmistellaan tällä alueella lisäksi tehohoidon, hengityshalvausten hoidon ja psykiatrin hoidon osalta.
- 4) *Käypähoito-ohjeiden ja priorisoinnin juurrutus.* Hyvinvointipiirille voitaisiin antaa erityinen määräraha tutkimukseen mm. liittyen kustannusvaikuttavuudeltaan kiistanalaiseen kokeelliseen hoitoon, jota ei hyväksytä valtakunnallisessa arvioinnissa koekäyttöön.
- 5) *Tasavertaisen palvelun ja saumattomien palveluketjujen edistäminen kaikissa ERVA-alueen kunnissa.* OYS:n ERVA-alueella tarkastelun kohteina ovat olleet mm. päivystykset, kuljetukset ja jonnokisteri.
- 6) *Ennaltaehkäisy.* OYS:n ERVA-alueella kohteina ovat olleet tyyppin 2 diabetes ja savuton sairaala.
- 7) *Tietotekniikan sovellukset.* Valtakunnallisesti yhteensopivien tietojärjestelmien rakentaminen; puhelimeen ja sähköpostiin perustuva koko ERVA-alueen tai sen osan kattava Contact Center -palvelu; yhtenäisen sähköisen potilaskertomuksen juurruttaminen, yhteensopivat lähete-, palaute- ja konsultaatiojärjestelmät; DRG-laskutuksen juurruttaminen; sähköinen kuvien arkistointi ja siihen liittyvä kuvantamisen kehittäminen.
- 8) *Muita mahdollisia tehtäviä,* joita on pohdittu OYS:n ERVA-alueella: täydennyskoulutuksen järjestäminen, työvoimapankki, työkierron organisointi, valmiussuunnittelu, kansainvälinen yhteistyö.

Kevään 2006 lausunnoissaan monet maamme maakunnat ja kunnat ovat toivoneet ainakin vaativimman erikoissairaanhoidon siirtämistä valtion hallintaan. Tätä ei voida pitää tarkoituksenmukaisena järjestelmässä, joka jo nyt huomattavasti kärsii kuntien, Kelan ja Raha-automaattiyhdistyksen erillisten rahoitusten aikaansaamasta monikanavaisuudesta. Arviointihankkeen ohjausryhmän kansanedustajajäsenet nimesivät monikanavaisuuden terveydenhuollon suurimmaksi ongelmaksi kesällä 2004. Mielekkäämpi ratkaisu kuin valtiollistaminen on tehtävän anto valtion rahoituksella hyvinvointipiireille.

Hyvinvointipiirit voisivat omaksua aktiivisen roolin paitsi hoitolaitoksen lääkehankinnoissa myös alueensa muussa lääkehuollossa. On ennakoitu, että suomalaisten apteekkien monopoliasema lääkkeiden toimitamisessa puretaan vaiheittain vuoteen 2015 mennessä. Kotitalouksille tehdään mahdolliseksi käyttää hallitusti nettiapteekkejä, joille voidaan toimittaa myös reseptejä sähköisessä muodossa (vrt. palvelusetelit alla). Nettiapteekkien kovenen kilpailun vuoksi voidaan ennakoida, että suomalaiset apteekit omaksuvat aktiivisen roolin kansalaisten omahoidon tutoreina yhteistyössä julkisen terveydenhoidon kanssa. Suomessa toimii ehkä vuonna 2015 lukuisia farmaseutin koulutuksen saaneita terveystutoreita. He voisivat toimia kuntien kanssa tehdyin sopimuksin tukihenkilöinä varsinkin kroonisista taudeista kärsiville. Tällainen kehitys on varsin luonteva, koska monissa kroonisissa taudeissa lääkinnän merkitys kasvaa ja on tärkeää, että joku ottaa hallitukseen yksilön lääkkeiden käytön kokonaisuuden. Monen vanhuksen saama eri tauteihin liittyvä lääkitys on jo nyt riistäytynyt hallitsemattomaksi.

Hyvinvointipiireille sopivia lisätehtäviä olisivat jo mainittujen lisäksi laboratoriopalvelujen koordinointi alueillaan sekä hoitolaitoskiinteistöjen hallinta.

6.4 Hyvinvointipiirin hallinnoima palvelusetelijärjestelmä

Mahdollinen tehtävä, joka voitaisiin antaa hyvinvointipiirille, on palveluseteli. Palvelusetelijärjestelmä voisi ehkä tarjota nykyistä kustannustehokkaamman tavan tuottaa Kelan korvaamia palveluja. Nykyiseen käytäntöön verrattuna seuraavassa luonnehdittava järjestelmä ei merkitsisi suurempaa julkista rahoitusosuutta yksityisille terveystieteiden tuottajille. Järjestelmän mahdollisista ongelmista ei ole vielä tarpeeksi tietoa. Vasta kokeilujen pohjalta voidaan harkita sen ottamista käyttöön.

Palvelusetelijärjestelmällä olisi neljä tavoitetta:

- 1) Yksityistä palvelutuotantoa voidaan käyttää paremmin täydentämään julkista palvelutuotantoa. Esimerkiksi jos jollain alueella on liian vähän julkisen sektorin silmälääkäreitä, voidaan lisäpalveluita hankkia palvelusetelillä.
- 2) Taataan hintatason kohtuullisuus. Tilaajaorganisaatio kilpailuttaa ja sertifioi palvelun tuottajat. On poikkeuksellista, että jotain palvelutuottajaa ei sertifioita.
- 3) Taataan toiminnan laatu. Edellytetään esimerkiksi käypähoitosuositusta ja vaativimmissa hoidoissa hoidon vaikuttavuuden ja laadun seuranta.
- 4) Palvelusetelijärjestelmän avulla hillitään julkisen ja yksityisen sektorin kilpailua terveydenhuollon työvoimasta.

Palvelusetelijärjestelmä vaikuttaisi merkittävästi työterveydenhuollon järjestämisen tapaan. Työterveydenhuollon nykyinen toimintatapa vaikuttaa paljon siihen, että oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa ei toteudu Suomessa (Teperi, 2005). OECD:n vuonna 2004 julkaiseman 21 maata koskevan vertailututkimuksen mukaan suomalaisen terveydenhuollon sosiaalisessa oikeudenmukaisuudessa on merkittäviä ongelmia lääkärikäyntien osalta: palvelutarpeen huomioimisen jälkeen kaikki lääkärikäynnit jakaantuivat eniten suurituloisia suosien USA:ssa, Portugalissa ja Suomessa. Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon lääkärikäyntien tuottajana on tasaisesti kasvanut. Tällä hetkellä ainoa käyttäjälle ilmainen ja samalla saatavuudeltaan paras tapa päästä lääkäriin toteutuu työterveyspalveluissa. Palvelujen kattavuus

on huonointa epätyypillisissä työsuhteissa. Kattavin työterveyshuolto on suurten työnantajien pysyvissä työsuhteissa toimivilla ja usein hyväpalkkaisilla työntekijöillä.

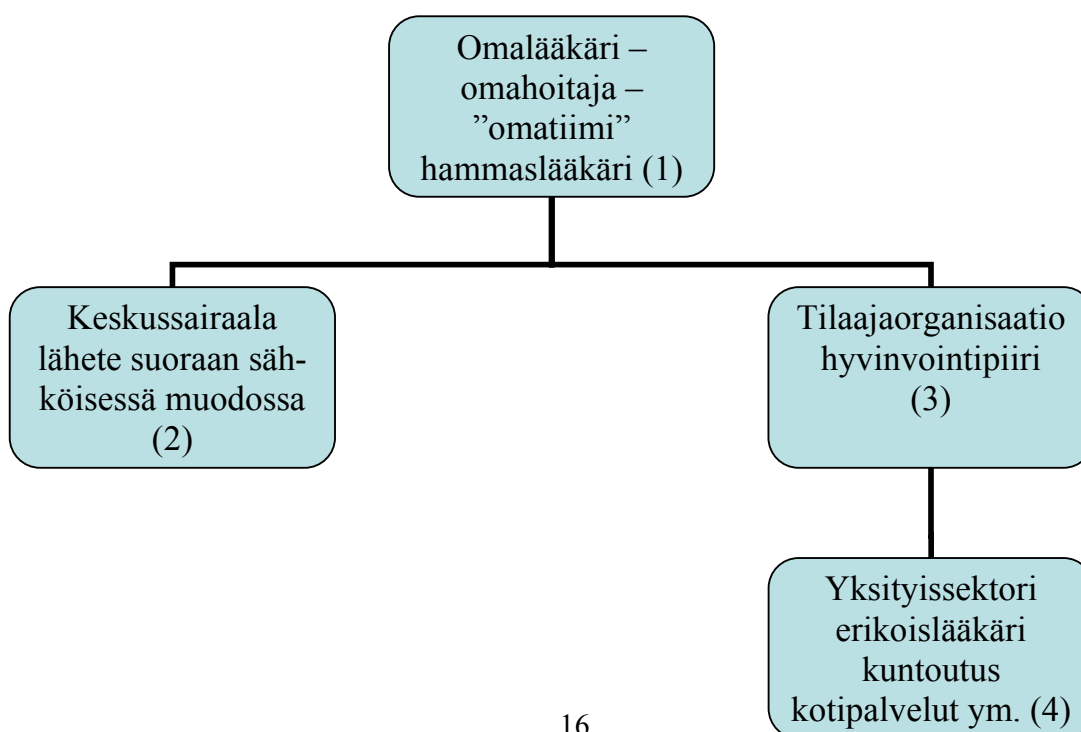
Sairaanhoitopalvelut sisältyvät entistä useammin työterveyshuoltoon. Työterveyshuollon merkitys työsäilyvän väestön avosairaanhoidon palvelujen tuottajana näyttää edelleen lisääntyvän. Sairaanhoidon liittäminen työterveyshuollon osaksi on työnantajalle vapaaehtoista.

Kela korvaa työterveyshuollon sairaanhoidon kustannuksista 50 prosenttia ja loppukustannukset ovat työnantajalle verovähennyskelpoisia. Yhteiskunta korvaa siis työterveyshuollon sairaanhoidon pääosin. Työnantajat ostavat suuren osan näistä palveluista yksityisiltä lääkäriasemilta.

Yksityislääkäripalkkiosta korvataan 60 prosenttia, mutta se lasketaan Kelan vahvistamasta taksasta. Käytännössä todelliset korvaukset yksityislääkärikustannuksista ovat huomattavasti pienemmät. Tämä johtuu siitä, että Kelan korvaustaksat ovat selvästi pienemmät kuin todelliset lääkäripalkkiot. Vuonna 2004 keskimääräinen todellinen korvaus oli lääkäripalkkiosta 30,3 prosenttia. Kela suoritti korvauksia 65 miljoonaa euroa. Työterveyshuollossa sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia maksettiin vuonna 2003 yli kaksi kertaa enemmän yksityisillä lääkäriasemilla järjestettyyn työterveyshuoltoon (68 milj. euroa) kuin terveyskeskushuoltoon (30 milj. euroa).

Palvelusetelijärjestelmä nojautuisi keskeisesti kaikkialta Suomessa avattavissa olevaan sähköiseen terveyskertomukseen ja sen oheistiedostoihin. Mikäli järjestelmä osoittautuu kokeiluissa toimivaksi, suomalainen terveydenhuolto voisi olla vuonna 2015 palvelutuotannoltaan pääosin ja rahoituspuoleltaan kustannusvaikuttavien hoitojen osalta kokonaan julkinen tai palveluseteleillä rahoitettava. Keskeistä järjestelmän toimivuuden kannalta on, että se mahdollistaa kansalaisille ainakin nykyistä Kela-korvausjärjestelmää vastaavan mahdollisuuden itse valita hoidon antaja. Järjestelmän pitäisi myös olla niin joustava, että se soveltuu myös pikaista hoitoa edellyttäviin tilanteisiin. Parhaiten järjestelmä soveltuu ehkä kroonisten tautien hoitoihin.

Hyvinvointipiirin hallinnoima palveluseteli voisi toimia kokeilualueella esimerkiksi seuraavasti:



- 1) Jokaisella kansalaisella on vuonna 2015 oma lääkäri tai ”omatiimi”, useamman lääkärin ja terveydenhoitajan muodostama tiimi, joka voi olla joko terveyskeskuksessa tai yksityissektorilla esimerkiksi työterveyshuoltoon liittyneenä. Omatimissa on omahoitaja, joka ohjaa henkilön eteenpäin tiimin sisällä. Yhteydenotto tiimiin tai lääkäriin tapahtuisi yleensä puhelimitse tai sähköpostilla Contact Centerin välityksellä. Omahoitaja tai omalääkäri joko hoitaa potilaan taudin kokonaan itse tai lähettää potilaan eteenpäin. Hän voi käyttää joko potilaan siirtoa (jos terveyskeskus ja keskussairaala ovat samaa organisaatiota), lähetystä (jos keskussairaala on eri organisaatiota) tai palvelusetelihakemusta (jos potilas haluaa tai on muuten tarkoituksenmukaista käyttää yksityisiä palveluja). Kaikki lähetemuodot ovat sähköisiä. Myös muu tiimin jäsen kuin lääkäri voi ohjeistettuna lähettää palvelusetelihakemuksen.
- 2) Lähette tai potilaan siirto menevät sähköisesti keskussairaalaan, joka hoitaa potilaan suunnitteen samoin kuin nykyisinkin.
- 3) Palvelusetelihakemus menee sähköisessä muodossa tilaajaorganisaatiolle, joka selkeitä periaatteita noudattaen arvio palvelusetelin tarpeen. Lähtökohtaisesti palveluseteli myönnetään ainoistaan käyttöihin, joita julkinen sektori ei voi tarjota tai jotka yksityinen sektori voi tarjota olennaisesti edullisemmin. Hoidoissa, joihin palveluseteleitä voi käyttää, omavastuuosuudet vaihtelevat nimellisestä osuudesta esimerkiksi 70 prosenttiin saakka. Henkilö voi tuki valita hoidon, jota julkinen valta ei lainkaan tue. Yleensä palveluseteli myönnetään automaattisesti, jolloin palveluseteli tulee välittömästi muutaman sekunnin kuluessa sähköisessä muodossa palvelun tarvitsijalle ja hänellä on tämän jälkeen oikeus käyttää yksityislääkärin palveluja palvelusetelin mukaisesti. Hyvinvointipiiri seuraa kuitenkin tarkasti kunkin tiimin myöntämien palvelusetelien kokonaismäärää.
- 4) Yksityiset palveluntuottajat ovat tilaajaorganisaation sertifioimia. Yksityinen palveluntuottaja saa sertifioinnin, kun ammattitaito on osoitettu (esim. suoritettu erikoislääkäritutkinto), vaatimissa yksiköissä on sitouduttu laatu- ja järjestelmään ja potilaiden seurantaan (esim. leikkauksia suorittavat yksityiset tahot), sitouduttu potilaalta perittäviin sovituihin maksuihin, sähköinen tiedonsiirto on käytössä ja on sitouduttu noudattamaan hyväksyttyjä hoitokäytäntöjä. Tilaajaorganisaatio eli hyvinvointipiiri myöntää sertifikaatit. Tarvittaessa voidaan yksityiset palveluntuottajat kilpailuttaa. Palvelusetelillä voidaan ostaa palveluja vain sertifioituilta tuottajilta. Tuottaja voi menettää sertifikaatin, jos pelisääntöjä rikotaan. Käytännössä on odotettavissa, että kaikki nykyiset yksityiset palveluntuottajat tulevat saamaan sertifikaatin.

Terveystieteiden tutkimuskeskus ehdottaa, että jollain nykyisistä ERVA-alueista käynnistetään valtion rahoittamana edellä kuvatun kaltaisen palvelusetelin kehittämis- ja käyttökokeilu.

6.5 Yhteenveto terveydenhuollon järjestämisestä vuonna 2015

Seuraavassa yhteenvedossa on esitetty yhteenveto päätöksenteon tasoista ja päättäjistä vuoden 2015 terveydenhuollon järjestämisen mallissa.

Terveydenhuollon neuvosto, jonka valtioneuvosto asettaa ja joka kattavasti edustaa koko terveydenhuollon kenttää ja sen kaikkia keskeisiä toimijoita. Jäseninä sosiaali- ja terveysministerit, hyvinvointipiirien edustajat, STM:n ja Stakesin ja KTL:n johto, Kuntaliiton edustaja(t), yksityisen ja järjestösektorin edustus, terveydenhuollon henkilökunta (esim. Duodecim-seura, hoitohenkilökunnan järjestöt) ja potilasjärjestöjen edustaja.

Erikoissairaanhoidon jaos, joka toimii pääesittelijänä neuvostolle. Sen erityisenä tehtävä olisi uusien hoitojen ja lääkitysten hyväksyminen kokeelliseen käyttöön ja suositusten antaminen luopumisesta aiemmin käytetyistä hoidoista. Siihen voisivat kuulua kaikkien hyvinvointipiirien/yliopistollisten sairaaloiden terveydenhuollon ammattilaisten edustus, lääketieteellisten tiedekuntien, FinOHTAn, Stakesin, KTL:n ja Kuntaliiton edustajat, kiertävä edustus ei-yliopistollisista terveystieteistä, erikoisalayhdistyksistä ja suurista kaupungeista. Mukana tulisi olla myös terveyden edistämisen asiantuntijoita.

Terveydenhuollon taloudellisen arvioinnin jaos, jonka erityisenä tehtävänä olisi seurata ja raportoida neuvostolle terveydenhuollon taloudellisesti tehokkaasta ja tasapuolisesta toimeenpanosta. Jäseninä olisi terveydenhuollon talouden asiantuntijoita.

Hyvinvointipiirit muodostuvat lähtökohtaisesti viidestä nykyisestä yliopistosairaaloihin tukeutuvista ERVA-alueesta. On kuitenkin varauduttava siihen, että esimerkiksi HUS:n vastuualueen itäisestä osasta, joka käsittää Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson väestöpohjaltaan yhteensä noin 310 000 hengen sairaanhoidopiirit, muodostetaan oma hyvinvointipiiri. Yhdelle hyvinvointipiirille annetaan valtakunnallinen vastuu ruotsinkielisen hoidon järjestämisestä. Jokaisessa hyvinvointipiirissä on alan koulutusta antava yliopisto tai muu tutkimusyksikkö. Johtoelimestä on terveystieteiden palvelujen ostamisen ammattilaisia, terveyden edistämisen asiantuntijoita, edustus kaikista alueen terveystieteistä/kunnista ja STM:n edustaja. Erityisen tärkeää on, että johto toisaalta ymmärtää erikoissairaanhoitoa, mutta myös tehokkaasti puolustaa perusterveydenhuoltoa ja muita kuntien palveluja.

Terveystieteet, joita voisi olla koko maassa 40–50. Johdossa piiriin eri sektoreiden (esim. lapsiperheiden-, aikuisten ja vanhusten terveydenhuollon) vastuulääkärit tai muut terveydenhuollon ammattilaiset, vanhus-tenhuollon vastaavat virkamiehet sekä keskeiset kunnalliset päättäjät.

Terveystieteet. Johdossa alueen hoidoista ja terveyden edistämisestä ensisijaisesti vastaavat ammattihenkilöt ja paikallistason poliittiset päättäjät.

Esitettyyn ratkaisuun liittyvä tärkeä linjaus on terveydenhuollon järjestäminen pääasiassa kuntien tai terveystieteiden omana toimintana tyypillisesti 20 000–150 000 hengestä vastaavilla alueilla. Tilaa- ja tuottajasuhteita voi esiintyä tälläkin tasolla, mutta vain tällaiseen järjestelyyn erityisesti soveltuvi- sa toiminnossa. Järjestelmää täydentää tällä perustasolla hyvinvointipiiriin hallinnoima palvelusetelijärjestelmä.

Hyvinvointipiiri toimii selkeästi siirtymäkauden jälkeen vain tilaajana eikä lainkaan tuottajana. Ehdotus lähtee siitä, että hyvin hallittuun tilaaja-tuottajasuhteeseen perustuva taloudellinen läpinäkyvyys, toiminnan ohjattavuus, mahdollisuus lisätä tuotannon autonomiaa ja terveydenhuollon erityispiirteet huomioon ottava markkinakilpailu toimivat parhaiten hyvinvointipiirien tasolla (vrt. Lillrank ja Haukkanen-Haara, 2005). Tällä tasolla voidaan odottaa, että tilaaja-tuottaja suhde johtaa paitsi kustannusten parempaan hal-

lintaan myös palvelujen laadun paranemiseen. Erityisen tärkeää on, että perusterveydenhuoltoon, vanhustenhuoltoon ja muihin kuntien palveluihin riittää varoja erikoissairaanhoidon kulujen jatkuvasti kasvaessa. Jos tästä huolehditaan, tilaajan suhde erikoissairaanhoidon tuottajiin voi perustua pitkäaikaisiin sopimuksiin ja jatkuvaan yhdessä oppimiseen ("kumppanuus"-suhde).

Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen ei ole ollut hallintoelintä, joka pystyisi tekemään vaikuttavia päätöksiä siitä, mitkä menetelmät terveydenhuollossa ovat hyväksyttäviä. Nykyisin uudet menetelmät otetaan käyttöön varsin sattumanvaraisesti esimerkiksi ylilääkäreiden konferenssimatkojen tuloksina. Kokeellista hoitoa perusteleva tutkimus on tyypillisesti tuotevalmistajien ohjaamaa eikä tietoa menetelmien todellisesta vaikuttavuudesta ole. Usein uudet menetelmät ovat "5 prosenttia parempia ja kolme kertaa kalliimpia kuin entinen".

On tärkeää löytää ratkaisu, joka toisaalta hillitsee erikoissairaanhoidon ja lääkitysten kustannusten kasvua, mutta mahdollistaa myös uusien ratkaisujen innovatiivisen kehittämisen. Uusien hoitojen käyttöönottoon liittyvä hallinnollinen ratkaisu voisi perustua seuraaviin periaatteisiin: 1) Kokeellinen hoito tehdään luvanvaraiseksi. 2) Kokeellista hoitoa ehdottava osoittaa hakemuksen Terveystenhuollon neuvoston Erikoissairaanhoidon jaostolle. Se antaa määräajassa päätöksen hoidon hyväksynnästä. Perusteina ovat hoitojen vaikuttavuus ja kustannukset. Myös eettiset erityisyydet voivat vaikuttaa päätökseen. 3) Jos kokeellista hoitoa ei myönnetä, hoitoa voidaan kuitenkin rahoittaa hyvinvointipiirin tutkimusbudjetista. 4) Luvan kokeelliseen hoitoon saava on velvoitettu tuottamaan seurantatietoa. Tiedon karttuessa hoito voidaan hyväksyä kokeelliseksi.

Osa valtion tuesta kunnille on perusteltua suunnata suoraan hyvinvointipiirille, joka tällä rahoituksella vastaa mm. kuntien kapitaatiolaskutuksella (sama maksu kunnan asukasta kohti hoidettavien määrästä riippumatta) tilaamista erityisen vaativista erikoissairaanhoidon palveluista. Hyvinvointipiirillä tulee olla suurehko tutkimusbudjetti. Lisäksi piiri saa valtiolta rahoitusta mm. terveyttä alueella edistäviin ja tasavarvoa lisääviin projekteihin. Kaikki hyvinvointipiirin sairaanhoitopiirien kunnat liittyvät näin muodostuneen "terveydenhuollon tukkutoimittajan" omistajiin. Yhteys erikoissairaanhoidon tuottajiin on kiinteä (kumppanuus), kuitenkin niin että kuntien muut tarpeet kuin erikoissairaanhoidon ja lääkinnät tulevat otetuiksi tasapainoisesti huomioon hoitoja toteutettaessa.

Tiiviisti esitettynä terveydenhuollon valtakunnallisen järjestämisen vuoden 2015 malli voisi olla seuraava:

- **Kunnallisen demokratian vahvoina edustajina toimivat terveyspiirit ja terveysalueet, jotka yhdentävät - paikalliset tarpeet huomioon ottaen - erityisesti vanhustenhuoltoa, perusterveydenhuoltoa ja peruserikoissairaanhoidon. Ne edustavat suhteessa erikoissairaanhoidon kasvaviin kustannuksiin myös kuntien muita palveluja.**
- **Hyvinvointipiirit, joita on 5–7. Ne ovat kuntien/terveyspiirien omistamia. Ne toimivat terveyspalvelujen tilaajina (ostopooleina) alueensa terveyspiirien lukuun. Sen ohella niillä on kokonaisvastuu terveyden kehityksestä ja terveyseroista alueellaan. Ne saavat valtiolta rahoituksen vaativimman erikoissairaanhoidon järjestämiseen ja terveyteen liittyvän tasavaro edistämiseen alueillaan.**
- **Kansallisesti hoitoja koordinoiva Terveystenhuollon neuvosto. Mukana ministerit, hyvinvointipiirit, kuntakenttä, hoitohenkilökunta ym. Esittelijöinä suuren toimivallan omaava erikoissairaanhoidon jaos ja terveydenhuollon taloudellisen arvioinnin jaos.**

Tulevaisuusvaliokunta esittää, että Suomen terveydenhuoltoa kehitetään niin, että se voi toimia vuonna 2015 keskustelunaloitteessa esitettyjä periaatteita noudattaen.

Helsingissä 7. päivänä huhtikuuta 2006

Asian ratkaisevaan käsittelyyn valiokunnassa ovat ottaneet osaa

pj.	Jyrki Katainen /kok
vpj.	Kalevi Olin /sd (osittain)
jäs.	Mikko Alatalo /kesk (osittain)
	Jouni Backman /sd
	Mikko Elo /sd (osittain)
	Hanna-Leena Hemming /kok (osittain)
	Anne Huotari /vas
	Kyösti Karjula /kesk (osittain)
	Jyrki Kasvi /vihr
	Rauno Kettunen /kesk
	Suvi Lindén /kok (osittain)
	Simo Rundgren /kesk
	Päivi Räsänen /kd
	Marja Tiura /kok
	Jutta Urpilainen /sd (osittain)
	Pekka Vilkuna /kesk (osittain)
vjäs.	Matti Kauppila /vas (osittain)

Viitteet:

Aaltonen, Juho, Tarmo Rätty, Maija-Liisa Järviö ja Kalevi Luoma (2005). Perusterveydenhuollon kustannukset ja tuotetut palvelut – tuottavuuden kehitys 1997–2003, VATT Keskustelunaloite 372

Eerola, Annele, Sirkku Kivisaari, Riikka Eela ja Mikko Rask (2001). Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia, Internetpohjaisten omahoidon tukijärjestelmien arviointi. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2001

Hakala, Paula (2005). Miten lihavuus kuormittaa sosiaaliturvaa? 14.11.2005 Kela, Helsinki

Lillrank Paul ja Pirjo Haukkapää-Haara (2005.) Tilaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa, Helsingin teknillisen yliopiston BIT-tutkimuskeskus, Espoo

Linden, Aki (2006). Tausta-aineistoa strategian uudistamiselle – Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin haasteet, Turku

Martins, Joaquim (2006). Projecting OECD Health and Long-term care expenditure, Luento kansanedustajille OECD:ssa, Pariisi 22.2.2006

Pekurinen, Markku, Maijaliisa Junnila ja Ulla Idänpään-Heikkilä (2003). Itä-Savon terveydenhuoltopiiri – Selvitystyön loppuraportti, Stakes kehittämisselvityksiä 8/2003

Puro, Markku ja Riitta Suhonen (2005). Forssan malli terveystalvelujen tuottamisessa – tulevaisuuden toimintatapa? Julkaisussa L. Vuorenkoski, R. Wiman, M. Sinkkonen (toim.): Signaaleja – Stakesin tulevaisuusraportti, Aiheita 1/2005

Teperi, Juha (2005). Kuka saa terveystalveluja? Kirjassa Matti Heikkilä, Milla Roos (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, Stakes



Hälso- och sjukvårdens framtid

Framtidsutskottets ställningstagande om hälso- och sjukvården år 2015

1. Inledning

Den förväntade livslängden vid födseln i Finland har ökat med cirka 15 år under loppet av ett par generationer. Hälso- och sjukvården har spelat en betydande roll för utvecklingen. Den medicinska vetenskapen har fått bukt med många ödesdigra epidemier. Att antalet friska levnadsår har ökat beror dock inte enbart på hälsovårdstjänsterna. Hälsosammare levnads- och arbetsförhållanden samt en sundare livsstil har märkbart – till och med i högre grad än vården – bidragit till den positiva utvecklingen.

I flertalet OECD-länder har hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av bruttonationalprodukten ökat under de två senaste årtiondena. I USA närmar sig andelen redan 16 procent medan andelen för den finländska hälso- och sjukvården fortfarande ligger under 8 procent. Enligt en färsk undersökning utförd av OECD orsakade befolkningens åldrande en tredjedel av hälso- och sjukvårdens ökade andel av BNP i OECD-länderna under åren 1980–2002. Två tredjedelar orsakades av nya vård- och behandlingsmetoder samt medicineringar (Martins, 2006).

Ställningstagandet omfattar ett debattinitiativ om organiseringen av hälso- och sjukvården på riksnivå. I initiativet strävar man efter att svara på utmaningen som följer av befolkningens åldrande. Därtill uppmärksammas fyra andra teman som behandlas särskilt i detta ställningstagande:

- Främjande av hälsan genom förebyggande arbete och genom att stödja medborgarnas eget ansvar för hälsan
- Utnyttjande av informationsteknik vid uppsökande av vård samt i vårdbeslut
- Kontroll av de snabbt ökande kostnaderna för specialiserad sjukvård och medicineringar
- Ett etiskt hållbart sätt att trygga rätten till vård under de sista levnadsåren.

Om det åldrande Finland under det följande årtiondet följer den genomsnittliga utvecklingen i de övriga OECD-länderna de senaste årtiondena, kommer hälso- och sjukvårdens andel av BNP att stiga med cirka 1–2 procentenheter fram till år 2015. På basis av bedömningen Framtiden för hälso- och sjukvården

förefaller det som om andelen kan komma att växa avsevärt snabbare än vad utvecklingstendensen tyder på. Som mål kan uppställas att tillväxten för hälso- och sjukvårdens andel av BNP skall begränsas så att den stannar under 10 procent fram till år 2015, i jämförelse med cirka 8 procent år 2006. Målet kan troligen uppnås endast genom att handlingssätten förnyas.

Finland kan inte förlita sig på att hälso- och sjukvården, som i internationell jämförelse av idag fungerar med synnerligen små kostnader, fortfarande kommer att fungera i sin nuvarande form år 2015. Det åldrande Finland behöver allt fler hälsovårdstjänster. Med hjälp av nya mediciner och vårdformer kan centrala folksjukdomar botas och medborgarnas livslängd förlängas. Vård och behandling som baserar sig på ny teknologi är dock ofta mycket dyra. Hälso- och sjukvårdspersonalen har därtill befogade önskemål att förbättra sin inkomstnivå.

Enligt framtidsutskottets uppfattning kan alla ovan nämnda utmaningar bemötas till skäliga kostnader genom målmedvetna åtgärder. I statsrådets framtidsredogörelse år 2004 förutspåddes den årliga ekonomiska tillväxten bli i genomsnitt cirka två procentenheter under perioden 2005–2015. Mot bakgrunden av detta antagande är det motiverat att sträva efter att hälso- och sjukvårdens utgifter inte stiger reellt från det nuvarande cirka 11 miljarder euro till över 17 miljarder euro, dvs. över 10 procent av BNP år 2015.

Framtidsutskottet anser att hälso- och sjukvårdens andel av BNP genom målmedvetna åtgärder kan begränsas så att den stannar under 10 procent fram till år 2015 samtidigt som folkhälsan förbättras.

2. Eget ansvar i hälsofrämjande verksamhet

Hälsan, främjandet av hälsan och undanröjandet av hot mot hälsan hör i Finland till de mänskliga rättigheterna som garanteras i grundlagen. Säkerställandet av lika tillgång till tjänster oavsett ålder, kön, språk, etnisk bakgrund, område eller förmögenhet har ett brett stöd på alla håll i samhället.

En av de centrala uppgifterna för framtidspolitiken på lång sikt är att ifrågasätta självklarheter som förhindrar att nya tankar och idéer föds. Ett exempel på en sådan självklarhet är föreställningen att främjandet av hälsan automatiskt går hand i hand med en ökning av medel till hälso- och sjukvården, dvs. hälsovårdstjänsterna. Så är det dock inte. I USA används numera per person ungefär tre gånger så mycket medel inom hälso- och sjukvården som i Finland. Trots detta är den förväntade livslängden i genomsnitt en aning kortare i USA.

Kriterier för uppskattning av den hälsofrämjande verksamhetens effektivitet är utöver förlängd livslängd även avsaknad av besvär, funktionsförmåga eller upplevd hälsa. Hälso- och sjukvården, dvs. produktionen av hälsovårdstjänster, är endast ett sätt att främja hälsan.

Främjandet av hälsan förutsätter i framtiden att medborgaren tar ett större eget ansvar för den egna och de närståendes hälsa. Hälso- och sjukvården i Finland bör organiseras på ett sätt som genom effektivt utnyttjande av teknologiska möjligheter stödjer medborgarnas eget ansvar för hälsan. Upprätthållandet av hälsan ankommer inte enbart på yrkesutbildade personer. Detta är allas gemensamma angelägenhet.

Eget ansvar innebär att man förebygger hälsorisker och åtgärdar hälsoproblem i ett tidigt skede. Eget ansvar omfattar även ansvar för de närstående samt hälsofrämjande verksamhet i olika gemenskaper. Man har konstaterat att gemenskapernas stöd är en stor förklaring till hälsoskillnaderna mellan invånare i Västra Finland och Östra Finland. Utöver familjen är viktiga gemenskaper arbetsplatser, skolor och

föreningar samt mötesplatser för människor i alla åldrar i förorterna. Betydelsen av stimulerande verksamhet som bedrivs av pensionärsorganisationer kommer att öka i och med att befolkningen åldras. Peer-to-peer-näten på Internet erbjuder nya möjligheter att bilda gemenskaper. En allt viktigare uppgift för professionella hjälpare är att fungera som stödpersoner och ombudsmän åt medborgare med dåliga förutsättningar att främja sin hälsa självständigt eller med stöd av sina närstående och gemenskaperna. I framtiden kommer en central uppgift för hälso- och sjukvården och särskilt för företagshälsovården, skolhälsovården och den nya typen av hälsorådgivning för den vuxna och åldrande befolkningen att vara att stödja medborgarna och gemenskaperna att självständigt upprätthålla hälsan. Företagshälsovården skall också i detta avseende omfatta alla människor i arbetslivet.

Hälsofrämjande verksamhet måste bli en allt effektivare del av hälso- och sjukvårdssystemet. Rådgivning med låg tröskel måste utökas. I detta avseende är de viktigaste utvecklingsuppgifterna att omvandla barnrådgivningen till familjecentrum som stödjer även föräldrarna samt att skapa en hälsorådgivning för sådana vuxna som inte omfattas av företagshälsovården och särskilt för den åldrande befolkningen. På dessa nya hälsorådgivningsmottagningar skall hälsovårdaren ge information och vid behov hänvisa patienten till läkare eller annan specialist. Också årskontroller kan höra till hälsorådgivningens uppgifter.

Alla som befinner sig i arbetslivet bör omfattas av den förebyggande företagshälsovården i syfte att upprätthålla arbetsförmågan och främja hälsan. Anställda i atypiska arbetsförhållanden, privatföretagare och små företag med under fem anställda ansluter sig fortfarande till företagshälsovården i liten skala. Det gäller att skapa ett arbetstagspecifikt uppföljningssystem för företagshälsovården, till vilket varje arbetstagare lätt kan hänföras. Med hjälp av detta system skall företagshälsovården samordnas med sådan hälsofrämjande verksamhet som baserar sig på personliga patient- och hälsojournaler i elektronisk form.

Endast personer med tillräcklig funktionsförmåga och aktivitetsgrad har möjlighet att fungera självständigt. Denna utmaning stöter man på särskilt i äldreomsorgen. Det är viktigt att främja boendelösningar som stöder åldringarnas rörelseförmåga. Hissar är särskilt viktiga för att åldringar skall kunna röra sig obehindrat. För upprätthållandet av funktionsförmågan är det mycket problematiskt att lugnande mediciner används i så stor utsträckning och att äldre människor med full rörelseförmåga blir sängliggande. Sängliggandet leder enligt undersökningar till att åldringarnas kondition snabbt försämras.

Den nya informationstekniken erbjuder utmärkta möjligheter för den hälsofrämjande verksamheten. Den finländska vårdpersonalen har redan lärt sig att utnyttja elektroniska tjänster. De finländska läkarna använder elektroniska riktlinjer för vård och behandling mest i världen. Med hjälp av informationstekniken kan man senast år 2015 skapa goda kunskapsmässiga förutsättningar för medborgarna att ta eget ansvar för hälsan. Detta möjliggörs av elektroniska patient- och hälsojournaler och databaser som kan anslutas till dessa med information om vårdens effektivitet, den tillämpade kostens konsistens och genetisk information. Också de nya innovationerna inom biotekniken erbjuder medborgarna bättre möjligheter att fungera självständigt.

Uppgifterna i patient- och hälsojournalerna kan dock hamna i fel händer. Medborgaren skall kunna välja hur dennes journal används och vem som har lov att göra det. I princip skall journalerna gå att öppna i alla vårdinrättningar i Finland. En sådan journal är en central förutsättning för en effektiv och smidig organisering av hälsovården i framtiden.

Medborgaren skall ha rätt att bestämma vilka delar av journalen och dess bifogade filer denne skall ha tillgång till per hälsokort, nummerbeteckning eller eventuellt per bioidentifiering. Medborgaren skall

också kunna bestämma vilka delar av journalen anförtrodda personer får använda konfidentiellt, såsom personer i dennes vårdteam (jfr nedan), samt vilka delar som eventuellt får användas av personer som auktoriserats av vårdteamet.

Varje finländare skall ha en personlig elektronisk journal som kan öppnas av personen själv eller av dennes ombudsman åtminstone överallt i Finland. Den elektroniska journalen är en central utgångspunkt för en effektiv tillämpning av informationstekniken inom hälso- och sjukvården. Vidareutvecklingen av den elektroniska journalen mot ett genuint intelligent system skall fortsätta.

Den del av journalen som personen själv använder skall vara lätt tillgänglig till exempel per hälsokort, nummerbeteckning eller eventuellt per bioidentifiering. Utöver uppgifter om vården och dess effektivitet skall journalen innehålla uppföljningsinformation om personens hälsa och faktorer som påverkar hälsan. För att förhindra att informationen hamnar i fel händer skall journalen, om personen så vill, kunna öppnas endast tillsammans med en person som hör till patientens vårdteam. Missbruk av konfidentiella hälsouppgifter skall vara straffbart.

Ibruktagandet av ny vård och behandling samt mediciner är förknippat med omfattande ekonomiska intressen. Detta främjar medikaliseringen. Med medikalisering avses att problem i livet och samhället i allt högre grad förklaras utifrån medicinska referensramar. Inom ramen för medikaliseringen görs vardagliga problem till medicinska problem, obetydliga symtom betraktas som allvarliga och riskerna vid sjukdom samt förekomsten av problem överdrivs. Reklam samt missbruk av vårdpersonalens auktoritet som bottnar i ekonomiska intressen stärker medvetenheten om sjukdomar och resulterar i onödiga läkarbesök.

Medikaliseringen skall motarbetas kraftigt, inte bara genom att utveckla vårdsystemet, utan även genom att förbättra kunskapsnivån hos personer som söker vård. Finländarna spenderar över 250 miljoner euro enbart på medicineringar avsedda att sänka blodtryck och kolesterol. Den ökade medicineringen är delvis motiverad, men genom bättre läkemedelsval och en sundare livsstil kunde en betydande del av kostnaderna och de negativa bieffekterna av mediciner undvikas.

Medborgarna kommer antagligen att i allt högre grad ta ställning till sin egen vård i framtiden, oavsett om detta godkänns som utgångsläge för den finländska hälso- och sjukvården eller inte. Patienternas kunskapsnivå och beredskap att delta i beslut som berör den egna vården ökar. Internet erbjuder oberoende av vårdsystemet mångsidiga alternativ för att bedöma erbjuden eller möjlig vård. Det blir allt viktigare att arbeta för att medborgarna skall kunna välja det som är pålitligt och väsentligt med tanke på deras hälsa av all den information som finns att tillgå. Liksom WHO och patientorganisationerna i sina senaste ställningstaganden har påpekat, håller patienterna hur som helst på att få en aktivare roll då det gäller att bestämma om den egna vården. Enligt vissa prognoser kommer patienter eller deras anhöriga år 2015 att inleda mångfaldigt fler rättsliga eller administrativa processer jämfört med i dag. De kommer att gälla felbehandlingar, vård som inte motsvarar riktlinjerna för vård och behandling eller ny, alternativ vård och behandling.

3. Hur tygla de stigande kostnaderna för specialiserad sjukvård och läkemedelsbehandling?

Den nya biotekniken håller på att omvälvla teknikerna inom hälso- och sjukvården. Framförallt gentekniken och användningen av stamceller öppnar nya dörrar. Vårdpraxis och de diagnostiska metoderna utvecklas så snabbt att de beroende på specialområde kan sägas vara fullständigt förnyade på 5–10 år (Linden, 2006). Utvecklingen har varit särskilt snabb i fråga om medicineringar. Ett exempel på detta är att bland de 20 mest använda medicinerna (mätt efter kostnader) vid Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS) år 2003 fanns endast tre av de 20 mediciner som användes mest år 1998.

Den största omvälvningen förväntas ske inom cancervården. Framstegen förutspås dock bli dyra. Experter har uppskattat att cancervården kommer att kosta ungefär 2–3 gånger mer år 2015 än i dag. Detta gäller framför allt nya medicineringar. Enligt Folkpensionsanstaltens ersättningsstatistik steg dess läkemedelskostnader från 677 miljoner euro år 2000 till 1 015 miljoner euro år 2004. Den årliga tillväxten var således cirka 12 procent. Av de symtomatiskt stora sjukdomsgrupperna ökade kostnaderna för cancermedicineringar snabbast: från 54 miljoner euro till 128 miljoner euro, vilket innebär en årlig tillväxt på cirka 25 procent. Ökningen av Folkpensionsanstaltens läkemedelskostnader var en aning snabbare än läkemedelsmarknadens tillväxt i världen. Den globala läkemedelsmarknaden växte under åren 2000–2004 årligen med cirka 10 procent, dvs. från 357 miljarder dollar till 552 miljarder dollar. Praktiska vårdssituationer präglas av den allt svårare etiska frågan om dyra medicineringar i förhållande till deras effektivitet.

Det blir allt viktigare att kunna kontrollera läkemedelsanvändningen på ett mer effektivt sätt än i dag. De senaste årens tendens inom kolesterolmedicineringar är ett bra exempel på att finländska läkare är mycket snabba att ta i bruk de nyaste och dyraste medicinerna. Det finns mycket motstridig information om de dyraste kolesterolmedicinernas effektivitet i jämförelse med billigare mediciner som redan har förlorat sitt patentskydd.

Att ta i bruk ny vård och behandling som bevisligen är effektiv är motiverat i stort sett oavsett kostnaderna. Det är dock mycket viktigt att utveckla ett förfarande som förhindrar offentlig finansiering av icke-verksam vård och behandling eller sådan vård och behandling som är dyr och endast marginellt effektivare än tidigare. Sjukdomsspecifika mätare har utvecklats för att bedöma effektiviteten av vård och behandling. Med hjälp av olika mätare kan man kontrollera den interna effektiviteten av en viss åtgärd eller inom ett specialområde. Som ännu mer lovande framstår de hälsorelaterade mätarna av livskvaliteten. De möjliggör en inbördes jämförelse mellan specialområden i form av kvalitetsjusterade levnadsår (Quality-Adjusted Life Years gained, QALY). I Finland tillämpas redan i relativt stor skala arbetsredskapet 15D. Det anses allmänt – men långt ifrån enhälligt – lämpa sig som nationell effektivitetsstandard i Finland.

Även om alla lösningar som tillämpas i den egentliga vården borde vara bevisligen kostnadseffektiva, får detta inte utgöra ett hinder för att ta fram nya lösningar genom forskning. Den experimenterande kreativiteten och innovativiteten får inte gå förlorad inom den finländska hälso- och sjukvården. Genom att experimentera med nya mediciner och andra nya lösningar inom hälso- och sjukvården har vi möjlighet att nå framgång på den internationella marknaden inom branschen. Utan aktiv medverkan från myndigheternas sida kommer de nya innovationerna inom hälso- och sjukvården knappast att kunna utvecklas inom ramen för det finländska vårdssystemet.

Ett försök att påverka utvecklingen den senaste tiden har varit att utesluta dyra mediciner som endast är marginellt effektivare än billiga mediciner ur förteckningen över mediciner som ersätts av Folkpensionsanstalten. Dagens metoder för att styra utvecklingen är dock inte tillräckliga för att de aktuella utmaningarna skall kunna bemötas effektivt. De stigande utgifterna för den specialiserade sjukvården och medicineringsarna kan inte överlåtas enbart på kommunernas ansvar. Inte ens de stora kommunerna har reella förutsättningar för att inverka på utvecklingen av dessa utgifter i någon nämnvärd grad. Då man därtill beaktar de stora skillnaderna i befolkningens åldrande som kommer att uppstå kommunerna emellan, skulle ansvaret, om det lämnas enbart på kommunerna, leda till ökande skillnader såväl i användningen av hälsovårdstjänsterna som växande hälsoområden och sociala grupper emellan.

Användningen av dyra nyhetsmediciner främjas av att den läkemedelsinformation och fortbildning som läkare erbjuds till största del handhas av marknadsförare inom läkemedelsindustrin. För att läkarna bättre skall kunna jämföra den tillgängliga vårdens effektivitet, negativa bieffekter och kostnader, bör aktörer som tillhandahåller hälsovårdstjänster i större utsträckning se till att opartisk, forskningsbaserad fortbildning och tilläggsutbildning finns att tillgå.

I värsta fall kan en misslyckad kostnadskontroll i fråga om specialistsjukvård och medicineringsarna leda till att hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökar okontrollerat, såsom i USA. En annan följd kan vara att hälso- och sjukvårdssystemet delvis rasar, så att till exempel jourvården slukar merparten av resurserna.

En central utmaning för den riksomfattande organiseringen av hälso- och sjukvården är att tygla kostnaderna för den specialiserade sjukvården och medicineringsarna utan att ge avkall på vårdens kvalitet samt på ett sätt som förbättrar folkhälsan. Organiseringen av hälso- och sjukvården skall år 2015 till väsentlig del grunda sig på ett förfarande, enligt vilket endast kostnadseffektiv vård och behandling finansieras med offentliga medel. Genom forskningsverksamhet skall dock ny innovativ vård och behandling kunna utvecklas.

4. Förebyggande arbete är av central betydelse i den hälsofrämjande verksamheten

Hälsovård som satsar på att förebygga besvär genom att skapa hälsofrämjande livsmiljöer och sundare levnadssätt är effektivare än ökad läkemedelsanvändning: arbetsförhållanden som främjar den mentala hälsan, motion, hälsosam kost, rökfrihet och kontrollerad alkoholkonsumtion.

Vuxendiabetes är en sjukdom som bottnar i ärftliga anlag men vars utbrott i väsentlig grad påverkas av livsstilen. Sjukdomen har ökat snabbt i vårt land. Den drabbar allt yngre åldersklasser, till och med barn. Andelen 12-18-åringar med alarmerande övervikt bland åldersklassen har stigit från cirka 6 procent till cirka 16 procent under perioden 1977–2003. Sannolikheten för överviktiga att drabbas av diabetes är 10-20 gånger större än för normalviktiga (Hakala, 2005).

Det är svårt att uppskatta totalkostnaderna för diabetes inom hälso- och sjukvården eftersom de till största del förorsakas av följsjukdomar till diabetes. Typ 2 diabetes hör typiskt till det s.k. metaboliska syndromet, som förutom högt blodsocker även tar sig uttryck i högt blodtryck, avvikande fettvärden i blodet, ökad koagulering av blodet och bukfetma. I Finland lider uppskattningsvis åtminstone 190 000 personer av typ 2 diabetes (www.diabetes.fi). Diabetes är den största orsaken till njursjukdomar och synskador, och dessutom leder sjukdomen till amputationer och ökar risken för hjärtsjukdomar. Enligt vissa uppskattningar kommer de direkta kostnaderna småningom att överstiga 10 procent av

totalkostnaderna för hälso- och sjukvården (Eerola m.fl., 2001). År 2015 kan utgifterna för diabetes således ligga på närmare två miljarder euro.

Motion och kost spelar en nyckelroll i bekämpningen av diabetes. Informationstekniken tillämpas redan i behandlingen av diabetes i form av stödsystem för egenvård (Eerola m.fl., 2001). Den borde utnyttjas effektivt också i förebyggandet av diabetes.

Medborgarna skall sporras till att motionera ända från barndomen. I skolorna bör andelen motion utökas bland annat genom rastmotion och kampanjer i samarbete med olika organisationer. Som mål bör uppställas att motionsidrotten bildar ett levnadssätt för så många som möjligt och särskilt för personer med ärftliga anlag för fetma och/eller diabetes. Särskilt sådana motionsformer som bidrar till att förebygga sjukdomar inom denna grupp bör understödjas ekonomiskt.

Problem med den mentala hälsan håller på att bli en central utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet. Upp till 700 000 finländare använder för närvarande olika psykmediciner. Till exempel lider 5–6 procent (260 000–310 000 personer) av finländarna av allvarlig depression och 1–2 procent (50 000–100 000 personer) av bipolär personlighetsstörning. År 2004 orsakades 25 procent av det totala beloppet för utbetalda sjukdagpenningar av problem med den mentala hälsan, och 43 procent av invaliditetspensionstagarna hade gått i pension av orsaker relaterade till den mentala hälsan.

Mentala hälsoproblem kan ofta vara både medicinska och sociala. Psykiatri räcker inte som enda vårdform utan man måste också kunna påverka personens livssituation. Enligt Stakes utredning orsakar problem med den mentala hälsan de överlägset största totalkostnaderna för samhället.

I och med att befolkningen åldras blir äldrepsykiatri och den specialkompetens som denna kräver en allt större utmaning. Man känner till exempel inte alltid till hur de nya psykmedicinerna skall doseras och hur de lämpar sig för äldre. Bakom åldersdepressioner ligger ofta ren och skär ensamhet. En annan växande grupp som kräver uppmärksamhet är missbrukare av rusmedel som lider av psykiatriska problem.

Mentalvårdsarbetet, såväl det förebyggande arbetet som vården, skall lyftas till en nivå som motsvarar psyksjukdomarnas samhällsekonomiska och mänskliga betydelse. Behandlingen av mentala hälsoproblem fordrar mer övergripande metoder än tidigare, så att mediciner och andra åtgärder som hänför sig till livssituationen stödjer varandra. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot behandlingens inledande fas, då förutsättningarna för att upprätthålla arbetsförmågan och livskvaliteten är som bäst.

Den ökande tobaksrökningen bland unga, särskilt flickor, är ett problem. Enligt en hälsoundersökning som utförts bland unga, Nuorten terveystapatutkimus, rökte 22 procent av pojkarna och 23 procent av flickorna i åldern 14–18 år dagligen år 2005. Rökningen bland 14–18 åringarna minskade tillfälligt i slutet av 1970-talet efter en lagreform särskilt ämnad att minska rökningen bland unga. Åren 1985–2001 ökade rökningen speciellt bland flickorna. Under åren 2001–2005 har den dagliga rökningen inte längre ökat men inte heller i väsentlig grad minskat (Rimpelä m.fl., 2005).

Under de senaste åren har betydande framsteg gjorts för att minska rökningen framför allt genom att begränsa antalet lokaler där det är tillåtet att röka. Effekterna syns tydligt i rökningen bland vuxna. Åtgärderna har dock inte haft en tillräckligt stor effekt när det gäller unga, särskilt flickor. Det är viktigt att hitta nya metoder för att påverka uttryckligen denna grupp. För att det skall bli lättare att sluta röka bör preparat som underlättar rökavvänjning bli fullständigt ersättningsbara.

En fjärdedel av de förlorade levnadsåren har sin orsak i alkoholrelaterade dödsfall. Även om tobak orsakar fler dödsfall än alkohol, är alkoholen dock en klart större orsak till förlorade levnadsår. Detta beror på att alkoholrelaterade dödsfall i genomsnitt infaller vid betydligt tidigare ålder än andra dödsorsaker. Avlägsnandet av importkvoter vid import av alkohol från Estland och prissänkningen på alkohol, i genomsnitt 33 procent, i början av år 2004 bidrog till att alkoholkonsumtionen i Finland ökade med cirka 10 procent på ett år. Dödsfallen orsakade av alkohol har uppskattningsvis ökat med cirka 15 procent (Stakes meddelande 8.2.2006).

Det är viktigt att storkonsumenterna av alkohol görs uppmärksamma på sin hälsovådliga konsumtion innan allvarliga hälsorisker uppkommit. Det gäller således att fördomsfritt ta i bruk nya lösningar för att minska intagandet av alkohol i berusningssyfte. Den finländska alkoholkulturen bör förändras så att den har mindre negativa påföljder för hälsan.

5. Vården i livets slutskede skall utvecklas

I och med att hälso- och sjukvården utvecklas kontinuerligt är det möjligt att ytterligare förlänga den förväntade livslängden. Å andra sidan finns det risk för att infektionssjukdomar och livsstilssjukdomar som blir pandemier, framför allt diabetes, orsakar en nedgång i den förväntade livslängden.

Dödens verklighet och mötet med den egna döden blir allt viktigare teman i den etiska diskussionen inom hälso- och sjukvården samt när det gäller att utveckla vården av döende patienter. Patientens rätt att bestämma om sin egen vård utgör en viktig princip. Patientens lagstadgade ställning är hos oss stark i internationell jämförelse. Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter skall vården ges i samförstånd med patienten och patienten har alltid rätt att vägra ta emot vård. Patienten skall då ges vård på något annat medicinskt godtagbart sätt. Har patienten tidigare giltigt uttryckt sin bestämda vilja i fråga om vården till exempel i form av ett skriftligt vårdtestamente, får han däremot inte ges vård som strider mot hans viljeförklaring.

Tills vidare har synnerligen få finländare en vårdvilja i skriftlig form, dvs. ett vårdtestamente. Med sin vårdvilja kan patienten ange under vilka omständigheter han vill övergå från vård med inriktning på att bota en sjukdom eller förlänga livslängden till vård i livets slutskede. Vården i livets slutskede går ut på att undvika onödiga behandlingar som är påfrestande för patienten och i stället fokusera på behandlingar som effektivt lindrar symtomen. Den yrkesmässiga definitionen av principerna för vård i livets slutskede skall göras av yrkespersoner inom vård, precis som på andra vårdområden. Eftersom uppfattningarna om vårdens påfrestning och livskvaliteten efter sjukdomens utbrott kan ha färgats av falska och fördomsfulla föreställningar, bör vårdviljan alltid utformas i samråd med en yrkesperson.

I sitt vårdtestamente skall patienten också kunna utse en person till sin förtrogne, då denne gett sitt samtycke därtill. Den förtrogne har rätt att tala för patienten i det stadium av sjukdomen då patienten inte längre själv kan ge uttryck för eller yttra sin egen vilja. Den förtrogne kan vara en anhörig eller en vän till patienten eller också en yrkesperson inom hälso- och sjukvården, vars omdöme patienten förlitar sig på i eventuella svåra valsituationer som berör vården. Att utse en förtrogen förhindrar också eventuella konfliktsituationer till följd av att de anhörigas åsikter om vårdalternativen går isär. Den förtrognes ställning skall definieras i lagen om patientens ställning och rättigheter.

En god död har stor samhällelig betydelse. Bra vård i livets slutskede är en värdefull tillgång inte bara för patienterna utan för hela samhället. Sjukdom, handikapp eller annan svaghet minskar ingen människas människovärde och denna etiska princip skall synas även i vården av patienter.

Att möta döden är en världsåskådningsfråga med djup mening. Att sjukdomar förknippade med en lång livslängd har ökat, som till exempel demens, ställer utmaningar på vår hälso- och sjukvård då det gäller att satsa på mänsklig och individuell vård i livets slutskede med respekt för döende patienter. Medborgarna bör ha bättre möjligheter att med ett vårdtestamente påverka under vilka omständigheter vård i livets slutskede inleds. Den som har upprättat ett vårdtestamente bör ha rätt att utse en person som tolkar hans vilja i fråga om vården då patienten inte längre själv är kapabel därtill. Meningsfull vård inför döden skall dock vara tillgänglig för alla – också för personer som inte har gjort upp ett separat vårdtestamente. Kunskap om vård i livets slutskede skall utgöra en del av såväl läkarnas som hälsovårdpersonalens grundutbildning i vårt land.

6. Helhetslösning för den riksomfattande organiseringen av hälso- och sjukvården år 2015

6.1 Allmänna utgångspunkter och använda begrepp

I detta avsnitt av debattinitiativet presenteras och motiveras kort den grundlösning som föreslås för den nationella organiseringen av hälso- och sjukvården. Modellen som presenteras här verkar vara den mest funktionella på lång sikt av de modeller som granskats inom en treårig bedömningsprocess, oavsett vilka konsekvenserna av kommunreformen blir för kommunstrukturen inom de närmaste åren.

Målet med grundlösningen är en bra, heltäckande och välfungerande offentlig hälso- och sjukvård som medborgarna har förtroende för. I genomförandet av lösningen skall särskild uppmärksamhet fästas vid jämlikheten. En demokratisk beslutsprocess, styrning och övervakning hör till grundvalarna för den finländska förvaltningen, även för hälso- och sjukvården. Modellen som presenteras i initiativet bygger på kommunalt självstyre och kommunal demokrati nära medborgarna.

Centrala utgångspunkter i den föreslagna lösningen vid sidan av den kommunala demokratin och patienternas möjligheter att påverka är vårdkedjornas smidighet, utvecklingen i befolkningens åldersstruktur som medför olika konsekvenser i olika delar av landet, tillgången på vårdpersonal och personalens motivation samt kostnadseffektiv anskaffning av apparatur och mediciner som tillämpas i vården. Som en särskild utmaning framställs den effektiviserade specialiserade sjukvården, som kommer att ge upphov till betydande kostnadstryck inte bara inom den närmaste framtiden, utan framför allt i en mer avlägsen framtid. För att kunna möta dessa utmaningar är det viktigt att fästa särskild uppmärksamhet vid att arbetsfördelningen inom den offentliga och privata hälso- och sjukvården sker ändamålsenligt.

Organiseringen av hälso- och sjukvården skall utgå från ett demokratiskt beslutsfattande och medborgarnas möjligheter att påverka den egna vården. Framtidsutskottet anser att kommunerna skall bära ansvaret för organiseringen av tjänsterna och planeringen av vården även år 2015. Privata social- och hälsovårdstjänster och organisationernas verksamhet kompletterar de kommunala tjänsterna och skapar alternativ till dessa.

Följande centrala begrepp har använts i beskrivningen av organiseringsmodellen:

Hälsovårdsområde: Ett regionalt område som i sin typiska form är uppbyggt kring ett pendlingsområde. Inom området är det naturligt att anordna åtminstone äldreomsorg, primärvård under dagtid samt merparten av den vård som hänför sig till upprepad medicinering av kroniska sjukdomar. Hälsovårdsområdet hör till ett hälsovårdsdistrikt eller bildar i sig själv ett hälsovårdsdistrikt. I detta fall skall hälsovårdsområdet vara tillräckligt stort till sitt befolkningsunderlag och det skall ha tillräcklig baskännedom när det gäller att beställa specialiserad sjukvård av välfärdsdistriktet, till exempel via ett kretssjukhus som är beläget inom området.

Hälsovårdsdistrikt: Ett område som bildas av kommunerna på området och som kan ansvara för en del av distriktets specialiserade sjukvård och jourtjänstgöringen i anslutning till denna. Den egna produktionen förser hälsovårdsdistriktet med kunskapsmässiga färdigheter att beställa specialiserad sjukvård av välfärdsdistriktet. I praktiken ansvarar det nuvarande kretssjukhuset eller centralsjukhuset inom sjukvårdsdistriktet för merparten av den specialiserade sjukvården på basnivå som distriktet producerar självt. Till hälsovårdsdistriktet hör ett eller flera hälsovårdsområden.

Specialiserad sjukvård på basnivå: Den del av den specialiserade sjukvården, vars produktion hälsovårdsdistriktet kan ta på sitt eget ansvar. I de olika hälsovårdsdistrikten varierar denna andel beroende på vilken specialkompetens hälsovårdsdistriktets kretssjukhus/centralsjukhus innehar. Den återstående andelen beställs via välfärdsdistriktet genom förhandling. Välfärdsdistriktet kan genom sanktioner och gemensamma avtal för alla hälsovårdsdistrikt på området förhindra lösningar som är oändamålsenliga med tanke på helheten, som till exempel överlappande anskaffning av apparatur.

Välfärdsdistrikt (miljondistrikt): En sektor som ägs av kommunerna i området och som beställer samt anordnar huvudsakligen specialiserad sjukvård för hälsovårdsområdets eller hälsovårdsdistriktets räkning. Efter övergångsperioden producerar distriktet dock inte längre tjänster. Inom välfärdsdistriktet finns ett universitetscentralsjukhus eller någon annan enhet som klarar av mer krävande behandlingar och högklassig medicinsk forskning. Ett av välfärdsdistrikten får till uppgift att ansvara för den svenskspråkiga sjukvården på denna kravnivå. Välfärdsdistriktet har getts ansvaret över planeringen av ett rättvist främjande av välmågan och särskilt hälsan inom området. Uppgiften handhas av välfärdsdistriktet i samarbete med hälsovårdsdistrikten och det riksomfattande hälso- och sjukvårdsrådet. Välfärdsdistriktet får delfinansiering av staten för verksamhet som gäller högspecialiserad sjukvård och kampanjer som anordnas i syfte att utjämna hälsoskillnaderna inom området för välfärdsdistriktet.

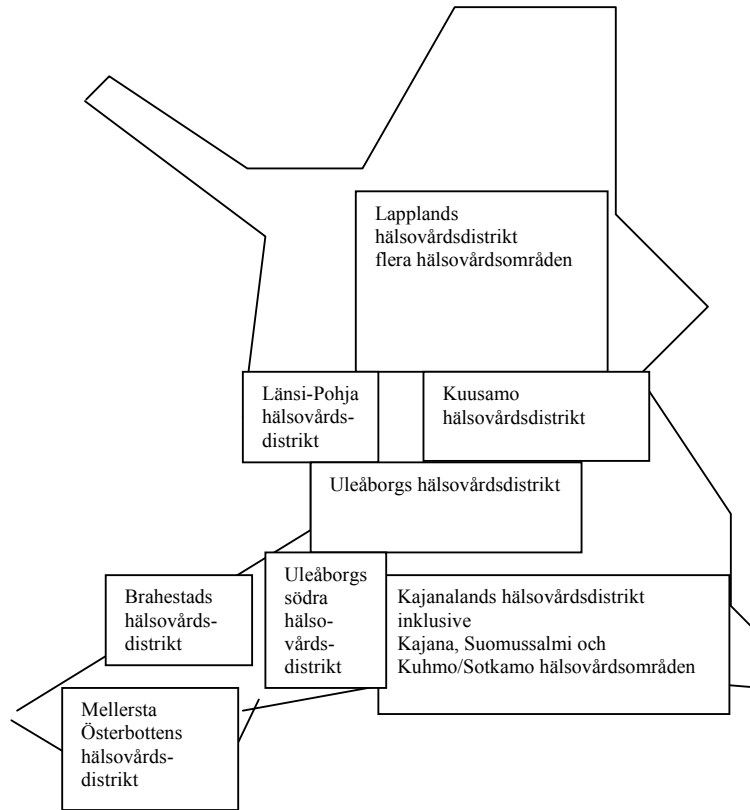
De nuvarande sjukvårdsdistrikten och deras olika uppgifter:

I debattinitiativets modell förekommer inga sjukvårdsdistrikt som liknar de nuvarande. De nuvarande sjukvårdsdistriktens förändrade uppgifter kan i huvudsakliga drag beskrivas med hjälp av följande tabell:

De nuvarande sjukvårdsdistriktens förändrade uppgifter fram till år 2015

	Verksamhet som baserar sig på kommunala förtroendevalda	Verksamhet som produktionsbolag i kommunens ägo (icke-vinstsyftande affärsverk eller aktiebolag som strävar efter vinst)
Universitets-sjukvårdsdistrikt	Fungerar som beställande kärnorganisation inom välfärdsdistriktet med stöd av sitt sakkunniga produktionsbolag, kommuners/hälsodistrikts representation i miljondistriktet och inköpsexperter Anordnare och eventuell producent av specialiserad sjukvård på basnivå inom sina hälsovårdsdistrikt, åtminstone i anslutning till centralsjukhusets hälsovårdsdistrikt	Produktionsbolag som fungerar som expertorganisation för specialiserad sjukvård, medicinsk forskning och utbildning. Dess specialkompetens värderas högt såväl på riksnivå som internationellt. Fungerar i intensivt samarbete med produktionsorganisationer i andra välfärdsdistrikt utifrån en expertisbaserad arbetsfördelning Tillhandahåller i egenskap av affärsverk eller aktiebolag tjänster i första hand inom sitt eget område men också utanför det
Sjukvårdsdistrikt som är indelade i flera hälsovårdsdistrikt	Anordnare och eventuell producent av specialiserad sjukvård på basnivå inom sina hälsovårdsdistrikt, åtminstone i anslutning till centralsjukhusets hälsovårdsdistrikt	Kan alternativt anslutas till produktionsverksamheten i universitetssjukvårdsdistrikten
Hälsovårdsdistrikt som bildas av ett sjukvårdsdistrikt	Fungerar som anordnare och producent av specialiserad sjukvård på basnivå inom sitt hälsovårdsdistrikt	Försäljning av sådana tjänster som kan produceras förmånligt för personer utanför området

Hälso- och sjukvårdsrådet: Till det auktoritativa nationella hälso- och sjukvårdsrådet som tillsätts av statsrådet hör ministrarna inom branschen, de ledande tjänstemännen, representanter för den kommunala sektorn och välfärdsdistrikten samt representanter för yrkespersoner inom branschen. Rådets viktigaste uppgift är att organisera och koordinera hälso- och sjukvården på riksnivå, särskilt den specialiserade sjukvården. Rådet bidrar i samarbete med välfärdsdistrikten till arbetsfördelningen mellan universitetssjukhusen i fråga om anordnande av högspecialiserad vård. Som rådets centrala beredande organ fungerar en sektion för specialiserad sjukvård som har stora befogenheter då det gäller att godkänna ny vård och behandling och bedöma den vård och behandling som tillämpas från tidigare. Rådet kan även ha en sektion för ekonomisk bedömning av hälso- och sjukvården.



Som ett exempel på hur den föreslagna regionala lösningen kan ta form, presenteras en skiss av det norra välfärdsdistriktet år 2015. Skissen är endast av illustrativ karaktär och den egentliga lösningen kan avvika avsevärt från denna.

Det norra välfärdsdistriktet består av det nuvarande specialansvarsområdet för specialiserad sjukvård, dvs. ERVA-regionen. Dit hör för närvarande Lapplands, Länsi-Pohja, Kajanalands, Norra Österbottens och Mellersta Österbottens sjukvårdsdistrikt. I början av år 2005 bodde 725 000 personer inom området.

ERVA-regionens kommuner äger välfärdsdistriktet antingen direkt eller via hälsovårdsdistrikten. Varje kommun i välfärdsdistriktet hör till ett av välfärdsdistriktets åtta hälsovårdsdistrikt. Välfärdsdistriktets verksamhet stöds av ett centralsjukhus eller ett kretssjukhus som anordnar specialiserad sjukvård:

- Lapplands hälsovårdsdistrikt: Lapplands centralsjukhus
- Länsi-Pohja hälsovårdsdistrikt: Länsi-Pohja centralsjukhus
- Kuusamo hälsovårdsdistrikt: Kuusamo sjukhus
- Uleåborgs hälsovårdsdistrikt: Uleåborgs universitetscentralsjukhus
- Uleåborgs södra hälsovårdsdistrikt: Oulaskangas kretssjukhus
- Brahestads hälsovårdsdistrikt: Brahestads kretssjukhus
- Kajanalands hälsovårdsdistrikt: Kajanalands centralsjukhus
- Mellersta Österbottens hälsovårdsdistrikt: Mellersta Österbottens centralsjukhus.

Det är omöjligt att förutspå vilken form hälsovårdsområden med ett befolkningsunderlag på cirka 15 000–40 000 personer kommer att ta i de ovan nämnda hälsovårdsdistrikten. Uleåborgs hälsovårdsdistrikt utgör i varje fall ett specialfall. Endast för Kajanalands del kan man anta att hälsovårdsdistriktet kommer att bestå av Kajana (nuvarande befolkningsunderlag 44 000 invånare), Suomussalmi (17 000) samt Kuhmo/Sotkamo (22 000). Med största sannolikhet kommer man i Lappland att vara tvungen att godta hälsovårdsområden med långt under 15 000 invånare. Ett viktigt syfte med välfärdsdistriktet är att de nuvarande, delvis konstgjorda gränserna för sjukvårdsdistrikten kan överskridas då hälsovårdsdistrikten bildas. Detta är ändamålsenligt till exempel i Kemijärvis fall, jämför hänvisning nedan.

6.2 Bakgrund till organisationslösningen

Statsrådet fattade 11.4.2002 ett principbeslut om trygghet av hälso- och sjukvården i framtiden. I principbeslutet definieras utgångspunkterna för hälso- och sjukvårdens regionala utveckling. I beslutet konstateras bland annat följande: "Primärhälsovården ordnas som en regional funktionell helhet. Ett rekommenderat befolkningsunderlag är 20 000–30 000 invånare. Enheter som är uppbyggda på detta sätt har 12–18 läkare. Då helheter bildas skall dock de lokala förhållandena beaktas. Då nätverk av verksamhetsställen bildas skall hänsyn tas till att avstånden inte utgör ett hinder för att använda tjänsterna..." Det funktionella samarbetet och arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården ordnas specialansvarsområdesvis. Sjukvårdsdistriktet ingår samarbetsavtal, går samman eller bildar hälso- och sjukvårdsdistrikt. Kretssjukhusen bildar hälso- och sjukvårdsområden tillsammans med primärhälsovårdsenheterna inom området eller verkar som en del av centralsjukhuset på området.

En central utgångspunkt för statsrådets principbeslut var att skapa smidiga servicekedjor mellan primärhälsovården, äldreomsorgen och den specialiserade sjukvården. Expertberäkningarna och forskningsresultaten som samlats ihop i samband med ett bedömningsprojekt stöder uppfattningen att det är rationellt med hänsyn till framtida utmaningar att samordna enheter med ansvar för cirka 15 000–40 000 personer, dvs. hälsovårdsområden. Enligt Statens ekonomiska forskningscentral (VATT) undersökning från år 2003 beträffande hälsovårdscentraler ledda av allmänläkare (Aaltonen m.fl., 2005) var medianbefolkningsunderlaget för den mest effektiva tiondelen av hälsovårdscentralerna cirka 16 000 invånare, medan medianbefolkningsunderlaget för alla hälsovårdscentraler ledda av allmänläkare låg på knappt 10 000.

I fråga om samordningen av den specialiserade sjukvården på basnivå med primärhälsovården och äldreomsorgen visar uppskattningar på att det är lönsamt att flera hälsovårdsområden ingår samarbete genom att gruppera sig kring ett kretssjukhus eller ett centralsjukhus med ansvar för den mer kontinuerliga jourtjänstgöringen, dvs. bildar ett hälsovårdsdistrikt. Befolkningsunderlaget för de största enheterna i ett sådant arrangemang, dvs. för enheter som huvudsakligen ansvarar för den specialiserade sjukvården på basnivå, bör vara minst 20 000 personer. Lösningen som sådan lämpar sig förmodligen inte i stora centrum eller i deras närområde. Uppskattningsvis 60–80 procent av vårdkedjorna inom äldreomsorgen, primärhälsovården och den specialiserade sjukvården kan skötas av ett hälsovårdsdistrikt med cirka 50 000–150 000 invånare. År 2003 fungerade 5 universitetssjukhus, 16 centralsjukhus och 33 andra kommunala sjukhus i sjukvårdsdistriktens regi. Av dessa kunde eventuellt cirka 40 fungera som utgångspunkter i utvecklingen av hälso- och sjukvårdsområden av ovan nämnda slag.

Det finns redan bra exempel på lösningar av ovan nämnda slag, där enheterna består av ett befolkningsunderlag på 20 000–150 000 invånare. Utöver Brahestad, som redan hänvisats till i egenskap av ett hälsovårdsdistrikt med ett befolkningsunderlag på 36 000 personer, har liknande lösningar utvecklats i flera andra stadsregioner. Forssa-regionens samkommun för hälsovård (FSTKY) har bildats

med stöd av kretssjukhuset. Befolkningsunderlaget för sammanslagningen är 36 000 personer. Forssa-regionens samkommun för hälsovård (FSTKY) ansvarar för de fem medlemskommunernas hälsovårdsservice i sin helhet genom att själv producera och beställa tjänster. Kommunernas samtliga hälso- och sjukvårdsutgifter har gått via samkommunen sedan år 2001 (Puro och Suhonen, 2005). Kommunerna har hört till Egentliga Tavastlands sjukvårdsdistrikt, men samkommunen har kunnat köpa tjänster av ändamålsenliga organisationer enligt eget val och tycke. På basis av samkommunens granskning i enlighet med budgeteringen har andelen tjänster som producerats på egen hand utgjort cirka 60 procent och andelen köpta tjänster cirka 40 procent av de sammanlagda tjänsterna. Utifrån erfarenheterna i Forssa kan man dra slutsatsen att redan en enhet som fungerar med ett befolkningsunderlag under 40 000 personer, kan producera över hälften av tjänsterna för hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen på egen hand. Liknande lösningar som de i Forssa och Brahestad har under de senaste åren genomförts i Jämsä med ett befolkningsunderlag på 24 000 personer, Imatra 30 000, Kemijärvi 10 000, Pieksämäki 25 000, Mänttä 13 000 och Raumo 33 000.

Med undantag av Mänttä och Kemijärvi uppfyller dessa projekt villkoret om ett befolkningsunderlag på 20 000 personer. Med tanke på framtida lösningar är det motiverat att behandla åtminstone Kemijärvi snarare som ett hälsovårdsområde än ett hälsovårdsdistrikt. År 2003 tog Kemijärvi initiativet till att organisera en gemensam läkarjour för kommunerna i Östra Lappland (Kemijärvi, Pelkosenniemi, Posio, Salla och Savukoski) och Nordöstra Österbotten (Kuusamo och Taivalkoski). Detta överensstämmer väl med uppfattningen att Kemijärvi kunde utgöra en del av ovan nämnda Kuusamo hälsovårdsdistrikt med ett befolkningsunderlag som därigenom skulle omfatta cirka 45 000 invånare. Också för den specialiserade sjukvårdens del har ifrågavarande område en mycket tydligare anknytning till miljon-distriktet, dvs. Uleåborg, än till Rovaniemi.

Exempel på samarbete inom ett mera vidsträckt område är Kajanaland, Östra Savolax och Päijänne-Tavastland. Till Kajanaland har redan hänvisats ovan. Kajanaland kan ses som ett typexempel på hur ett hälsovårdsdistrikt i praktiken kan indelas i olika hälsovårdsområden. Det är meningen att Östra Savolax hälso- och sjukvårdsdistrikt med ett befolkningsunderlag på drygt 60 000 personer skall inleda sin verksamhet 1.1.2007. Medlemskommunernas fullmäktige fattar beslut i anslutning till inledande av verksamheten under våren 2006. Hälsovårdsdistriktsprojektet inleddes utifrån en utredning som gjorts av Stakes (Pekurinen m.fl., 2003). Grundprincipen för projektet i Östra Savolax har varit ”kontroll över hela vårdkedjan”. Avsikten är att organisera primärvården i samma organisation där baskommunerna anordnar socialverksamhet, framför allt åldringsservice. Tjänsterna skall omorganiseras till servicehelheter för barn/barnfamiljer, personer i arbetsför ålder och åldringar, i likhet med arrangemanget i Kajanaland.

Päijänne-Tavastlands hälsovårdsdistrikt avviker på ett avgörande sätt från Kajanaland och Östra Savolax på grund av det avsevärt större befolkningsunderlaget (cirka 210 000). Det har förekommit fler problem i uppbyggandet av distriktet än i Kajanalands och Östra Savolaxs regioner. Enligt Päijänne-Tavastlands förbunds ställningstagande våren 2006, förmår man inte enbart med hjälp av distriktsmodellen att lösa de problem som kommer att uppstå i serviceproduktionen under de följande årtiondena, även om Päijänne-Tavastland har förbundit sig att testa modellen. I Päijänne-Tavastland ser man frågor i anslutning till avgörandet om ägarstyrning som ett hot mot genomförandet av distriktsmodellen, såsom problemet med herrelösa pengar. Principmässiga svagheter med distriktsmodellen och det offentliga monopolet är enligt förbundets uttalande den stigande kostnadsnivån. Landskapsförbundet i Päijänne-Tavastland har tagit ställning till grundandet av en kommun som täcker hela regionen. Uppslutningen kring en så omfattande samordning av funktioner har dock varit varierande bland kommunerna på området.

Ett stort befolkningsunderlag i sig kan inte utgöra ett hinder för att bilda ett hälsovårdsdistrikt. Det väsentliga är att den lokala demokratin inom området fungerar bra. De stora bosättningscentrumen och de goda interna kommunikationsförbindelserna inom hälsovårdsdistriktet talar för ett betydligt större

befolkningsunderlag än det approximativa underlaget på 150 000 invånare som angetts för hälsovårdsdistrikten. Då man utgår ifrån att välfärdsdistrikten skall styra verksamheten på ett kraftfullt sätt, är det likväl inte motiverat att pressa kommunerna till att bilda större hälsovårdsdistrikt än de har beredskap för med hänsyn till de lokala förhållandena och kraven på lokal demokrati. I synnerhet uppfattningen att gränserna för de framtida hälsovårdsdistrikten skall följa de nuvarande sjukvårdsdistriktens gränser bör allmänt taget förkastas. Hälsovårdsdistrikt som bygger på stora befolkningsunderlag väcker frågor i synnerhet då det gäller äldreomsorgen och organiseringen av ändamålsenligt boende för äldre. Hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen, inklusive samordningen av äldreomsorgen, fordrar människonära och flexibla lösningar. Då beslutsfattandet och organiseringen av vården sker närmare medborgarna, är det lättare för äldre att göra sin röst hörd i beslutsprocessen.

I fråga om högspecialiserad sjukvård och kontroll av läkemedelskostnader kommer ett befolkningsunderlag på 200 000 personer uppenbarligen inte att vara tillräckligt för att svara på framtida utmaningar. För detta ändamål fordras enheter med ett betydligt bredare befolkningsunderlag. Endast enheter med ett befolkningsunderlag på minst cirka 600 000 personer, och även då endast i intensivt samarbete på riksnivå, kan tänkas ha de förutsättningar i fråga om kompetens och storlek som fordras för att i påtaglig grad påverka kostnaderna för allt dyrare medicineringar inom den högspecialiserade sjukvården i framtiden. Samma sak gäller för ett fullskaligt utnyttjande av de möjligheter som informationstekniken och laboratorieautomatiken erbjuder.

Tanken på hälsovårdsdistrikt med ett befolkningsunderlag på cirka 200 000 personer liknar den nuvarande lösningen i Sverige, där 21 landsting ansvarar för organiseringen av hälso- och sjukvården. Den i Sverige sommaren 2004 tillsatta parlamentariska Ansvarskommittén utreder som bäst den nya organiseringen av hälso- och sjukvårdens regionalförvaltning. Kommitténs ordförande, landshövding Mats Svegfors, har i offentligheten och i sitt inledningsanförande till framtidsutskottet under dess besök i Sverige 21.2.2006, förutspått att ansvaret för hälso- och sjukvården i Sverige kommer att överlåtas på sex universitetssjukhusområden, s.k. storlandsting (hos oss ERVA-regionerna). Som motivering framför Svegfors erfarenheterna av storlandstingsförsöken i Skåne (1,1 miljoner invånare) och Västra Götaland (1,6 miljoner invånare) och kraven på att möta de framtida utmaningarna inom hälso- och sjukvården. De identifierade framtida utmaningarna överensstämmer i väsentlig grad med de utmaningar som fastställts i bedömningen gjord under ledning av framtidsutskottet.

6.3 Välfärdsdistriktets uppgifter år 2015

Vilka uppgifter kan tilldelas välfärdsdistrikten, som skall fungera med ett befolkningsunderlag på minst cirka 600 000 personer och i sin typiska form tillhandahålla service för hälsovårdsdistrikt bestående av cirka 20 000–150 000 personer? Erfarenheter av denna typ av verksamhet finns redan inom specialansvarsområdena för den specialiserade sjukvården (ERVA-regionerna) vid Tammerfors universitetssjukhus (TAYS) (befolkningsunderlag 1 200 000 personer) och Uleåborgs universitetssjukhus (OYS) (befolkningsunderlag 725 000 personer). Inom dessa regioner har verksamhet utövats inom följande sektorer:

- 1) *Konkurrensutsättning av läkemedelsanskaffningar åtminstone i de vårdenheter som finns i kommunernas ägo.* Konkurrensutsättningen av läkemedelsanskaffningar som organiserats av Tammerfors universitetssjukhus (TAYS) har resulterat i betydande inbesparingar i ERVA-regionens kommuner.

- 2) *Andra anskaffningar.* Tammerfors universitetssjukhus (TAYS) har inom sitt sjukvårdsdistrikt konkurrenssatt anskaffningen av vårdapparatur för diabetes med betydande besparingar som följd.
- 3) *Organisering av arbetsfördelningen i fråga om uppgifter som kräver specialkompetens.* Behandlingen av hjärtkirurgi inom den norra ERVA-regionen håller på att koncentreras till Uleåborgs universitetssjukhus. Därtill förbereds en arbetsfördelning för intensivvård, vård av andningsförämning och psykiatrisk vård inom samma område.
- 4) *Befästade av anvisningar för och prioritering av god medicinsk praxis.* Valfärdsdistriktet kunde beviljas ett särskilt forskningsanslag bland annat för experimentell vård och behandling, vars kostnadseffektivitet kan ifrågasättas och som inte godkänns för provanvändning i den riksomfattande bedömningen.
- 5) *Främjande av jämlik service och smidiga vårdkedjor i alla kommuner inom ERVA-regionen.* Inom ERVA-regionen för Uleåborgs universitetssjukhus (OYS) har bland annat jourtjänstgöringen, transporter och köregister varit föremål för granskning.
- 6) *Förebyggande arbete.* Inom ERVA-regionen för Uleåborgs universitetssjukhus (OYS) har målobjekt varit typ 2 diabetes och ett rökfritt sjukhus.
- 7) *Informationstekniska tillämpningar.* Skapande av informationssystem som är kompatibla på riksnivå; Contact Center-tjänsten som baserar sig på telefon och e-post och täcker hela ERVA-regionen eller delar av den; befestade av enhetliga elektroniska journaler; kompatibla remiss-, feedback-, och konsultationssystem; befestade av DRG-fakturerings; elektronisk arkivering av bilder och den därtill anslutna utvecklingen av diagnostisk avbildning.
- 8) *Andra eventuella uppgifter, som har begrundats inom ERVA-regionen för Uleåborgs universitet (OYS):* anordnande av fortbildning, skapande av en arbetskraftsbank, organisering av arbetsrotation, beredskapsplanering, internationellt samarbete.

I olika utlåtanden under våren 2006 har flera landskap och kommuner i vårt land framfört önskemål att ansvaret för åtminstone den mest högspecialiserade sjukvården överläts på staten. Detta kan inte anses vara ändamålsenligt i ett system som redan nu lider av den flerkanaliga finansieringsstrukturen som uppstått till följd av kommunernas, Folkpensionsanstaltens och Penningautomatföreningens separata finansieringar. Riksdagsledamöterna som suttit som medlemmar i styrningsgruppen för bedömningsprojektet angav den flerkanaliga strukturen som det största problemet inom hälso- och sjukvården sommaren 2004. I stället för att förstatliga uppgiften är det mer rationellt att överlåta den på valfärdsdistrikten med statlig finansiering.

Valfärdsdistrikten kunde anta en aktiv roll inte bara i fråga om vårdinrättningens läkemedelsanskaffning utan också beträffande den övriga läkemedelsförsörjningen inom området. Enligt vissa prognoser kommer de finländska apotekens monopolställning i fråga om läkemedelsdistributionen gradvis att avvecklas fram till år 2015. Privathushållen skall ha möjlighet att använda webbapotek på ett kontrollerat sätt. Webbapoteken skall också kunna ta emot recept i elektronisk form (jfr servicesedlar nedan). Den allt intensivare konkurrensen mellan webbapoteken tyder på att de finländska apoteken kommer att anta en aktiv roll som tutorer för medborgarnas egenvård i samarbete med den offentliga hälsovården. I Finland kan ett stort antal hälsovårdstutorer med farmaciutbildning komma att verka år 2015. De kan fungera som stödpersoner särskilt åt personer som lider av kroniska sjukdomar med stöd av avtal som ingåtts med kommunerna. En sådan utveckling är mycket naturlig, för medicineringens betydelse i behandlingen av många kroniska sjukdomar ökar, och det är viktigt att det finns personer som kan ta ansvar för kontrollen

av individens läkemedelsanvändning som helhet. I många åldringars fall är medicineringen i samband med flera olika sjukdomar redan helt okontrollerad.

Lämpliga tilläggsuppgifter för välfärdsdistrikten utöver de ovan nämnda uppgifterna är koordinering av laboratorietjänsterna inom området och styrning av vårdinrättningskvoterna.

6.4 Servicesedelssystemet som handhas av välfärdsdistriktet

Servicesedeln är en uppgift som eventuellt kan överlåtas på välfärdsdistriktet. Servicesedelssystemet kan möjligtvis erbjuda ett mer kostnadseffektivt sätt att producera sådana tjänster som ersätts av Folkpensionsanstalten. Systemet som beskrivs nedan innebär inte att privata producenter av hälsovårdstjänster får en större offentlig finansieringsandel i jämförelse med nuvarande praxis. Än finns det dock inte tillräcklig information om eventuella problem med systemet. Endast utifrån olika försök kan man allvarligt överlägga att ta systemet i bruk.

Servicesedelssystemet har fyra mål:

- 1) Den privata serviceproduktionen skall kunna komplettera den offentliga serviceproduktionen på ett bättre sätt. Om det till exempel finns för få ögonläkare inom den offentliga sektorn på ett visst område, kan servicesedeln användas till att skaffa tilläggstjänster.
- 2) En rimlig prisnivå skall garanteras. Beställarorganisationen konkurrensutsätter och certifierar serviceproducenterna. Det är ovanligt att en serviceproducent inte certifieras.
- 3) Verksamhetens kvalitet skall garanteras. Man förutsätter till exempel riktlinjer för vård och behandling som följer god medicinsk praxis samt uppföljning av vårdens effektivitet och kvalitet i fråga om mer krävande vård och behandling.
- 4) Med hjälp av servicesedelssystemet skall konkurrensen om hälso- och sjukvårdens arbetskraft mellan den offentliga och privata sektorn dämpas.

Servicesedelssystemet har betydande konsekvenser för sättet att organisera företagshälsovård. Det nuvarande handlings sättet inom företagshälsovården är en stor orsak till att rättvisa inte förverkligas inom hälso- och sjukvården i Finland (Teperi, 2005). Enligt en jämförande undersökning av 21 länder som offentliggjordes av OECD år 2004, förekommer det stora problem när det gäller social rättvisa inom den finländska hälso- och sjukvården i fråga om läkarbesök: när servicebehovet beaktats visade fördelningen av läkarbesök på att högvärlönde gynnas mest i USA, Portugal och Finland. Företagshälsovården producerar i stadig takt allt fler läkarbesök inom primärvården. För närvarande är det endast företagshälsovården som kan erbjuda användaren kostnadsfria läkarbesök med den bästa tillgängligheten. Tjänsternas täckning är sämst i atypiska arbetsförhållanden. Den mest heltäckande företagshälsovården har arbetstagare med fast anställning hos stora arbetsgivare, som dessutom ofta är högvärlönde.

Sjukvårdstjänsterna ingår allt oftare i företagshälsovården. Företagshälsovårdens roll som serviceproducent inom öppen vård för den arbetande befolkningen ser ut att växa ytterligare. Att ansluta sjukvården till företagshälsovården är frivilligt för arbetsgivaren.

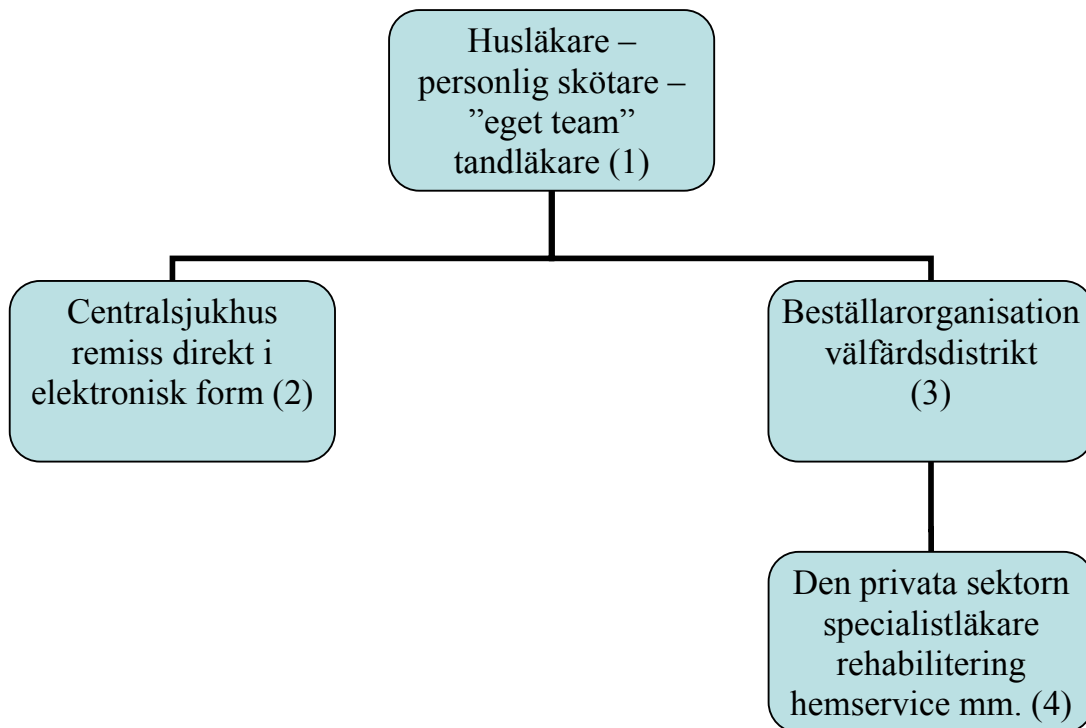
Folkpensionsanstalten ersätter 50 procent av sjukvårdskostnaderna för företagshälsovården och de resterande kostnaderna är skatteavdragsgilla för arbetsgivaren. Samhället ersätter således merparten av sjukvården inom företagshälsovården. Arbetsgivarna köper en stor del av dessa tjänster av privata läkarstationer.

Privata läkararvoden ersätts till 60 procent, men de räknas utifrån en taxa som bekräftats av Folkpensionsanstalten. I praktiken är de faktiska ersättningarna för privatläkarkostnader betydligt lägre. Detta beror på att Folkpensionsanstaltens ersättningstaxa ligger klart under de faktiska läkararvodena. År

2004 uppgick den genomsnittliga faktiska ersättningen för läkararvoden till 30,3 procent. Folkpensionsanstalten betalade ersättningar till ett belopp av 65 miljoner euro. Inom företagshälsovården betalades år 2003 ersättningar enligt sjukförsäkringslagen till ett över dubbelt så stort belopp för företagshälsovård vid privata läkarstationer (68 miljoner euro) än för vård vid hälsovårdscentraler (30 miljoner euro).

Servicesedelssystemet baserar sig på ett avgörande sätt på de elektroniska journalerna och deras bifogade filer som skall gå att öppna överallt i Finland. Såvida systemet visar sig fungera väl på försöksnivå, kan största delen av serviceproduktionen samt finansieringsgrunden i dess helhet när det gäller kostnadseffektiva behandlingar år 2015 skötas offentligt eller finansieras med servicesedlar inom den finländska hälso- och sjukvården. För att systemet skall fungera är det väsentligt att medborgarna erbjuds möjligheten att själva välja vårdproducent, åtminstone till den del detta möjliggörs av Folkpensionsanstaltens nuvarande ersättningssystem. Systemet bör därtill vara så flexibelt att det lämpar sig även för situationer som fordrar brådskande vård. Systemet lämpar sig kanske bäst för vård av kroniska sjukdomar.

Servicesedeln som handhas av välfärdsdistriktet kan till exempel fungera på följande sätt inom försöksområdet:



- 1) År 2015 har varje medborgare en husläkare eller ett ”eget team”, dvs. ett team bestående av flera läkare och hälsovårdare, som upprättas antingen vid hälsovårdscentralen eller inom den privata sektorn till exempel i anslutning till företagshälsovården. I det egna teamet finns en personlig skötare som styr personen framåt inom teamet. Kontakt med teamet eller läkaren sker normalt per telefon eller e-post via Contact Center. Den personliga skötaren eller husläkaren tar antingen hand om patienten själv eller hänvisar patienten vidare. Den personliga skötaren eller husläkaren kan antingen förflytta patienten (om hälsovårdscentralen och

centralsjukhuset hör till samma organisation), utfärda remiss (om centralsjukhuset hör till en annan organisation) eller lämna ansökan om servicesedel (om patienten så önskar eller det i övrigt är ändamålsenligt att använda privata tjänster). Alla former av remisser sker elektroniskt. Även andra teammedlemmar än läkare kan under anvisning lämna ansökan om servicesedel.

- 2) Remissen eller beslutet om förflyttning av patienten skickas till centralsjukhuset på elektronisk väg och centralsjukhuset vårdar patienten på ungefär samma sätt som i dag.
- 3) Ansökan om servicesedel skickas till beställarorganisationen i elektronisk form och denna bedömer behovet av servicesedeln utifrån klart definierade principer. I princip beviljas servicesedeln endast för sådan service som den offentliga sektorn inte kan erbjuda eller som den privata sektorn kan erbjuda avsevärt förmånligare. Självriskandelen för vård med servicesedeln varierar från en nominell andel ända upp till exempelvis 70 procent. Personen kan givetvis välja vård som den offentliga sektorn inte understöder alls. I allmänhet beviljas servicesedeln automatiskt, vilket innebär att servicesedeln erhålls i elektronisk form inom loppet av några sekunder. Därefter har personen som är i behov av service rätt att använda privatläkartjänster i enlighet med servicesedeln. Vårddistriktet följer dock noggrant upp det totala antalet servicesedlar som beviljas av varje team.
- 4) De privata serviceproducenterna certifieras av beställarorganisationen. En privat serviceproducent erhåller certifiering på basis av bekräftad yrkeskunnighet (till exempel avlagd specialistläkarexamen) och när de mest krävande enheterna har förbundit sig vid kvalitetssystem och uppföljning av patienterna (till exempel privata instanser som utför operationer). Producenten skall också förbinda sig vid att uppbära överenskomna avgifter av patienterna, använda elektronisk dataöverföring och iakttä vedertagen god vårdpraxis. Beställarorganisationen, dvs. vårddistriktet, beviljar certifikaten. Vid behov kan privata serviceproducenter konkurrensutsättas. Med servicesedeln kan man köpa tjänster endast av certifierade producenter. Producenten kan förlora sitt certifikat om denna bryter mot spelreglerna. I praktiken är det att vänta att alla nuvarande privata serviceproducenter erhåller certifikatet.

Framtidsutskottet föreslår att ett utvecklings- och användningsförsök för ett servicesedelsystem av den typ som beskrivs ovan inleds med statlig finansiering i en av de nuvarande ERVA-regionerna.

6.5 Sammandrag för organiseringen av hälso- och sjukvården år 2015

I följande sammanfattning presenteras ett sammandrag av nivåerna och beslutsfattarna inom beslutsprocessen i organisationsmodellen för hälso- och sjukvården år 2015.

Hälso- och sjukvårdsrådet tillsätts av statsrådet och representerar hela hälso- och sjukvårdsfältet samt alla dess centrala aktörer på ett övergripande sätt. Medlemmarna består av social- och hälsovårdsministrarna, representanter för vårddistriktet, ledningen för social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och Folkhälsoinstitutet, representant(er) för Finlands Kommunförbund, representanter för den privata sektorn och organisationssektorn, hälso- och sjukvårdspersonal (till exempel Duodecimsällskapet, vårdpersonalens organisationer) och en representant för patientorganisationerna.

Sektionen för specialiserad sjukvård fungerar som rådets huvudföredragare. Sektionens specialuppgift är att godkänna ny vård och behandling samt medicineringar i experimentellt syfte samt att ge rekommendationer om frångående av tidigare tillämpad vård och behandling. Sektionen kan bestå av representanter för yrkespersoner inom hälso- och sjukvården vid alla sjukhus i välfärdsdistrikten/universitetssjukhus, medicinska fakulteter, representanter för FinOHTA, Stakes, Folkhälsoinstitutet och Finlands Kommunförbund samt en roterande representation för hälsovårdsdistrikt som saknar universitet, specialområdesföreningar och stora städer. Även experter på hälsofrämjande verksamhet bör medverka.

Sektionen för ekonomisk bedömning av hälso- och sjukvården har som specialuppgift att följa upp och rapportera om ett ekonomiskt effektivt och rättvist genomförande av hälso- och sjukvården inför rådet. Medlemmarna består av ekonomiska experter inom hälso- och sjukvård.

Välfärdsdistrikten bildas i princip av de fem nuvarande ERVA-regionerna som stöds av universitetssjukhusen. Det finns dock skäl att anta att till exempel den östra delen av HNS upptagningsområde, som omfattar sjukvårdsdistrikten i Södra Karelen och Kymmenedalen med ett befolkningsunderlag på sammanlagt cirka 310 000 personer, kommer att bilda ett eget välfärdsdistrikt. Ett välfärdsdistrikt ges ansvaret för den riksomfattande organiseringen av den svenskspråkiga vården. I varje välfärdsdistrikt finns ett universitet eller en övrig forskningsenhet som anordnar utbildning inom branschen. Det ledande organet består av experter på inköp av hälsovårdstjänster, experter på hälsofrämjande verksamhet, representanter för alla hälsodistrikt/kommuner inom området samt en representant för social- och hälsovårdsministeriet. Det är av särskild vikt att ledningen dels är förtrogen med den specialiserade sjukvården, dels effektivt försvarar primärvården och kommunens övriga tjänster.

Hälsovårdsdistrikten kan vara 40–50 till antal i hela landet. Ledningen består av ansvarsläkare och andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården från olika sektorer (till exempel hälso- och sjukvård för barnfamiljer, vuxna och äldre), ansvariga tjänstemän för äldreomsorgen samt centrala kommunala beslutsfattare.

Hälsovårdsområden. Ledningen består av yrkespersoner som har det primära ansvaret för vården och den hälsofrämjande verksamheten inom området samt politiska beslutsfattare på lokal nivå.

En viktig riktlinje för den presenterade lösningen är att hälso- och sjukvården i huvudsak organiseras så att kommunerna eller hälsovårdsområdena själva ansvarar för verksamheten inom typiska områden med 20 000–150 000 personer. Beställar-producent-förhållanden kan förekomma även på denna nivå men endast i fråga om funktioner som är särskilt lämpade för dylika arrangemang. Systemet kompletteras på denna basnivå av servicesedelssystemet som handhas av välfärdsdistriktet.

Välfärdsdistriktet fungerar efter övergångsperioden konsekvent endast i egenskap av beställare och inte alls som producent. Förslaget bygger på att de kriterier som utmärker ett bra beställar-producent-förhållande, dvs. ekonomisk transparens, väl fungerande styrning av verksamheten, möjligheten att utöka autonomi inom produktionen samt marknadskonkurrensen som beaktar hälso- och sjukvårdens specialegenskaper, fungerar bäst på välfärdsdistriktsnivå (jfr Lillrank och Haukka-Pää-Haara, 2005). På denna nivå kan man förvänta sig att beställar-producent-förhållandet resulterar förutom i bättre kostnadskontroll även i bättre kvalitet för tjänsterna. Det är särskilt viktigt att det finns tillräckliga resurser för primärvård, äldreomsorg och övriga kommunala tjänster, trots att kostnaderna för den specialiserade sjukvården ökar kontinuerligt. Om resurserna säkras, kan beställarens förhållande till producenterna av specialiserad sjukvård bygga på långvariga avtal och gemensam, fortlöpande inlärning ("kompanjonskapsförhållande").

Efter att medicinalstyrelsen avskaffades har det inte funnits något förvaltningsorgan som har kunnat fatta effektiva beslut angående godtagbara metoder inom hälso- och sjukvården. I dagens läge tas nya metoder i bruk på synnerligen slumpmässiga grunder, till exempel som resultat av överläkarnas konferensresor. Forskning som stöder experimentell vård och behandling styrs i sin typiska form av produkttillverkarna, och det finns ingen information om metodernas faktiska effektivitet. Ofta är de nya metoderna ”fem procent bättre och tre gånger dyrare än tidigare”.

Det är viktigt att hitta en lösning som dels bromsar kostnadsökningen för den specialiserade sjukvården och medicineringarna, dels möjliggör innovativ utveckling av nya lösningar. En administrativ lösning för ibruktagandet av ny vård och behandling kunde bygga på följande principer: 1) Experimentell vård och behandling görs tillståndspliktiga. 2) En person som föreslår experimentell vård och behandling skall lämna en ansökan till sektionen för specialiserad sjukvård vid hälso- och sjukvårdsrådet. Sektionen ger sitt beslut om godkännande av vården inom en angiven tid. Som beslutsgrunder fungerar vårdens effektivitet och kostnader. Även speciella etiska orsaker kan inverka på beslutet. 3) Också i fall att experimentell vård och behandling inte beviljas tillstånd, kan vården finansieras med medel ur välfärdsdistriktets forskningsbudget. 4) En person som beviljas tillstånd till experimentell vård och behandling är skyldig att framställa information om uppföljningen. I och med att informationen om vården utökas kan den godkännas i experimentellt syfte.

Det är befogat att styra en del av kommunernas statliga stöd direkt till välfärdsdistrikten. Med dessa medel skall välfärdsdistrikten ansvara bland annat för särskilt krävande tjänster inom den specialiserade sjukvården som beställs av kommunerna via kapitationsfakturerings (samma avgift per kommuninvånare oavsett antalet personer som söker vård). Välfärdsdistriktet skall ha en relativt stor forskningsbudget. Därtill får distriktet statlig finansiering bland annat för projekt som anordnas i syfte att främja hälsan och jämlikheten på området. Samtliga kommuner inom sjukvårdsdistrikten som hör till välfärdsdistriktet blir ägare till denna ”partileverantör inom hälso- och sjukvården” som på så sätt bildas. Kontakten till producenterna av specialiserad sjukvård är fast (kompanjonskap), men kommunernas behov utöver specialiserad sjukvård och medicineringar tas likväl i beaktande på ett balanserat sätt i genomförandet av vård och behandling.

Kort sammanfattat kan modellen för den riksomfattande organiseringen av hälso- och sjukvården år 2015 se ut på följande sett:

- **Som starka representanter för kommunal demokrati fungerar hälsovårdsdistrikten och hälsovårdsområdena som samordnar särskilt äldreomsorgen, primärvården och den specialiserade sjukvården med beaktande av lokala behov. De representerar även kommunernas övriga tjänster i förhållande till de ökande kostnaderna för den specialiserade sjukvården.**
- **Det finns 5–7 välfärdsdistrikt, som ägs av kommunerna/hälsovårdsdistrikten. De fungerar som beställare av hälsovårdstjänster (inköpspooler) för hälsovårdsdistriktens räkning inom sina områden. Därtill bär de helhetsansvaret för hälsoutvecklingen och hälsoskillnaderna inom området. De får statlig finansiering för anordnande av den mest högspecialiserade sjukvården samt för främjandet av den hälsorelaterade jämlikheten inom sina områden.**
- **Hälso- och sjukvårdsrådet samordnar vården på nationell nivå. Medlemmarna består av ministrar, välfärdsdistrikten, kommunerna, vårdpersonalen med flera. De föredragande organen består av en sektion för specialiserad sjukvård med stora befogenheter och en sektion för ekonomisk bedömning av hälso- och sjukvården.**

Framtidsutskottet föreslår att den finländska hälso- och sjukvården utvecklas på ett sätt som möjliggör att den kan fungera i enlighet med debattinitiativets principer år 2015.

Helsingfors, 7 april 2006

I den avgörande behandlingen av ärendet i utskottet har deltagit

Ordf.	Jyrki Katainen /saml
Vice ordf.	Kalevi Olin /sdp (delvis)
Medl.	Mikko Alatalo /c (delvis)
	Jouni Backman /sdp
	Mikko Elo /sdp (delvis)
	Hanna-Leena Hemming /saml (delvis)
	Anne Huotari /vf
	Kyösti Karjula /c (delvis)
	Jyrki Kasvi /gröna
	Rauno Kettunen /c
	Suvi Lindén /saml (delvis)
	Simo Rundgren /c
	Päivi Räsänen /kd
	Marja Tiura /saml
	Jutta Urpilainen /sdp (delvis)
	Pekka Vilkuna /c (delvis)
Ersättare	Matti Kauppila /vf (delvis)

Referenser:

Aaltonen, Juho, Tarmo Rätty, Maija-Liisa Järviö och Kalevi Luoma (2005). Perusterveydenhuollon kustannukset ja tuotetut palvelut – tuottavuuden kehitys 1997–2003, VATT diskussionsinitiativ 372

Eerola, Annele, Sirkku Kivisaari, Riikka Eela och Mikko Rask (2001). Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia, Internetpohjaisten omahoidon tukijärjestelmien arviointi. Riksdagens kanslis publikation 5/2001

Hakala, Paula (2005). Hur belastar övervikten socialskyddet? 14.11.2005 Folkpensionsanstalten, Helsingfors

Lillrank Paul och Pirjo Haukkanen-Haara (2005.) Tilaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa, BIT-forskningscentralen vid Tekniska Högskolan i Helsingfors, Esbo

Linden, Aki (2006). Tausta-aineistoa strategian uudistamiselle – Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin haasteet, Åbo

Martins, Joaquim (2006). Projecting OECD Health and Long-term care expenditure, föreläsning för ledamöterna i OECD, Paris 22.2.2006

Pekurinen, Markku, Maijaliisa Junnila och Ulla Idänpään-Heikkilä (2003). Itä-Savo hälsovårdsutredning – Utredningsarbetets slutrapport, Stakes utvecklingsutredningar 8/2003

Puro, Markku och Riitta Suhonen (2005). Forssan malli terveystalvelujen tuottamisessa – tulevaisuuden toimintatapa? I publikationen L. Vuorenkoski, R. Wiman, M. Sinkkonen (red.): Signaaleja – Stakesin tulevaisuusraportti, Aiheita 1/2005

Teperi, Juha (2005). Kuka saa terveystalveluja? I verket Matti Heikkilä, Milla Roos (red.): Sosiaali- ja terveydenhuollon talvelukatsaus 2005, Stakes

Background information concerning the Finnish health care system in 2006 and some basic concepts used in the position of the Committee for the Future

(The description of the present system is mainly cited from Unto Häkkinen (2005): The Impact of Changes in Finland's Health Care System, Health Economics, volume 14 S101 – S118)

In its institutional structure, financing and goals, the Finnish health care system is closest to those of other Nordic countries and the UK, in that it covers the whole population and its services are mainly produced by the public sector and financed through general taxation. The Finnish health care system can be described as one of the most decentralised in the world. Even the smallest of the 444 municipalities (local government authorities) are responsible for arranging and taking financial responsibility for a whole range of “municipal health services”. From an international perspective another unique characteristic of the system is the existence of another public finance scheme (the National Health Insurance – NHI scheme), which reimburses partly the same services as the first, but also services which are provided by the private sector. In addition to subsidising the use of specific private health services, the NHI scheme also finances occupational and student health services and outpatient medicines.

Municipally provided services include primary and specialist health care. In addition, municipalities are responsible for other basic services, such as nursing homes and other social services for the elderly, child day care, social assistance and basic education. Municipal taxes, state subsidies and user charges finance the municipal health services.

Primary health care is mainly provided at health centres, which are owned by municipalities or federations of municipalities. Preventive care for communicable and non-communicable diseases, ambulatory, medical and dental care, an increasing number of outpatient specialised services, and various public health programs (e.g. maternity and school health care) are provided by the health centres. They also provide occupational health services and services for specific patient groups e.g. clinics for diabetes and hypertension clinics. Included with health centres are inpatient departments. The majority of patients in these departments are elderly and chronically ill, but in some municipalities, health centres also provide short-term acute curative inpatient services. In addition to the inpatient departments of health centres, long-term care is provided at homes for the elderly that administratively come under municipal social services.

Specialist care (psychiatric and acute non-psychiatric) is provided by 21 hospital districts, which correspond to the federations of municipalities. In 2005, the populations of the hospital districts varied between 60 000–1 450 000. Each municipality must be a member of a hospital district. In addition to services provided through health centres or hospital districts, municipalities may purchase services from a private provider. A main suggestion of the Committee for the Future is that in the future at least the hospital districts which are below the median size (population less than 150 000 persons) would integrate less demanding specialist care, primary health care and social services of old people including their living (the “health districts”). It is suggested that any health district would include in the future one or more “health care areas”. They might be future municipalities.

Five university hospital districts have a special role in the present Finnish system. They organize and provide the most demanding specialized health care in their responsibility areas of 680 000–1 750 000 persons (the ERVA areas). Another main suggestion of the statement of the Committee for the Future is to strengthen the role of these areas as purchasers of welfare services. The Committee suggests that the pur-

chasers and health service providers will be separated on this level and the purchaser organization (the “welfare district”) is owned by all municipalities of the ERVA areas.

The second public financing scheme, the NHI, covers its members (i.e., all Finnish residents including people who are not working) in the following fields: sickness allowances, maternity allowances, special care allowances, student health services, rehabilitation services, and medical expenses (drugs prescribed by a doctor, private-sector examinations and treatments performed or prescribed by a doctor or dentist, and transportation services). In addition, it partly reimburses employers for the costs of occupational health services.

Usually the NHI pays a certain percentage (50–75 % depending on the services) in excess of a fixed sum, which is a minimum per purchase on medicines or established basic tariff in private sector physician or dental services and examinations and treatments. The Ministry of Social Affairs and Health decides the basic tariff.



The Future of Health Care

The Position of the Committee for the Future on Health Care in the Year 2015

1. Introduction

In a couple of generations, the life expectancy of a newborn baby has risen by about 15 years in Finland. Health care has played a significant role in this increase. Medical science has relegated many catastrophic epidemic diseases to history. The rise in the number of healthy years of life is not however based solely on health services. From the standpoint of health, better living and working conditions, as well as better lifestyles, have made a decisive contribution – one greater than that of health care, even – to this favourable trend.

In most OECD countries, the share of gross domestic product devoted to health care expenditures has grown in the last couple of decades. In the United States the portion is approaching 16 per cent, while in Finland health care's share is still below 8 per cent. According to a recent OECD study, aging explains a third of health care's growth in GDP share in the OECD countries between 1980 and 2002. New therapeutic procedures and medications explain two thirds (Martins et al., 2006).

This position paper includes a discussion initiative on the national organization of health care. That initiative strives to address the challenge of aging. In addition, it takes account of four other subjects that receive special consideration in this paper:

- Health promotion through prevention, and through support for the citizens' own responsibility for promoting their health
- Utilization of information and communication technology (ICT) in seeking and deciding about care
- Controlling the rapidly increasing costs of medications and hospital care
- An ethically sustainable way to protect the right to care in the last years of life.

If in the next decade an aging Finland follows the average trend prevailing in other OECD countries in recent decades, health care's share of GDP will grow about 1 to 2 per cent by 2015. On the basis of the *Futures of Finnish Health Care* assessment, it appears that GDP share may even grow fundamentally faster than that. Limiting growth in GDP share from 2006's 8 per cent to 2015's 10 per cent could be established as a goal. This evidently can only be achieved by reforming operational practices.

Finland cannot assume that its health care system, which currently functions at very little cost in international comparative terms, will remain in 2015 as it is now. An aging Finland will need more and more health services. We will be able to alleviate key endemic diseases and lengthen the citizen's lifetime with new medicines and modes of care. Therapies based on new technologies may be, however, extremely expensive. Health care personnel have justified hopes of improving their level of earnings.

According to the Committee for the Future's view, we shall however be able to answer all the aforementioned challenges at reasonable expense through purposeful action. The 2004 *Government Report on the Future* predicted that economic growth would average about 2 per cent annually over the 2005–2015 period. With this assumption, there is good reason to attempt to keep health care expenditures, currently about € 11 billion, from growing in real terms to more than € 17 billion, or over 10 per cent of 2015's GDP.

The Committee for the Future takes the position that, by purposeful action, health care's share of GDP can be kept below 10 per cent up until 2015, while improving public health.

2. Personal responsibility in the advancement of health

Health, its advancement, and the control of health threats are constitutionally protected human rights in Finland. The protection of equal opportunities in access to services, regardless of age, gender, language, ethnic background, geographic region, or economic status enjoys broad support throughout the society.

One key task of long-term futures policy is to question the assumptions that shackle thought. The notion that the advancement of health and the augmentation of resources for health care – that is, for health services themselves – are clearly linked to each other can be considered such an assumption. The notion is erroneous. Per capita, the United States currently devotes to health care about three times the resources that Finland does. Life expectancy there is however slightly shorter, on average, than in Finland.

Success in the promotion of health can be evaluated in terms of functional ability, perceived health, or a lack of health problems, in addition to longer life. Health care – that is, the production of health services – represents just one of the ways to advance health.

In the future, the promotion of health will call for more responsibility on the part of each citizen for his or her own health, and his or her family's. In Finland, health care must be organized so that, utilizing technological possibilities effectively, it supports the citizens' own responsibility for their health. The maintenance of health is not the business of the field's professionals alone: it is everyone's business.

Personal responsibility means the prevention of health problems and intervention in such problems on the basis of their early symptoms. Personal responsibility also encompasses both responsibility for one's immediate relatives and activity that promotes health within various communities. The support that communities provide has been found to explain many of the health differentials between residents of western and eastern Finland. In addition to the family, important communities include workplaces, schools, associations and meeting-places for all ages established in city neighbourhoods. The importance of stimulating activity on the part of pensioners' organizations will grow as the population ages. Internet peer-to-peer networks offer a new possibility for a sense of community. The increasingly important task of professional care-givers is to serve as supporters and advocates for citizens with poor prerequisites for advancing their own health either independently or with the support of their families and communities. In the future, the key task of health care – and particularly health counselling by occupational health care,

school health care, and new health clinics intended for the adult and elderly population – will be to support citizens and their communities in their independent health maintenance. In this sense, too, occupational health care must reach everyone who works.

Health promotion must be made a more effective element of the health care system. Low-threshold counselling must be increased. Here the most important development tasks include both the re-shaping of children's health clinics as family centres that support parenting, and the establishment of health clinics intended for adults outside of occupational health care, and especially for the elderly population. At the new health promotion clinics, the nurse will furnish guidance and counsel patients to seek out a physician or other expert, if the need for such exists. Regular yearly examinations could also be a health clinic task.

Everyone who is working should be within the sphere of preventive occupational health care that promotes health and maintains working ability. Inclusion in the health care system of persons holding atypical employment, individual entrepreneurs, and small businesses with fewer than five employees continues to be limited. A worker-specific occupational health care monitoring system, inclusion in which is easy to verify, has to be created. With its aid, occupational health care is to be integrated with health promotion based on a personal, electronic patient or health report.

Only someone who is adequately functional and active enjoys the possibility of independence. This challenge is encountered especially in care of the elderly. Housing arrangements that support the mobility of elderly people must be promoted. From the standpoint of barrier-free movement, lifts are especially important. From the perspective of maintaining functional capability, the generous use of tranquillizers and the placement of elderly individuals in institutional beds are very problematical. Studies indicate that the latter leads to a rapid decline in the elderly individual's condition.

New ICT offers excellent prerequisites for promoting health. Finnish care personnel have already learned to use electronic services. Finnish physicians use electronic care recommendations more than physicians anywhere else in the world. By 2015, it will also be possible to create good informational prerequisites for citizens to take personal responsibility for their own health. Possibilities are offered by both the electronic patient or health report and databases that relate genetic information, bar code based databases concerning the composition of the nourishment used, and databases that relate the impact of therapies. These among other things can be attached to the personal health report. New biotechnological innovations also furnish enhanced possibilities for self-help health care.

Information from a patient or health report can wind up in the wrong hands. The citizen must be able to choose how his or her health report can be used, and who can use it. As a basic premise, the health report must be openable at all of Finland's care-providing institutions. This sort of health report constitutes a key prerequisite for the efficient, seamless organization of future health care.

Citizens must have the right to stipulate what part of the health report and its attached files will be available for their use by means of a health card, an ID number, or possibly a biometric ID. The citizen must also be able to decide what parts of the health report his or her confidants, such as the members of his or her care team (see below) may use confidentially, and what persons possibly authorized in turn by them may utilize those parts of the report confidentially.

Every Finn should have a personal electronic health report which he or she, or his or her representative, can open, at least anywhere in Finland. The electronic health report is a key point of departure for the effective use of ICT in health care. Development of the electronic health report is to be continued, in the direction of a genuinely smart system.

The part of the health report used by the person him- or herself must be easy to use, for example with a health card, an ID number, or possibly a biometric ID. In addition to information on treatments and their effectiveness, the health report is to contain monitoring data on the person's health and factors that affect it. So that information does not get into the wrong hands, a part of the health report, in accordance with the individual's wishes, may be openable only together with a person belonging to his or her care team. The improper use of confidential health information must be punished.

The introduction of new therapies and medicines is linked to major financial interests. This furthers medicalization, the translation of social and life problems into medical terms. In medicalization, problems of day-to-day life are transformed into medical problems; minor symptoms are perceived as serious, and risks as diseases. The prevalence of problems is exaggerated. Advertising and the economically motivated misuse of authority by care personnel feed both a consciousness of disease and pointless visits to the doctor.

Medicalization must be vigorously opposed by enhancing the level of knowledge among persons receiving care, in addition to developing the care system. Finns spend more than € 250 million yearly just to bring their blood pressure and cholesterol under control. Some of the added use of medicines is justified, but a significant portion of the medicines' expense and deleterious side-effects could be avoided by more sensible choices of medicine and lifestyle.

In the future, citizens will presumably express more opinions about their treatment – whether that is accepted as the point of departure for Finland's health care or not. The patients' knowledge and their desire to take part in decision-making that bears on their own care will grow. Independent of the care system, the internet will furnish a diversity of opportunities to evaluate treatments that have been offered or are possible. It will become more and more important to contribute to the ability of citizens to choose, from the available information, what is valid and fundamental from the standpoint of their health. As WHO and patients' organizations have emphasized in their recent position statements, the patient is in any event moving more and more towards an active role as the person directing his or her care. It has been predicted that, in 2015, patients or their immediate relatives will in Finland initiate many times the number of legal and administrative processes that they do today. Those actions will concern malpractice, care that did not correspond to therapeutic recommendations, or the possibilities offered by new treatments.

3. How to Control the Growing Costs of Hospital and Medical Care?

The new biotechnology is revolutionizing health care technologies. In particular, gene technology and the use of stem cells are opening up great possibilities. Therapeutic practices and diagnostic methods are evolving so fast that, depending on the field of specialization, they can be said to be revising themselves completely in five to ten years (Linden, 2006). In medication, development is especially swift. At Turku University Central Hospital, for example, only 3 of the 20 most-used medicine products (measured in terms of costs) in 1998 and 2003 were the same.

The most dramatic developments are anticipated to lie in the care of cancers. The progress is however expected to be expensive. Experts have anticipated that in 2015, cancer therapies will cost some two to three times what they cost now. Above all, new medications are involved here. According to compensation statistics from the Social Insurance Institution (in Finnish, Kela), the institution's medicine costs rose from € 677 million to € 1015 million between 2000 and 2004; that is, yearly growth was about 12 per cent. Symptomatically, among the major disease groups, the costs of cancer medications rose fastest – from € 54 million to € 128 million, meaning a yearly growth rate of about 25 per cent. The rise in Kela's

medication costs was slightly faster than growth in the world medicine market. The latter grew about 10 per cent a year between 2000 and 2004; that is, from \$ 357 billion to \$ 552 billion. In practical situations of care, the relationship between expensive medications and their effectiveness is emerging as an increasingly thorny ethical question.

It is becoming more and more important to control the use of medicines better. The trend in cholesterol medications in recent years provides an excellent indication of how Finnish physicians are very quick to introduce the newest and most costly medicines. Very controversial information is circulating in respect of the effectiveness of the most expensive cholesterol medicines, compared to inexpensive drugs that have already lost their patent protection.

The introduction of new and genuinely effective treatments is justified almost regardless of the price. It is, however, very important to develop a method to prevent the use, at public expense, of therapies that are either ineffective or expensive and only marginally more effective than previous therapies. Disease-specific indicators have been developed to assess the effectiveness of therapies. Various indicators allow for monitoring the internal effectiveness of a certain procedure or specialization. Even greater promise has been seen in quality-of-life indicators related to health. They allow for comparison between specializations in terms of QALY (quality-adjusted life years gained). In Finland, 15D is a tool already in very wide use. It has been generally – but by no means unanimously – viewed as being suitable as Finland's national yardstick of effectiveness.

Although all solutions used in actual therapies should be shown to be cost-effective, this should not hinder the search for new solutions through research. Experimental creativity and innovativeness must not disappear from Finnish health care. Testing new medicines and other new health care solutions is associated with the possibility of success in the field's international market. Without the government's active contribution, new health care innovations will hardly get to develop in the framework of the Finnish care system.

Recently an attempt has been made to influence development by excluding expensive medicines that are only marginally better than inexpensive medicines in terms of effect from Kela's list of medicines that qualify for reimbursement. Managing development by today's procedures clearly will not suffice to answer the challenges of the time, however. We cannot proceed from the assumption that growing expenditures for medications and hospital care will be left to the municipalities alone to manage. Even the large municipalities lack real prerequisites for exerting much impact on the trend in those expenditures. When one takes into account, further, the municipalities' future major differences in terms of aging, leaving things to the sole responsibility of the municipalities would lead to growing differentials, both geographic and among social groups, in health and the use of health services.

Both the information on medicines and the supplementary training that physicians receive are mostly the responsibility of the pharmaceutical industry's marketing operations. This circumstance promotes the use of expensive new medicines. For physicians to be able to better compare the effectiveness, deleterious side-effects, and costs of treatments offered, health service providers should attend better to the availability of impartial, research-based continuing and supplemental education.

In the extreme case, failure to control the costs of medications and hospital care may lead to an uncontrollable rise in health care's GDP share, in the fashion of the United States. It may also lead to a partial collapse of the health care system, for example so that care provided in emergency rooms soaks up most of the resources.

In the national organization of health care, the main challenge is to control the costs of medications and hospital care while improving public health - and without compromising the quality of care. A method by which only cost-effective treatments are underwritten with

public funds must constitute a central element of the organization of health care in 2015. It must however be possible to develop new, innovative treatments with the help of research activity.

4. In promoting health, prevention is essential

The prevention of health problems through lifestyles and living environments that promote health – exercise, working conditions that promote mental health, healthful food, avoidance of smoking, and control of the use of alcohol – represents health care that is more effective than the increasing use of medicines.

Adult-type or type 2 diabetes is based on a hereditary disposition. Lifestyles have a decisive impact on the onset of the disease, whose occurrence has increased rapidly in our country. Diabetes is shifting to younger and younger age groups, even to children. The portion of children aged 12 to 18 who are seriously overweight increased between 1977 and 2003 from 6 per cent to about 16 per cent (Rimpelä et al., 2004). Overweight individuals are 10 to 20 times more likely to get diabetes (Hakala, 2005).

The total costs that diabetes places on the health care system are difficult to evaluate because most of them consist of complications. Type 2 diabetes, which afflicts an estimated 190 000 or more people in Finland (www.diabetes.fi), typically constitutes part of a so-called metabolic syndrome that includes elevated blood pressure, aberrant blood lipid values, an increased tendency toward blood clots, and excessive weight in the central trunk, as well as elevated blood sugar levels. Diabetes is the most important cause of kidney diseases and visual impairment. It leads to amputations and increases the risk of heart disease. It has been estimated that direct costs for diabetes will surpass 10 per cent of total expenditures for health care in Finland (Eerola et al., 2001). Expenditures for diabetes may thus approach as much as € 2 billion in 2015.

Exercise and nutrition play key roles in controlling diabetes. ICT is already being used for support systems in diabetes treatment (Eerola et al., 2001). ICT should also be utilized effectively in preventing the disease.

Citizens should be encouraged to exercise from the time they are children. Physical activity in schools should be increased, for example through recess exercise and campaigns conducted in cooperation with NGOs. The objective should be established of making fitness exercise a way of life for as many as possible – and especially for those with a hereditary disposition towards obesity and/or diabetes. In particular, forms of exercise that prevent this group from becoming ill should receive financial support.

Mental health problems are emerging as one central challenge facing the health care system. Today, 700 000 Finns are using any of a variety of psychiatric medicines. For example, 5 to 6 per cent of Finns (260 000–310 000 persons) suffer from serious depression, and bipolar personality disorder occurs in 1 to 2 per cent (50 000–100 000 persons). In 2004, 25 per cent of sickness benefits stemmed from mental health causes and 43 per cent of disability pension recipients had been pensioned for reasons of mental health.

Mental health problems are often social as well as medical. Psychiatry alone does not suffice as therapy: it must also be possible to affect the life situation. According to a study by the National Research and Development Centre for Welfare and Health (in Finnish, Stakes), mental health problems generate by far the greatest total costs for the society.

As the population ages, geriatric psychiatry and the special expertise it requires are coming to represent an increasingly crucial challenge. For example, the new psychiatric medicines' suitability and dosing for the elderly are not always known. Often it is purely loneliness that lies behind old-age depression. Drug abusers who suffer from psychiatric problems constitute another group demanding increasing attention.

Mental health work, both preventive and therapeutic, must be raised to a level commensurate with the economic and human significance of psychiatric diseases. We need a more comprehensive approach to the treatment of mental health problems – an approach in which medical science and other measures related to the life situation support each other. Particular attention must be focused on the initial phase of care, when the preservation of working ability and quality of life will best succeed.

Increased smoking by young people, especially girls, is a problem. In 2005, according to a survey on the health habits of young people, 22 per cent of boys aged 14 to 18 and 23 per cent of girls the same age smoked daily. Smoking among 14- to 18-year-olds decreased momentarily in the late 1970s, particularly after a legislative reform aimed at reducing smoking among young people. In recent years, however, smoking among young people has again become more common though daily smoking has stabilized in the period 2001–2005 (Rimpelä et al., 2005).

In recent years, meaningful progress has occurred in the reduction of smoking, especially by reducing the number of places where one may smoke. The impacts have been visible in tobacco-smoking by adults. By contrast, the measures have not had an adequate impact on young people, girls in particular. New means should be found that will make it possible to influence girls especially. To make it easier to quit smoking, products that facilitate quitting should be made eligible for full reimbursement.

Alcohol-related deaths account for as much as almost one fourth of lost years of life. Although tobacco causes more deaths than alcohol, the latter clearly accounts for more lost years of life than tobacco does. This stems from the fact that alcohol-related deaths, compared to deaths from other causes, occur on average at a much younger age. The elimination of quotas in the importation of alcohol from Estonia and the drop in alcohol prices by an average of 33 per cent in early 2004 contributed to the fact that alcohol consumption in Finland rose 10 per cent in a year. It has been estimated that deaths caused by alcohol rose about 15 per cent (Stakes bulletin, 8 February 2006).

The attention of heavy drinkers must be directed to their health-endangering consumption before serious health problems appear. In this sense, solutions that reduce alcohol consumption aimed at drunkenness should be introduced without prejudice. The Finnish culture of alcohol use should be changed so as to be more positive from the standpoint of health.

5. Palliative care must be improved

With health care improving constantly, it is possible to increase life expectancy further. On the other hand, infectious diseases that may grow into pandemics, and lifestyle diseases – diabetes above all – may mean a downturn in life expectancy.

The reality of death and confronting one's own death are becoming increasingly important themes in health care's ethical discussion, and in the development of patient care. The patient's right to decide about his or her own care represents an important principle. The patient's statutory status in Finland is strong in comparative international terms. According to the Act on the Status and Rights of Patients, patients are to

be cared for through a mutual understanding with them, and patients always have the right to refuse treatment, in which case they are to be cared for in another medically acceptable way. On the other hand, a patient who has earlier stated his or her wishes respecting treatment firmly and competently, for example in the form of a written advance care will, may not be given care that runs counter to those wishes.

Thus far, very few Finns have advance care wills. With such a will, the patient can state under what circumstances he or she wishes to be shifted from care aimed at remedying the disease or lengthening of his or her life span, to palliative care. Palliative care avoids needless treatment that strains the patient; it concentrates instead on treatments that alleviate symptoms effectively. A professional definition of the principles of palliative care is to be formulated by professional care-givers, as in other fields of care. Since, among citizens, notions of both the strenuousness of treatment and quality of life after falling ill accompany the drafting of an advance care will and the refusal of treatment, the will should always be drafted in cooperation with professionals in the field.

The advance care will must also make it possible to specify a consenting person as an attorney-in-fact or agent who has the right to speak on the patient's behalf at that stage of illness when the patient is no longer able to formulate or express his or her own will. The attorney-in-fact may be a close relative of the patient, a friend, or a health care professional, whose judgment the patient trusts in the difficult situations of care-related decision-making that may arise. The naming of an attorney-in-fact also prevents possible controversies related to care choices among relatives with differing opinions. The position of the attorney-in-fact is to be defined in the Act on the Status and Rights of Patients.

A good death has great community meaning: good palliative care for dying patients is valuable from the standpoint of the entire community, as well as the patient. Sickness, disability or infirmity does not diminish anyone's human dignity, and this ethical principle must be manifest in the care of patients.

Encountering death is a matter of one world's view, and profoundly so. The increase in diseases of long life – dementia, for example – challenges the Finnish health care system to invest in the humane, respectful, and individualized palliative care of dying patients. Through the advance care will, the citizen should enjoy a better opportunity to influence the question of what circumstances palliative care will be initiated under. The person who composes the will should have the right to name a person who interprets the former's care-related wishes if he or she is not personally able to express those wishes. The sensible care of dying patients must however be accessible to all - including those who have not written an advance care will as such. Expertise in palliative care must be made part of the basic training of physicians and other health care personnel.

6. A comprehensive solution to the national organization of health care in 2015

6.1 General concepts and points of departure

In this section of this discussion initiative, we shall present and briefly justify a basic solution for the national organization of health care. From among the models examined in the course of a three-year evaluation process, the model to be presented will appear to be the most functional long term, regardless of what reforms are decided upon in the years immediately ahead respecting the structure of municipalities.

The goal of the basic solution is a good, comprehensive, functional public health care system that the citizenry will trust. In implementing the solution, particular care must be taken in respect of equality. Democratic decision-making, direction and oversight constitute the firm foundation of Finnish administration, health care included. Municipal autonomy and municipal democracy that is close to the people form the basis of the model presented in this initiative.

In addition to municipal democracy and opportunities for influence on the part of those receiving care, the central points of departure for the solution proposed include the seamlessness of care chains; the aging trend, which affects different parts of the country in different ways; the availability of care personnel and their motivation for their tasks; and the cost-effective procurement of the medicines and equipment used in the care. Increasingly intensive hospital care, which will give rise to substantial cost pressures in the near future and especially in the years further ahead, has been identified as a special challenge. In answering these challenges, particular attention must be given to the appropriate division of labour between public and private health care.

Democratic decision-making and opportunities for citizens to affect their care must represent points of departure for the provision of health care. The Committee for the Future takes the position that the municipalities must bear responsibility for the provision of services and the planning of care in 2015, too. Private social and health services and the activities of organizations will complement municipal services and create alternatives to them.

The primary concepts used in depicting the organizational solution include the following:

Health service area (HSA): A regional area, typically based on an employment region of daily pendeling. Within the framework of an HSA it will be natural to organize at least care for the elderly, primary medical care provided during the daytime, and the bulk of care based on the repeated medication of chronic diseases. The HSA will be part of a health district (HD) or will in itself form an HD. In the latter case the area must be large enough in terms of population base and must have enough basic expertise to purchase hospital care from the welfare district, for example through a regional hospital situated within the HSA.

Health district (HD): A district formed by its territory's municipalities and able to assume a portion of the district's hospital care and hospital emergency services. The HD's own production will give it the qualifications, in terms of knowledge, to purchase hospital care from the welfare district. In practice, the current regional hospital or hospital district's central hospital will for the most part take charge of the basic specialist care produced by the district itself. The HD will encompass one or more HSAs.

Basic specialist care: That portion of specialist care that the HD can take charge of as its own production. This portion will vary from HD to HD, depending on what special expertise the HD's regional or central hospital possesses. The rest will be purchased by negotiating through the welfare district. Through sanctions and joint agreements among all the welfare district's HDs, the welfare district will be able to forestall solutions, such as duplicative equipment acquisitions, that are inappropriate from the standpoint of the welfare district.

Welfare district: An entity that will be owned by its territory's municipalities, and organize and purchase specialist care, primarily, for HSAs and HDs. After a transitional period, however, the welfare district will not produce services. It will contain a university central hospital or other unit capable of producing the most demanding care and high-quality medical research. One welfare district will be assigned responsibility for Swedish-language specialist care of this level of exactingness. The welfare district will be given planning responsibility for the equitable advancement of the district's welfare, and especially its health. The district will attend to this task in cooperation with HDs and a national Health Care Council. The state will provide the welfare district with partial funding for its operations related to especially demanding specialist care and campaigns connected with the levelling out of health differentials within the district.

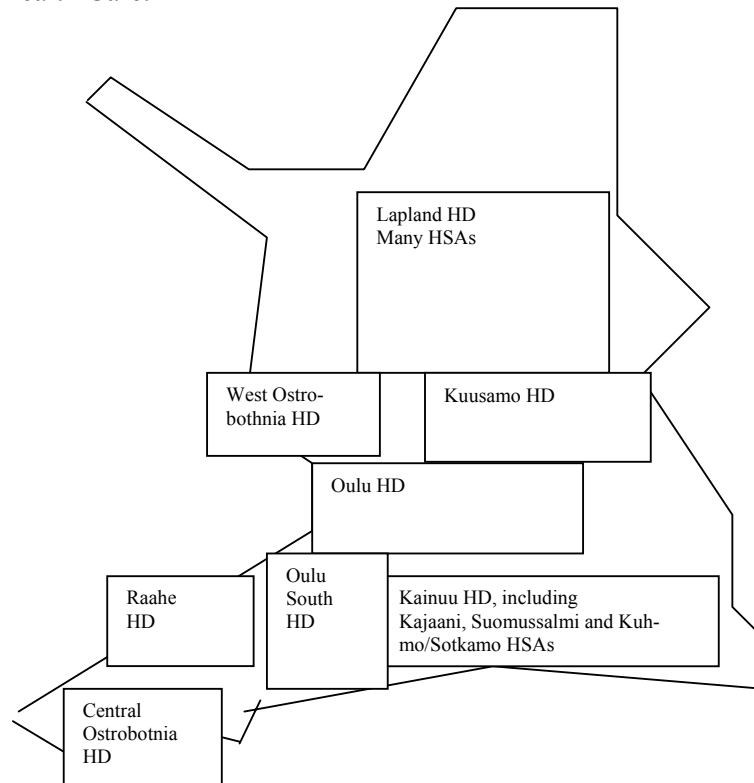
Current hospital districts functioning in various tasks:

This discussion initiative's model does not include hospital districts of the current type. In their main features, the changing tasks of today's hospital districts can be characterized in the following table.

Changing tasks of current hospital districts up to 2015

	Operations based on elected municipal officials	Operations in the form of municipally owned production companies (nonprofit public commercial enterprises or for-profit limited companies)
University hospital districts	Functioning as the welfare district's core purchasing organization using the expertise of its expert production company, representation from its welfare district's municipalities/HDs, and experts on purchasing Organizer and possible producer of basic specialist care for its HDs, at least in connection with the central hospital's HD	A production company that functions as an expert organization for specialist care, medical research, and training. Its special expertise is respected both nationally and internationally Works in close cooperation, sharing work on the basis of expertise, with production organizations in other welfare districts
Hospital districts that are divided into multiple HDs	Organizer and possible producer of basic specialist care for its HDs, at least in connection with the central hospital's HD	Functioning as a limited company or public commercial enterprise that offers services primarily for its district, but also for parties outside the district Alternatively, integration as part of a university hospital district's production operations
Hospital district transformed to HD	Functioning as the organizer and producer of its district's basic specialist care	Sale of those services that can be economically produced for parties outside the district

National Health Care Council is prestigious body appointed by the Council of State. Government ministers for the sector, managerial civil servants, representatives of the municipal sector and welfare districts, and representatives of the sector's professionals will belong to the council. The council's key task will be the national organization and coordination of health care, particularly specialist care. In cooperation with the welfare districts, the council will assist in the division of labour among university hospitals in the provision of especially demanding care. The Auxiliary Committee for Specialist Care, which will have the highest authority in the approval of new therapies and the evaluation of therapies already in use, will be the council's main preparatory organ. The council could also have a Auxiliary Committee for the Financial Evaluation of Health Care.



To exemplify how a geographic configuration that conforms to the proposal might take shape, we depict the Northern Welfare District in 2015. This is only an illustration, from which the actual arrangement might differ a great deal.

The Northern Welfare District will be formed from the ERVA that encompasses the present hospital districts of Lapland, Länsi-Pohja, Kainuu, North Ostrobothnia and Central Ostrobothnia. An ERVA (its Finnish acronym) is the geographic area for which a provider of especially demanding specialist care bears responsibility. At the beginning of 2005, 725 000 persons lived within the ERVA in question.

The ERVA's municipalities will own the welfare district either directly or through the HDs. Each of the welfare district's municipalities will belong to one of its eight HDs. Operationally, the welfare district will be based on a central or regional hospital that provides specialist care.

Lapland HD: Lapland Central Hospital
Länsi-Pohja HD: Länsi-Pohja Central Hospital
Kuusamo HD: Kuusamo Hospital
Oulu HD: Oulu University Central Hospital
Oulu South HD: Oulaskangas Regional Hospital
Raahe HD: Raahe Regional Hospital
Kainuu HD: Kainuu Central Hospital
Central Ostrobothnia HD: Central Ostrobothnia Central Hospital

It is impossible to predict what sort of HSAs with a population base of approximately 15 000 to 40 000 would be formed in the aforementioned HDs. The Oulu HD would in any case represent a special case. Only in the case of Kainuu can we state that the HSAs will be Kajaani (current population base 44 000), Suomussalmi (17 000), and Kuhmo/Sotkamo (22 000). In Lapland it would in all likelihood be necessary to accept HSAs with far fewer than 15 000 inhabitants. One major significance of the welfare district would be the ability thus to transcend the partially artificial current boundaries of hospital districts in forming HDs. As referred to below, this would make sense in the case of Kemijärvi, for example.

6.2 Background of the organizational solution

On 11 April 2002 the Council of State took a decision in principle to protect the future of health care. The decision defined points of departure for the regional development of the health care system. The decision found, for example, that "primary medical care will be provided in the form of functional regional entities. The recommended population base is 20 000 to 30 000, and 12 to 18 physicians would work in the units thus constructed. In forming the entities, however, attention must be given to regional circumstances. Particularly in the formation of a network of operating locations, it must be taken into account that distances should not become an obstacle to the use of the services... The functional cooperation and division of labour in specialist care will be implemented through specialist-care responsibility areas. The hospital districts are to conclude cooperative agreements, merge, or form health districts. The regional hospitals will form health service areas with their regions' primary medical care units or operate as part of the central hospital for their region."

The main point of departure for the Council of State's decision in principle was the construction of seamless care chains connecting primary medical care, care for the elderly, and specialist care. Research results and expert evaluations assembled in the assessment project supported the position that this sort of consolidation will be sensible to effect, given the future's challenges, in the form of units – HSAs – responsible for 15 000 to 40 000 persons. According to a 2003 Government Institute for Economic Research survey on health centres headed by general practitioners (Aaltonen et al., 2005), the median population base of the most efficient tenth of all health centres was about 16 000, while the median population base for all health centres headed by general practitioners was slightly less than 10 000.

To be able to consolidate basic specialist care with care for the elderly and primary medical care, it has on the other hand been considered advantageous that a number of HSAs seek to cooperate by grouping themselves around a central hospital or regional hospital responsible for more continuous emergency care; that is, that they form an HD. The population base of the largest unit - that is, the unit primarily responsible for basic specialist care in this sort of arrangement – should be at least 20 000. As such, this solution apparently is not suitable for large population centres or their immediate environs, however. An estimated 60 to 80 per cent of the region's care chains for care for the elderly, primary medical care, and specialist care could be handled in this sort of HD, i.e., one with a population base of 50 000 to 150 000.

In 2003, hospital districts maintained 5 university hospitals, 16 central hospitals and 33 other, municipal hospitals. About 40 of these could perhaps serve as points of departure for the development of HSA of the aforementioned sort.

Good examples already exist of solutions of the aforementioned type – i.e., those founded on a population base of 20 000 to 150 000. In addition to Raahe, whose population base is 36 000, and which has already been referred to as an HD, many other urban regions have developed similar solutions. The Forssa Region Municipal Joint Union (MJU) for Health Care was formed on the basis of a regional hospital. The MJU's population base is 36 000. The organization takes responsibility for all the health services of its five member municipalities by purchasing them or producing them itself. Since 2001, all the municipalities' health care costs have gone through the MJU (Puro, 2005). The municipalities have belonged to the Kanta-Häme Hospital District, but the MJU has been able to purchase services as it wishes from the appropriate organization. On the basis of an examination in accordance with the MJU's budgeting, the proportion of self-produced services has been about 60 per cent, and that of purchased services about 40 per cent. On the basis of Forssa's experiences we can conclude that even a unit functioning with a population base of under 40 000 can produce more than half of all health care and elderly care services. Solutions along the lines of Forssa's and Raahe's have in recent years been created by Jämsä (population base 24 000), Imatra (30 000), Kemijärvi (10 000), Pieksämäki (25 000), Mänttä (13 000), and Rauma (33 000).

Except for Mänttä and Kemijärvi, these projects meet the condition of a population base of 20 000. From the standpoint of future solutions, grounds exists to examine at least Kemijärvi more as an HSA than an HD. In 2003 Kemijärvi took an initiative to organize joint emergency physicians' services in the eastern Lapland municipalities of Kemijärvi, Pelkosenniemi, Posio, Salla, and Savukoski, and the Koillismaa region municipalities of Kuusamo and Taivalkoski. This would fit in extremely well with Kemijärvi's serving as a part of the previously outlined Kuusamo HD, whose population base would thus be about 45 000. Further, in terms of specialist care, the region in question is oriented clearly more towards the welfare district – that is, Oulu – than towards Rovaniemi.

Kainuu, Eastern Savo and Päijät-Häme furnish examples of broader regional cooperation. We referred to Kainuu earlier. It may be considered a model of how an HD can in practice be divided into HSAs. Plans call for launching an Eastern Savo HD, to function with a population base of somewhat more than 60 000, on 1 January 2007. The councils of the member municipalities decided to launch this undertaking in the spring of 2006. The HD project got its start on the basis of a study by Stakes (Pekurinen et al., 2003). The fundamental principle in the Eastern Savo undertaking has been "bringing the entire care chain under control". The intention is to organize primary medical care within the same organization as the municipalities' social services – elderly services especially. Plans call for reorganizing services, after the Kainuu model, as service entities for the elderly, working-age people, and children and families with children.

The Päijät-Häme HD differs much from Kainuu and Eastern Savo in its substantially larger population base (about 210 000). In creating the district, more problems have emerged than in the Kainuu and Eastern Savo regions. According to a spring 2006 position statement by the Regional Council of Päijät-Häme, it will not be possible with the district model alone to resolve the service production problems of the decades ahead, although Päijät-Häme is committed to trying the model. In Päijät-Häme, questions related to the owner-control solution, such as the problem of unowned money, have been seen as a risk in implementing the district model. According to the regional council's statement, the weaknesses, in principle, of the district model and a public monopoly include a rise in cost level. The council has taken a position favouring the establishment of a municipality covering the entire region. The commitment of the region's municipalities to such a broad consolidation of functions has however been uneven.

A large population base cannot in itself be a barrier to the formation of an HD. The crucial thing is for local democracy to function well in the region. Large centres of population and good internal transport

services within the HD justify operations with population bases substantially greater than the 150 000 established as a guideline for HDs. While welfare districts that direct operations vigorously are taken as the point of departure, there is no justification for pressuring municipalities into functioning as HDs larger than what they are ready for, taking local conditions and the demands of local democracy into account. In particular, the idea that the boundaries of future HDs will follow the current boundaries of hospital districts should as a general principle be rejected. HDs that operate with large population bases raise questions, especially in the areas of elderly care and the appropriate provision of housing for the elderly. The consolidation of elderly housing with health care and elderly care requires flexible, people near solutions. If decision-making and the provision of care are closer, the voice of the elderly themselves will be better heard in the decision-making.

As regards the control of the costs of medicine and especially demanding specialist care, a population base of 200 000 evidently will not suffice to meet the challenges of the future. For that, a unit functioning with a markedly larger population base will be necessary. Only when a population base of about 600 000 is reached can we expect the unit responsible for the population to have the size- and expertise-based prerequisites to exert a tangible impact on the costs of especially demanding specialist care and the future's increasingly expensive medications – and then only if those units cooperate closely nationwide. The same applies to the full utilization of the possibilities offered by information technology and laboratory automation.

The idea of HDs operating with a population base of about 200 000 brings to mind Sweden's current solution, in which the 21 county councils take charge of organizing health care. Sweden's parliamentary Ansvarskommitten, established in the summer of 2004, is studying a reorganization of the regional administration of health care. The committee's chair, provincial governor Mats Svegfors, has predicted publicly, and in his introductory remarks to the Committee for the Future when it visited Sweden on 21 February 2006, that responsibility for health care in Sweden will be transferred to six university hospital areas or "superprovincial councils" (analogous to Finland's ERVAs). As justifications he cited both experiences gained with superprovincial councils tested in Scania (population 1.1 million) and West Götaland (population 1.6 million), and the need to answer health care's future challenges. The future challenges identified were fundamentally similar to the challenges identified in the assessment performed under the direction of the Committee for the Future.

6.3 Tasks of the welfare district in 2015

What tasks might welfare districts have that would each function with a population base of at least about 600 000 and typically serving HDs of 20 000 to 150 000 persons? Experiences already exist from the ERVAs of the University Hospital of Tampere (in Finnish, TAYS; population base 1.2 million) and the Oulu University Hospital (OYS; population base 725 000), which have inaugurated operations of this kind. In these areas, there has already been activity in the following sectors:

- 1) *Making the recruitment of physicians, at least for municipally owned care units, competitive.* The competitive recruitment of physicians which was organized by TAYS has led to significant savings in the ERVA's municipalities.
- 2) *Procurement.* TAYS has made the procurement of diabetes therapy devices competitive, achieving fundamental savings within its hospital district.
- 3) *Organizing the division of labour in tasks that demand special expertise.* In OYS's ERVA, heart- surgery care is being concentrated at OYS. In this ERVA, a division of labour is being formulated in the areas of intensive care, treatment of apnoea, and psychiatric care, too.

- 4) *Establishment of prioritization and valid-treatment guidelines.* The welfare district could be given a special appropriation for research, as regards, for example, an experimental therapy that is controversial in terms of cost-effectiveness and is not approved for trial use in a national assessment.
- 5) *Promoting seamless care chains and equivalence of service in all the ERVA's municipalities.* In OYS's ERVA, emergency services, transport, and the queue register, among other things, have been objects of scrutiny.
- 6) *Prevention.* In OYS's ERVA, the targets have been type 2 diabetes and a smoke-free hospital.
- 7) *Applications of information technology.* Construction of nationally compatible information systems; a contact-centre service based on telephones and e-mail and covering the entire ERVA or a part thereof; establishment of an uniform electronic patient report; compatible referral, feedback, and consultation systems; establishment of DRG billing; electronic archiving of images and improvement of related imaging.
- 8) *Other possible tasks* that have been considered in OYS's ERVA: provision of continuing education, a manpower bank, organization of job rotation, preparedness planning, international cooperation.

In their spring 2006 statements, many of Finland's provinces and municipalities expressed hope for the transfer of at least the most demanding specialist care to state control. This cannot be considered appropriate in a system already suffering noticeably from the separate funding channels of municipalities, Kela, and the Slot Machine Association. In the summer of 2004, the MPs serving in the assessment project's steering group named many funding channels as the health care system's biggest problem. Giving the task to welfare districts, with state funding, is a more sensible solution than a state takeover.

In addition to the care institution's procurement of medicines, the welfare districts could take on an active role in other aspects of their districts' management of medicines. It has been anticipated that the monopolistic position of Finnish pharmacies in supplying drugs will be dismantled in stages by 2015. It will become possible, in controlled fashion, for households to use internet pharmacies, to which it will also be possible to send prescriptions in electronic form (cf. service vouchers, discussed below). Because of the intensifying competition among internet pharmacies, it can be anticipated that Finnish pharmacies will assume an active role in tutoring citizens in self-care, in cooperation with the public health care system. In 2015, numerous health tutors trained in pharmacology may be working in Finland. Through agreements with municipalities, they could function as support people, especially for those suffering from chronic diseases. This sort of trend is very natural, since with many chronic ailments the significance of medication is growing, and it is important that someone takes charge of the individual's use of medicines as a whole. The medication of many elderly people for various diseases has already got out of control.

In addition to the aforementioned, additional tasks appropriate to the welfare districts would include coordinating laboratory services in their districts and managing the quotas of care institutions.

6.4 A service voucher scheme administered by the welfare district

A possible task that could be given to the welfare district is to establish the use of service vouchers in the district. The service voucher system could perhaps offer a more cost-effective way to produce services for which Kela provides reimbursement. Compared to present practice, the system depicted below would not mean a greater public funding share for private producers of health services. Enough information does not yet exist on the scheme's possible problems. Only on the basis of trials shall we be able to consider its introduction.

The service voucher system would have four objectives:

- 1) To be able to use private service production better in complementing public service production. For example, if an area had too few public-sector ophthalmologists, it would be possible to obtain additional services with service vouchers.
- 2) To guarantee a reasonable price level. The purchasing organization would subject service producers to competition and certify them. It would be exceptional for a service producer not to be certified.
- 3) To guarantee the quality of operations. For example, a valid-treatment recommendation and, in the most demanding treatments, the monitoring of the care's effectiveness and quality would be required.
- 4) With the aid of the service voucher scheme, to restrain competition between the public and private sectors for health care manpower.

The service voucher system would exert a significant impact on the way occupational health care is provided. Occupational health care's current way of operating contributes a great deal to the fact that fairness is not being realized in Finland's health care system (Teperi, 2005). According to an OECD comparative survey of 21 countries, published in 2004, significant problems exist in the social fairness of the Finnish health care system as regards visits to the doctor: once the need for service was observed, total doctor's visits broke down in the favour of high-income individuals most in the United States, Portugal, and Finland. The occupational health care system's share as a generator of visits to the doctor for primary medical care has grown steadily. At present the service user's only means of getting to a physician free of charge – which is at once the best means in terms of availability – is realized in occupational health services. Comprehensiveness of services is worst in atypical employment situations. Workers who have permanent jobs with major employers and often earn good salaries enjoy the most comprehensive occupational health care.

Medical services are being incorporated into occupational health care more than before. The importance of the occupational health care system as a producer of non-institutional medical services appears to be continuing its growth. Incorporating medical care as part of occupational health care is voluntary on the employer's part.

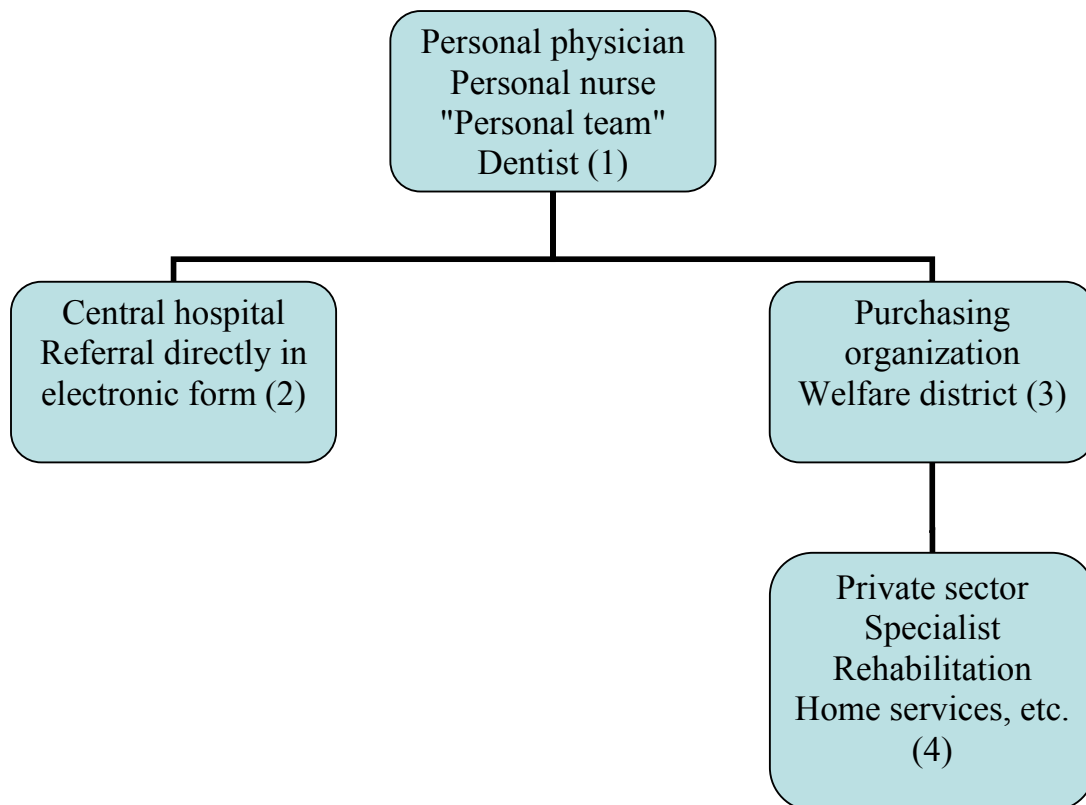
Kela reimburses 50 per cent of the expenses of medical care provided by the occupational health care system. The remaining costs are tax-deductible for the employer. The state thus compensates most of the cost of the medical care that occupational health care services provide. Employers purchase a great portion of these services from private health clinics.

Sixty per cent of a private physician's fee is reimbursed, but that percentage is computed on the basis of a rate approved by Kela. In practice the actual compensations for private-physician costs are significantly

smaller. This stems from the fact that the rates on whose basis Kela calculates its reimbursements are much lower than the actual physician's fees. In 2004 the average actual reimbursement was 30.3 per cent of the physician's fee. Kela paid out € 65 million in compensations. In occupational health care, reimbursements paid in 2003 under the Sickness Insurance Act, for occupational health care provided at private clinics (€ 68 million) were more than twice those paid for health centre treatment (€ 30 million).

The service voucher system would rely primarily on the electronic health report, which would be openable anywhere in Finland, and on files attached to that report. If the system proves functional in trials, Finnish health care could in 2015 be primarily public or funded with service vouchers in terms of service production, and entirely public or funded with service vouchers in terms of its funding base for cost-effective care. From the standpoint of its practicality, it is crucial that the system allow the citizens a possibility at least comparable to the current Kela reimbursement scheme to choose care providers on their own. The scheme should be flexible enough to be adapted to situations that call for urgent care, too. The system would perhaps be best suited to treatments for chronic diseases.

A service voucher administered by the welfare district might for example work in the trial area as follows:



- 1) In 2015, each citizen will have his or her own physician or "team," which will consist of more than one physician and a nurse and may function either at a health centre or in the private sector, for example in association with occupational health care. The personal team will include a personal nurse, who will direct the individual onward within the team. Contact with the team or physician will generally occur by phone or e-mail, via the contact centre. The personal nurse or physician will either handle the patient's case entirely him- or herself, or send the patient onward. The physician or nurse will be able to use either a patient transfer (if the health centre and central hospital are part of the same organization), a referral (if the central hospital is part of a separate organization), or a service voucher application (if the patient so desires or it is otherwise appropri-

ate to use private services). All forms of referral will be electronic. Provided with instructions, a team member other than a physician will also be able to send out a service voucher application.

- 2) The referral or patient transfer information will go electronically to the central hospital, which will care for the patient more or less as it would now.
- 3) The service voucher application will go in electronic form to the purchasing organization, which, adhering to clear principles, will evaluate the need for the voucher. As a point of departure, the voucher will be issued only for services which the public sector cannot provide itself, or which the private sector can provide in a fundamentally more economical manner. In care for which the patient can use a service voucher, the excess (deductible) portions will vary from a nominal share up to 70 per cent, for example. The individual will of course be able to select care that the government does not subsidize at all. In general the voucher will be awarded automatically, in which case it will get to the person needing the service immediately – within a few seconds – in electronic form, and he or she will then have the right to use the private physician's services in accordance with the voucher. The welfare district will however monitor closely the total number of vouchers awarded by each team.
- 4) Private service producers will be certified by the purchasing organization. The private service producer will receive the certification when his or her professional skill has been demonstrated (for example by completing a degree in a medical specialization); when a commitment exists to the agreed-upon payments to be collected from the patient and to the observance of accepted therapeutic practices; when electronic data transfer is in use; and, in the case of the most demanding units (private parties that perform surgery, for example), when they have committed themselves to a quality system and the monitoring of patients. The purchasing organization – the welfare district – will issue the certifications. It will be possible as necessary to subject private service producers to competition. The service voucher will only enable the purchase of services from certified producers. The producer will be at risk of losing the certification if the ground rules are broken. In practice, it is to be anticipated that all current individual service producers will receive the certification.

The Committee for the Future proposes that a state-financed development and utilization trial for a service voucher of the sort described above be launched in one of the existing ERVAs.

6.5 Summary of the organization of health care in 2015

The following summarizes the decision-making levels and decision-makers in the model for the organization of health care in 2015.

The **Health Care Council**, which the Council of State will establish, and which will comprehensively represent the entire health care field and all of its central players. Members: ministers of social affairs and health; representatives of the welfare districts; management of the Ministry of Social Affairs and Health, Stakes, and the Finnish National Institute for Health; representative(s) of the Association of Finnish Local and Regional Authorities; representation from the private and organizational sectors; health care personnel (for example, the Duodecim Society and care personnel' organizations); and a representative of patients' organizations.

The **Auxiliary Committee for Specialist Care**, which will function as chief presenter to the Health Care Council. The department's special tasks would be the approval of new therapies and medications for trial use, and the issuance of recommendations for the discontinuation of therapies previously in use. The de-

partment could include representation from health care professionals from all welfare districts/university hospitals, rotating representation from non-university HDs, specialization associations, and the major cities; and representatives of medical faculties, the Finnish Office for Health Technology Assessment (FinOHTA), Stakes, the Finnish National Institute for Health, and the Association of Finnish Local and Regional Authorities. Experts on health promotion would be involved, too.

The **Auxiliary Committee for the Financial Evaluation of Health Care**, whose special task would be to monitor and report to the council on the financially effective and equitable implementation of health care services. Experts on health care finance would serve as members.

The **welfare districts** will be formed from the five present ERVAs, which are based on university hospitals. We must however be ready for the possibility of a separate welfare district being formed for example from the eastern part of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa's responsibility area; that part of the hospital district comprises southern Karelia and the Kymi Valley and has a total population base of about 310 000. One welfare district will be given nationwide responsibility for the provision of Swedish-language care. Each welfare district will have a university or other research unit that provides education in the sector. The governing body will include professionals in health service purchasing, experts on health promotion, representation from all of the welfare district's HDs/municipalities, and a representative of the Ministry of Social Affairs and Health. It is particularly important that the management understand specialist care, but also defend primary medical care and other municipal services effectively.

The **health districts (HDs)**, of which there could be 40 to 50 nationwide. Their management would include physicians in charge of the HD's different sectors (health care for adults, the elderly, and families with children, for example), or other health care professionals; officials responsible for care for the elderly; and key municipal decision-makers.

Health service areas (HSAs). Their management would include both professionals responsible primarily for the HSA's care and health promotion, and local political decision-makers.

An important policy associated with the solution presented is the organization of health care services primarily as the municipalities' or HSAs' own activity, typically in areas having 20 000 to 150 000 inhabitants. Purchaser-producer relationships could emerge at this level, too, but only in functions especially suited to this sort of arrangement. The service voucher scheme administered by the welfare district will complement the system at this basic level.

After a transitional period, the welfare district will clearly function only as a purchaser – not in any way as a producer. This proposal proceeds from the assumption that financial transparency based on a well-controlled purchaser-producer relationship, the directability of the activity, the possibility of increasing production autonomy, and market competition that takes into account the special features of health care will function best at the welfare district level (cf. Lillrank et al., 2005). At this level we can expect that the purchaser-producer relationship will lead to an improvement in the services' quality as well as better control of costs. It is especially important for there to be adequate resources for primary medical care, care of the elderly, and other municipal services, as the costs of specialist care increase constantly. If this is taken care of, it will be possible to base the purchaser's relationship with producers of specialist care on long-term agreements and ongoing joint learning (a partnership relationship).

Since the abolition of the influential National Board of Health in 1991, there has been no administrative organ in Finland that would be able to take effective decisions on what methods are acceptable in health care. Today, new methods are introduced very haphazardly, for example as a result of conference travel by chief physicians. Research based on experimental care is typically driven by product manufacturers, and no information about the actual effectiveness of the method exists. The new method is often "5 per cent more effective and three times more expensive than the former one."

It is important to find a solution which, on one hand, restrains the growth in costs for medication and specialist care, but also allows for the innovative development of new solutions. An administrative solution for the introduction of new therapies could be founded on the following principles. First, experimental care will be made subject to a license. Second, the party proposing to provide the trial care will address an application to the Health Care Council's Department for Specialist Care, which will render its decision on the approval of the treatment within a specified time. The effectiveness and costs of the therapies will constitute the criteria. Special ethical reasons may also affect the decision. Third, if the trial care is not allowed, it can still be funded from the welfare district's research budget. Fourth, the recipient of a license for trial care will be obliged to produce monitoring information. As the data accumulates, the care can be approved as experimental.

Justification exists for directing part of the state support for municipalities directly to the welfare district, which, with this funding, will take charge for example of especially demanding specialist care services ordered by the municipalities through a capitation calculation (the same payment per resident of the municipality, regardless of the number of those receiving the care). The district is to have a fairly large research budget. It will also receive state funding, for example for projects that enhance equality and promote health in the district. All the municipalities in the welfare district's hospital districts will in this fashion join the owners of the "health care wholesaler" thus formed. The connection to producers of specialist care will be fixed – a partnership – but the municipalities' needs, other than specialist care and medications, will be taken into consideration equitably in the implementation of the care.

Concisely presented, the 2015 model for the national organization of health care could be as follows:

- **Health districts (HDs) and health service areas (HSAs), which – taking local needs into consideration – will combine primary medical care, basic specialist care and care for the elderly especially, and will act as strong representatives of municipal democracy. They will represent the municipalities' other services, too, in relationship to the growing costs of specialist care.**
- **Welfare districts, of which there will be five to seven. They will be owned by the municipalities/HDs. They will operate as purchasers of health services (as purchasing pools) for their districts' HDs; in addition they will bear overall responsibility for the health trends and health differences in their districts. They will receive state funding for providing the most demanding specialist care and for promoting equality in matters of health within their districts.**
- **The Health Care Council will coordinate care nationally. Members will include, among others, government ministers, the welfare districts, the municipal sector, and care personnel. The Auxiliary Committee for Specialist Care, which will exercise great authority, and the Auxiliary Committee for the Financial Evaluation of Health Care will act as presenters.**

The Committee for the Future proposes that the Finnish health care system be developed so that it will operate in 2015 in conformity with the principles presented in this discussion initiative.

Helsinki, 7 April 2006

Committee members taking part in devising this position are

Chairman	Jyrki Katainen / National Coalition Party
Deputy Chairman	Kalevi Olin / Finnish Social Democratic Party
Members	Mikko Alatalo / Centre Party
	Jouni Backman / Finnish Social Democratic Party
	Mikko Elo / Finnish Social Democratic Party
	Hanna-Leena Hemming / National Coalition Party
	Anne Huotari / Left Alliance
	Kyösti Karjula / Centre Party
	Jyrki Kasvi / Green League
	Rauno Kettunen / Centre Party
	Suvi Lindén / National Coalition Party
	Simo Rundgren / Centre Party
	Päivi Räsänen / Christian Democrats
	Marja Tiura / National Coalition Party
	Jutta Urpilainen / Finnish Social Democratic Party
	Pekka Vilkuna / Centre Party
Deputy member	Matti Kauppila / Left Alliance

References

- Aaltonen, Juho, Tarmo Rätty, Maija-Liisa Järviö ja Kalevi Luoma (2005).* Perusterveydenhuollon kustannukset ja tuotetut palvelut – tuottavuuden kehitys 1997–2003, VATT Keskustelunaloite 372
- Eerola, Annele, Sirkku Kivisaari, Riikka Eela ja Mikko Rask (2001).* Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia, Internetpohjaisten omahoidon tukijärjestelmien arviointi. Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2001
- Hakala, Paula (2005).* Miten lihavuus kuormittaa sosiaaliturvaa? 14.11.2005 Kela, Helsinki
- Lillrank Paul ja Pirjo Haukkapää-Haara (2005.)* Tilaaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa, Helsingin teknillisen yliopiston BIT-tutkimuskeskus, Espoo
- Linden, Aki (2006).* Tausta-aineistoa strategian uudistamiselle – Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin haasteet, Turku
- Martins, Joaquim (2006).* Projecting OECD Health and Long-term care expenditure, Luento kansanedustajille OECD:ssa, Pariisi 22.2.2006
- Pekurinen, Markku, Maijaliisa Junnila ja Ulla Idänpään-Heikkilä (2003).* Itä-Savon terveydenhuoltopiiri – Selvitystyön loppuraportti, Stakes kehittämisselvityksiä 8/2003
- Puro, Markku ja Riitta Suhonen (2005).* Forssan malli terveystalvelujen tuottamisessa – tulevaisuuden toimintatapa? Julkaisussa L. Vuorenkoski, R. Wiman, M. Sinkkonen (toim.): Signaaleja – Stakesin tulevaisuusraportti, Aiheita 1/2005
- Teperi, Juha (2005).* Kuka saa terveystalveluja? Kirjassa Matti Heikkilä, Milla Roos (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, Stakes

1. Arviointihankkeen vaiheet

1.1 Terveysthuollon tulevaisuudet -hankkeen käynnistämisen taustaa

Eduskunnassa on tehty vuodesta 1996 lähtien tulevaisuusvaliokunnan johdolla teknologisen kehityksen yhteiskunnallisten vaikutusten arviointia. Vuonna 2003 toimintansa aloittanut tulevaisuusvaliokunta tarkasteli yhtenä ensimmäisistä toimistaan teknologian arviointia alkavalla vaalikaudella.

Valiokunta kutsui kuultavaksi dosentti Osmo Kuusen, joka oli edellisellä vaalikaudella toiminut valiokunnan pysyvänä asiantuntijana teknologian arviointitoiminnassa. Kuulemisessa Kuusi viittasi paitsi kokemuksiin edelliseltä vaalikaudelta erityisesti hänen tekemäänsä vertailuun parlamentteja palvelevista teknologian arviointikäytännöistä Suomessa, Saksassa, Itävallassa, Sveitsissä, Tanskassa ja Englannissa (Kuusi, 2004). Vertailuun perustuen Kuusi katsoi, että arviointien laatutason parantamiseksi alkavalla vaalikaudella olisi mielekästä käynnistää olennaisesti harvempia arviointihankkeita kuin edellisellä vaalikaudella.

Yhtenä mahdollisena teemana, josta voitaisiin käynnistää koko vaalikauden mittainen arviointihanke, valiokunnassa tuli esille terveydenhuollon tulevaisuus. Tätä teemaa pidettiin sopivana kohteena Sitran tuella valiokunnan teknologian arviointityölle. Keskustelussa todettiin, että kyseessä olisi erittäin haastava hanke, joka edellyttää valiokunnan sitoutumista koko vaalikaudeksi.

Valiokunta teki keväällä 2003 alustavan päätöksen Terveysthuollon tulevaisuudet -hankkeen käynnistämisestä. Perustuen hankkeen rajauksesta ja sopivista asiantuntijoista käytyihin keskusteluihin valiokunta pyysi Osmo Kuuselta lausunnon liittyen hankkeen rajaukseen. Muistiossaan 12.11.2003 ”Ehdotus Sitran rahoittamaksi teknologian arvioinnin projektiksi vuosiksi 2004–2007” Kuusi pohti rajausta seuraavasti:

- Kun väestö ikääntyy nopeasti ja terveydenhoitoteknologia mullistuu uusien erityisesti geenitietoon ja kantasoluihin perustuvien hoitojen muodossa, kysymys terveydenhoitopalvelujen priorisoinnista muodostuu keskeisen tärkeäksi viimeistään vuoden 2015 vaiheilla.
- Aiheen käsittelyä valiokunnassa pohjustavat varsinkin geronteknologiasta ja perimä- ja kantasoluteknologiasta tehty arvioinnit viime vaalikaudella. Arviointihankkeen erityinen näkökulma priorisointiin voisi olla teknologian kehityksen aiheuttamat priorisointiongelmien. Pitkällä tähtäimellä todella vaikea priorisointiongelma liittyy vakavien tautien hoitamiseksi tai hengissä säilymisen pitkittämiseksi kehitteillä oleviin kalliisiin hoitoihin. On esimerkiksi varsin todennäköistä, että geen- ja kantasolutekniikat tarjoavat tulevaisuudessa tehokkaita, mutta kalliita mahdollisuuksia Parkinsonin ja Alzheimerin tautien hoitoon.

Uudet hoidot tekevät välttämättömäksi priorisoinnin monella tasolla:

- Koko valtion talouden tasolla joudutaan kysymään, tulisiko terveydenhuoltoon osoittaa vielä enemmän varoja kuin mitä väestön ikärakenteen kehitys edellyttää.
- Julkisen terveydenhuollon sisällä joudutaan pohtimaan, kuinka paljon varoja ohjataan toisaalta tautien ennaltaehkäisyyn ja toisaalta hoitoon ja kuinka paljon eri tautiryhmiin.

- Julkisten terveysten palvelujen käyttäjä kohtaa priorisointiongelman kysymyksenä, onko hän oikeutettu ja millä perusteilla saamaan tiettyä hoitoa. Onko käytössä yleinen hoitotakuu, joka ainakin periaatteessa antaa kaikille kansalaisille saman oikeuden tiettyyn hoitomuotoon? Vai lähdetäänkö siitä, että esimerkiksi dementoituneelle henkilölle ei ai-
voveritulpan tapauksessa anneta samaa hoitoa kuin muille?
- Millä tavalla hoidettava itse voi vaikuttaa hänelle annettavaan hoitoon?

Priorisointiongelman tunnistaminen keskeiseksi haasteeksi oli tärkeä peruste sille, että tulevaisuusvaliokunta päätti loppusyksyllä 2003 tilata terveydenhuollon tulevaisuuksia tarkastelevan esiselvityksen Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksen tutkijaryhmältä. Tutkijaryhmään, joka on osallistunut myös varsinaiseen arviointiin, kuuluivat professori Olli-Pekka Ryyänen, professori Juha Kinnunen, dosentti Markku Myllykangas ja tohtori Johanna Lammintakanen. Heidät tunnetaan erityisesti terveydenhuollon priorisoinnin kansallisesti ja kansainvälisesti arvostettuina asiantuntijoina. Dosentti Osmo Kuusen osalta työskentely Terveydenhuollon tulevaisuudet -projektissa käynnistyi muodollisesti eduskunnan, Sitran ja VATT:n sopimuksella 1.4.2004. Käytännössä Kuusi on kuitenkin ollut mukana arviointiprosessissa sen alusta lähtien.

1.2 Hankkeen keskeiset vaiheet

Vuoden 2003 lopulla arviointihankkeelle asetettiin eduskunnan eri valiokuntia monipuolisesti edustava ohjausryhmä. Erityisen vahva edustus siinä on ollut tulevaisuusvaliokunnasta sekä sosiaali- ja terveysvaliokunnasta. Ohjausryhmään ovat kuuluneet tulevaisuusvaliokunnasta Jyrki Katainen/kok (pj.), Anne Huotari/vas, Jyrki Kasvi/vihr, Rauno Kettunen/kesk, Kalevi Olin/sd ja Päivi Räsänen/kd. Sosiaali- ja terveysvaliokunnasta ovat osallistuneet Sirpa Asko-Seljavaara/kok, Paula Risikko/kok, Osmo Soininvaara/vihr, Tapani Tölli/kesk ja Tuula Väättäinen/sd. Sivistysvaliokunnan edustajia ohjausryhmässä ovat olleet Minna Lintonen/sd ja Unto Valpas/vas. Ympäristövaliokunnan edustaja on ollut Pentti Tiisanen/vas. Perustuslakivaliokuntaa ohjausryhmässä on edustanut Markku Rossi/kesk, valtionvaravaliokuntaa Maija Perho/kok, liikennevaliokuntaa Reino Ojala/sd, työvaliokuntaa (sosiaali- ja terveysvaliokuntaan kuulumisen ohella) Paula Risikko/kok ja hallintovaliokuntaa (sosiaali- ja terveysvaliokuntaan kuulumisen ohella) Sirpa Asko-Seljavaara/kok.

Vuoden 2004 aikana työskentely perustui keskeisesti esiselvitysraportin valmisteluun ja sen tulosten arviointiin ohjausryhmässä ja syksyllä 2004 tulevaisuusvaliokunnassa. Esiselvityksen pääasiallinen kirjoittaja oli professori Olli-Pekka Ryyänen muun tutkijaryhmän avustaessa. Ohjausryhmä kokoontui vuoden 2004 aikana neljä kertaa. Kevään 2004 kahdessa kokouksessa ohjausryhmä evästi esiselvityksen tekijöitä keskeisimmiksi tunnistamistaan terveydenhuollon haasteista. Syksyn kahdessa kokouksessa kommentoitiin esiselvitysraporttia, valmistettiin syksyn 2004 asiantuntijakuulemisia sekä suunniteltiin vuoden 2005 toimintaa. Esiselvitysraportti ”Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet, skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi” julkistettiin syksyllä 2004 (Ryyänen ym., 2004).

Kesällä 2004 käynnistyi esiselvitysluonnoksen pohjalta varsinainen arviointi, jota raportoidaan tässä lopuraportissa. Sen ensimmäinen vaihe oli arviointihankkeen ohjausryhmään kuuluvien kansanedustajien haastattelut liittyen esiselvityksessä tunnistettuihin keskeisiin terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin. Haastattelujen keskeisin tavoite oli edistää varsinaisen arvioinnin rajaamista arviointihankkeen ohjausryhmän kannalta kiinnostavimpiin kysymyksiin. Lähtien ohjausryhmään ja tulevaisuusvaliokuntaan kuuluvien eniten painottamista haasteista tulevaisuusvaliokunta järjesti syksyllä 2004 kokouksensa yhteydessä asiantuntijakuulemiset seuraavista teemoista:

- 22.9. Terveydenhuollon nykyinen rahoitusjärjestelmä ja kuinka ratkaista monikanavaisen rahoituksen ongelma. Asiantuntijat: kehittämispäällikkö Markku Pekurinen, Stakes; johtaja Mikael Forss, KELA; professori Juha Kinnunen, Kuopion yliopisto.
- 6.10. Hoitojen vaikuttavuuden arviointi ja priorisointi. Asiantuntijat: johtaja Rauno Ihala, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri; arviointiylilääkäri Risto Roine HUS; ylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki, HUS, Kuntaliitto.
- 27.10. Kuka tarvitsee hoitoa ja millaista tulevaisuudessa – ikääntyminen ja mielenterveys haasteina. Asiantuntijat: vt. ylijohdaja Juha Teperi, Stakes; LT Tuula Saarela, Helsingin kaupunki; osastopäällikkö Kari Lindström, Työterveyslaitos.
- 10.11. Teknologian kehityksen haasteet hoitojärjestelmille. Asiantuntijat: johtaja Pentti Itkonen, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri (STM); lääketieteen tohtori Ilkka Kunnamo, Duodecim ry.; professori Hilka Soininen, Kuopion yliopisto.
- 8.12. Tulevaisuusvaliokunnan ja Terveydenhuollon Eettisen Neuvottelukunnan (ETENE) yhteiskokous terveydenhuollon eettisistä kysymyksistä. ETENEn puolesta asiantuntijapuheenvuorot käyttivät ETENEn pääsihteeri Ritva Halila ja varapuheenjohtaja Leena Niinistö. Tutkijaryhmän puolesta käytti valmistellun puheenvuoron prof. Olli-Pekka Ryyänen.
- 15.12. ”Onko 20 % parannus Suomen terveydenhuollon tehokkuudessa mahdollinen”. Kuultavina: valtiosihteeri Raimo Sailas, VM; prof. Paul Lillrank, Helsingin teknillinen yliopisto; johtava ekonomisti Antti Moisio, VATT; johtava lääkäri Raisa Pihajoki, Sodankylän kunta; Kainuun terveysjohtaja Tuomo Pääkkönen.

Kaikissa tilaisuuksissa oli läsnä edustaja Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitoksen tutkijaryhmästä. Dosentti Osmo Kuusi osallistui kaikkiin tilaisuuksiin. Tilaisuuksiin kutsuttiin tulevaisuusvaliokunnan ohella kaikki ohjausryhmän jäsenet. Koska kuulemistilaisuudet järjestettiin aikoihin, jolloin myös muut valiokunnat kokoontuivat, tulevaisuusvaliokunnan ulkopuolisten kansanedustajien osallistuminen jäi kuitenkin varsin vähäiseksi. Täydennyksenä syksyn 2004 asiantuntijakuulemiseen ja liittyen syksyllä 2005 käynnistettyyn skenaario-prosessiin tulevaisuusvaliokunta kuuli 19.11.2005 tutkimusprofessori Matti Rimpelää Stakesista ja 26.11.2005 professori Outi Saarenpää-Heikkilää Tampereen yliopistosta lasten ja nuorten terveyden kehityksen näkymistä. Jälkimmäisessä tilaisuudessa kuultiin myös toisen kerran tohtori Ilkka Kunnamo teemanaan terveyskeskuslääkärin uusi rooli asiakkaidensa terveyden edistäjänä tietoverkkoja hyödyntäen.

Terveydenhuollon tulevaisuudet -hanketta ei käsitelty lainkaan tulevaisuusvaliokunnassa keväällä 2005. Tulevaisuusvaliokunta keskittyi tällöin eduskunnan vastauksen valmisteluun valtioneuvoston väestöpoliittiseen tulevaisuusselontekoon.

Käsittelytaun aikana tutkijaryhmä keskittyi arviointihankkeen keskeisimmän uuden aineiston hankintaan. Lähtien esiselvityksessä, kesän haastatteluissa ja syksyn 2004 asiantuntijakuulemisissa esitetyistä arvioista tutkijaryhmä toteutti 40 terveydenhuollon keskeisen asiantuntijan kuulemisen kahtena kommentointikierroksena. Tämän ns. Argument Delphi -menetelmään perustuvan kuulemisen vaiheet olivat:

- Asiantuntijoille lähetettiin kutsukirje Delfoi-tutkimukseen tammikuun 2005 loppupuolella. Kukaan kutsutuista ei kieltäytynyt haastattelusta.
- Toteutettiin 40 asiantuntijan 1–4 tunnin teemahaastattelut 21.1.–16.3. perustuen etukäteen lähetettyyn lomakkeeseen ja sitä täydentävään lisäaineistoon.
- Teemahaastattelujen tulokset koottiin 49 sivun II kierroksen lomakkeeksi, joista kullekin panelistille nimettiin erityisen kommentoinnin alue (noin kolmannes). Muu osa lomakkeesta nimettiin toissijaisesti kommentoitavaksi. Lomake toimitettiin panelisteille 11.4.–15.4.
- Panelistit kommentoivat kirjallisesti sähköpostin välityksellä saamansa aineiston kesäkuun 2005 puoliväliin mennessä. Osa kommenteista kerättiin haastatteluin. Kommentointikierros tuotti kirjallisia kommentteja noin 80 sivua. Yhtä lukuun ottamatta kaikilta panelisteilta saatiin ainakin lyhyt kommentti.

Kevään 2005 Delfoi-prosessissa keskityttiin erityisesti kolmeen teemaan:

- Kuinka kehittää terveydenhuollon alueellista järjestämistä?
- Kuinka hallita kuilua terveydenhuollon teknisten mahdollisuuksien/kansalaisten oikeutenaan pitämän hoidon ja resurssien välillä? Mikä hoito on oikeutettua?
- Kansalaisten omavastuu terveydestään ja työterveydenhuollon sekä apteekkien rooli sen tukijana.

Tämän loppuraportin pääaineistona on Delfoi-prosessin tuottama 130 sivun perusaineisto. Se jakautuu kolmen teeman kesken siten, että 55 sivua käsittelee terveydenhuollon alueellista järjestämistä, 24 sivua toista teemaa ja 43 sivua kolmatta teemaa. Lisäksi aineisto sisältää terveydenhuollon asemaa yhteiskunnassa käsittelevän 8 sivun yhteenveto-osan.

Perusaineistoa ei ole ennen tätä raporttia esitelty kattavasti. Vuoden 2005 aikana arvioinnin tuloksista on raportoitu yksityiskohtaisesti vain sen terveydenhuollon alueelliseen järjestämiseen liittyviä osia. Delfoi-prosessi tuotti kahdessa vaiheessa terveydenhuollon alueellisen järjestämisen malleja, joista informoitiin kesäkuusta 2005 lähtien parlamentaarista Kunta- ja palvelurakennetyöryhmää ja sen sihteeristöä. Haastattelujen perusteella muodostettiin kommentointikierrokselle neljä mallia: Kunnamon (tai Forssan) malli, Terveyspiirimalli, Kelan malli ja Laajan ostopoolin malli. Jatkokommenttien pohjalta työstettiin kaksi päämallia: Neliportainen terveys- ja sosiaalipiirimalli sekä Terveiden- ja vanhustenhuollon vahvan kunnallisen tai maakunnallisen tilaajan malli. Yhdistäen tarkasteluun pohdintoja kuntarakennemuutostuksesta tarkasteltiin myös kahta perusmallin muunnosta: Kolmitasoinen terveyspiirimalli ja Hyvinvointipiirimalli. Osmo Kuusi esitteli mallit heinäkuussa 2005 Kunta- ja aluerakennetyöryhmän sihteeristölle ja 10.8. sekä ministeri Hannes Mannisen johtamalle Kunta- ja palvelurakennetyöryhmälle että kansliapäällikkö Markku Lehdon johtamalle kunta- ja palvelurakennehankkeen sosiaali- ja terveystalouden valmisteluryhmälle. Malleja on tässä raportissa vielä jonkin verran kehitetty kesällä 2005 esitetyistä. Raportissa ei ole arvi-

oitu Kunta- ja palvelurakennetyöryhmän kesäkuussa 2006 sopimia lähtökohtia kunta- ja palvelurakennemuutokselle.

Arviointihankkeen ohjausryhmälle Delfoi-prosessin alustavia tuloksia on esitelty sen kokouksissa toukokuussa ja syyskuussa. Delfoi-prosessin tuloksia esiteltiin tiedotusvälineille ja alan ammattilaisille eduskunnassa 12.10.2005 järjestetyssä seminaarissa. Seminaariin osallistui yli 150 henkilöä, jotka työskentelevät pääasiassa terveydenhoidon eri tehtävissä. Tämän tilaisuuden lisäksi, joka noteerattiin mm. Helsingin Sanomien pääkirjoituksena, arvioinnin tuloksia on esitelty terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaisille erilaisissa yhteyksissä.

Viimeisin vaihe arviointiprosessissa on ollut terveydenhuollon tulevaisuuden vaihtoehtoisten skenaarioiden laadinta. Skenaarioprosessin tarkoituksena on ollut hahmotella vaihtoehtoisia ratkaisuja Delfoi-prosessissa tunnistettuun kolmeen terveydenhuollon keskeiseen tulevaisuushaasteeseen: terveydenhuollon alueelliseen järjestämiseen, uusien ja vanhojen hoitojen käytön eettisiin ja taloudellisiin periaatteisiin sekä kansalaisten omavastuuseen terveydestään. Skenaarioita on tehty syksystä 2005 lähtien vuorovaikutteisena prosessina tutkijaryhmän, tulevaisuusvaliokunnan ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kesken. Päämenetelmänä on ollut tulevaisuustaulumenetelmä. Skenaarioita ei ole tarkasteltu tässä perusraportissa. Niitä on tarkoitus kuvata erillisessä suurelle yleisölle kohdistettavassa julkaisussa. Skenaariot on tarkoitus päivittää tuoreimman kehityksen pohjalta. Erityisen tärkeän lähtökohdan päivitetuille skenaarioille muodostavat eduskunnan mahdolliset päätökset liittyen kunta- ja palvelurakennemuutukseen.

Perusraportin on kirjoittanut Osmo Kuusi muun tutkijaryhmän avustamana.

2. Esiselvityksessä kiteytetyt haasteet ohjausryhmän ja syksyllä 2004 kuul- tujen asiantuntijoiden arvioimina

2.1 Esiselvityksessä tunnistetut terveydenhuollon keskeiset haasteet

Vuonna 2004 valmistunut esiselvitys on ollut keskeinen lähtökohta arviointihankkeen myöhemmille vaiheille. Syksyllä 2004 julkistettua esiselvitystä tarkastellaan ja siinä esitettyjä näkökohtia esitellään seuraavassa ainoastaan niiltä osin kuin ne ovat vaikuttaneet arviointityön myöhempiin vaiheisiin.

Professori Juha Kinnunen kiteytti esiselvityksen tiivistelmään sen keskeiset tulokset kymmeneksi teesiksi. Ne sisältävät kokonaiskuvan terveydenhuollon kehitysmahdollisuuksista vuoteen 2015. Arviointihankkeen ohjausryhmän jäsenet asettivat kesällä 2004 seuraavat teesit tärkeysjärjestykseen:

Esiselvityksen perusteella näyttää ilmeiseltä, että kansalaisten terveystalouden tarpeisiin, kysyntään ja käyttöön liittyy jo lyhyelläkin aikavälillä voimakkaita muutospaineita. Nykyisen kaltaisella järjestelmällä terveyden ja terveystalouden tulevaisuuden haasteisiin 10–15 vuoden aikaperspektiivillä ei voida vastata. Palaaminen keskitettyyn, keskushallintovetoiseen suunnitteluun ja ohjaukseen ei näytä uskottavalta. Markkinoiden ja kilpailun varaan rakentuva järjestelmä näyttäisi myös sulkeutuvan pois johtuen kustannuksista, alueiden väestöpohjasta ja jo olemassa olevista terveystalouksien tuottavista monopoliorganisaatioista. Ratkaisuvaihtoehdot näyttäisivät suuntaavan todennäköisimmän kehityskulun verkostomaisiin sekamalleihin, joissa julkisella sektorilla on rahoitus- ja ohjausvastuu, mutta palvelujen tarjonta monimuotoistuu. Mahdollisena kehityskuvana on myös eri suuntiin kulkeva kehitys kasvukeskuksissa (yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin sekamalli) sekä haja-asutusalueilla (poikkisektoriaalinen) pienyhteisömalli.

Poliittis-taloudellisen toimintaympäristön muutokset heijastuvat väistämättä terveystalouksien järjestelmään. Poliittis-ideologisesti periaatteessa kaikki vaihtoehdot ovat mahdollisia, mutta tässä tarkasteltavalla aikavälillä Suomen terveydenhuollon kehitystä määrittävät nykyiset enemmän yleiseurooppalaiset ja EU:n hyvinvointi- ja talouspoliittiset linjat. Globalisaatio voi tuoda myös koko Euroopan tasolla merkittäviä uusia asetuksia, jotka voivat nopeasti vaikuttaa terveydenhuollon toimintaedellytyksiin tai palvelujen tarpeeseen (esim. epidemiat, uudenlainen tautikirjo, uudenlaiset palvelut tai monikulttuuriset asiakkaat).

Väestön ikääntymisestä seuraavat hoito- ja hoivatarpeiden muutokset ovat kohtuullisen hyvin ennakoitavissa. Sen sijaan kaupunkimaiseen elämäntapaan, individualismin eri ilmenemismuotoihin ja yksinasumiseen liittyvät elämänpolitiikan muutokset voivat aiheuttaa odottamattomia paineita sosiaali- ja terveystalouksille. Tulevaisuuden vauraiden ikääntyneiden odotukset ja vaateet voivat olla radikaalisti erilaisia kuin nykyisten yli 75-vuotiaiden. Vaatimustason nousu ja subjektiivisten oikeuksien lisääntyminen johtavat juridisoituvaa terveydenhuoltoon.

Suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveystalouksista eläkkeelle massoittain aiheuttaa vakavia uuden henkilöstön rekrytointiongelmia. Ne kärjistyvät eri tahtiin ja eri voimakkuudella maan eri osissa (kasvukeskukset/periferia), järjestelmän eri osissa (vanhustyö/perusterveydenhuolto/erikoissairaanhoito) ja erityisosaajaryhmissä (mm. anestesia, psykiatria, radiologia). Näyttää epätodennäköiseltä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon kyetään kouluttamaan supistuvista ikäluokista riittävästi uusia ammattilaisia. Kehitys merkitsee väistämättä uusien henkilöstövoimavarojen johtamisen (HRM) strategioiden etsintää. Vaihtoehtoina ovat muun muassa jo työelämän ulkopuolella olevien uudelleen rekrytointi ja koulutus sekä ulkomaisen työvoiman hyödyntäminen hoito- ja hoiva-ammateissa.

Biolääketieteelliset läpimurrot johtanevat kokonaan uudenlaisten tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien avautumiseen. Niiden seurauksena lääketieteellis-tekninen kehitys ja innovaatiojärjestelmä laajenevat, syklisyys kiihtyy ja väestön odotukset sitä kohtaan kasvavat jyrkästi. Uudet teknologiat tarjoavat mahdollisuuksia palvelujärjestelmän tehokkuuden ja tuottavuuden kasvuun, palvelujen laadun kehittymiseen sekä hoidon vaikuttavuuden paranemiseen. Terveys- ja hyvinvointiteknologia voi tuottaa taloudellista kasvua ja synnyttää uusia vientituotteita. Uhkana voi olla liiallinen riippuvuus teknologiasta. Teknologinen imperatiivi, kehityksen suuntautuminen teknisten mahdollisuuksien mukaan, vääristää palvelujen tuottamista sinne, missä tekninen kehitys on nopeaa (diagnostiikka) ja näivettää niistä osista palveluja, joissa tekniikasta ei suoraan ole hyötyä (hoivatyö ja psykiatria).

Informaatioteknologian sovellutukset muuttavat merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piiriin ja virtuaalisiksi (mm. ajanvaraus, laboratoriovastaukset, reseptien käsittely, asiantuntijoiden konsultointi). Tietoverkkojen käyttöön totuneille kehitys voi merkitä kokonaan uusia, aika- ja paikkariippumattomia palveluvaihtoehtoja ja itsehoidon asiantuntijatukea. Toisaalta ikääntyneille ja syrjäytyneille informaatioteknologia voi aiheuttaa yhä eriarvoisempaa asemaa ja palvelujen saatavuuden heikennyksiä.

TerveYTEEN liittyvien tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien monipuolistumien lisää väestön ja yksilöiden kiinnostusta, halua ja vaateita sekä siten palvelujen kysyntää ja käyttöä. Virtuaalisten (globaalien) markkinoiden synty voi lisätä asiantuntijoiden auktorisoimattomien näennäishoitajien ja tuotteiden kysynnän ja markkinoiden kasvua. Virallistenkin terveyspalvelujen osalta palvelujen kysyntää on väistämättä rajoitettava ja siihen tarvitaan avoimia ja yleisesti hyväksyttyjä priorisointi- tai rationointitoimia.

Monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen tarve kasvaa. Samoin iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve kasvaa. Kansalaiset tulevat odottamaan mm. vanhuspalveluilta nykyistä selvästi korkeampaa tasoa. Palvelujen järjestäminen edellyttää poikkisektoriaalisen toiminnan uudelleenorganisointia. Monitieteisen ja -ammatillisen koulutuksen tarve käy välttämättömäksi. Perusteetonta rinnakkaista palvelujen käyttöä tullaan seuraamaan alueellisten viitetietokantojen ja asiakasrekistereiden kautta.

Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden rooli ja vastuu palvelujensa turvaamisessa vahvistuu. Vastaavasti organisaatio- ja ammattikuntakeskeinen toimintojen ohjaus ja suunnittelu lievenee. Kehitys edellyttää uudenlaisia kannustemekanismeja tarpeeseen pohjaavan ja tarkoituksenmukaisen palvelujen käytön ohjaamiseksi. Palvelujen universaalisuudesta ja maksuttomuudesta joudutaan osittain luopumaan, ja hyväksymään ja tekemään näkyväksi esimerkiksi työterveyspalvelujen osalta erilainen ja eriarvoinen palvelujen käyttö.

Palvelujen nykyinen monikanavainen rahoitus johtaa osa-optimointiin ja kankeuteen kansalaisten siirtyessä yli hallinto- ja rahoitusrajojen. Rahoitusjärjestelmän selkiyttämiseen on kasvavia paineita. Vaikka monikanavaisuus säilyy tai vapaaehtoisen vakuutusjärjestelmän kautta jopa lisääntyy, paine läpinäkyvään ja yhdenmukaisilla periaatteilla toimivaan rahoitusjärjestelmään kasvaa.

2.2 Ohjausryhmän jäsenten arviot haasteiden tärkeysjärjestyksestä

Osmo Kuusi haastatteli kesällä 2004 arviointihankkeen ohjausryhmän jäsenet. Haastatteluilla pyrittiin suuntaamaan arviointia ohjausryhmän kannalta kiintoisimpiin suuntiin. Ohjausryhmän jäsenet kommentoivat 1–2 tunnin haastatteluissa aluksi kutakin esiselvityksessä tunnistettua kymmentä tulevaisuushaastetta. Kutakin kymmentä haastetta luonnehdittiin paitsi tiivistelmän tekstillä myös haasteen lyhyellä kiteytyksellä. Arvioitaessa ohjausryhmän jäsenten tekemiä tärkeyspainotuksia on syytä huomata, että monessa tapauksessa kiteytys viittaa vain osaan haastetekstistä. Kiteytys ei myöskään kaikissa tapauksissa ole aivan yhdensuuntainen tiivistelmän tekstin kanssa. Erityisesti yhdeksännen haasteen tapauksessa kiteytys ainoastaan peruslähdekohdaltaan seuraa tiivistelmätekstiä.

Haasteiden lyhyet kiteytykset olivat seuraavat:

1. Yksityisen ja julkisen terveydenhoidon suhde kasvukeskuksissa ja haja-asutusalueilla
2. Euroopan kehityksen ja globalisaation haasteet terveydenhoidolle
3. Väestön ikääntymisen vaikutukset hoidon tarpeeseen ja sen liittyminen mm. kaupunkimaiseen elämäntapaan, individualismin eri ilmenemismuotoihin ja yksinasumiseen
4. Suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveystalvueluista eläkkeelle ja sen aiheuttamat haasteet uuden työvoiman rekrytoinnille, koulutukselle ja ulkomaisen työvoiman hyödyntämiselle
5. Kokonaan uudenlaisten tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien avautuminen erityisesti biolääketieteen kehityksen myötä
6. Informaatioteknologian sovellutukset, jotka muuttavat merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piiriin ja virtuaalisiksi (mm. ajanvaraus, laboratoriovastaukset, reseptien käsittely, asiantuntijoiden konsultointi)
7. Yleiset periaatteet hoitojen asettamiseksi tärkeysjärjestykseen erityisongelmina tarve vaikuttaa julkisen rahoituksen suuntaamiseen sekä ”näennäishoitojen” ja tuotteiden kysynnän ja markkinoiden kasvuun
8. Monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveystalvuelujen tarve
9. Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden omavastuu terveytensä turvaamisesta ja heidän palkitsemisensa yhteiskunnan kokonaisedun kannalta suotuisista ratkaisuista
10. Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen.

Kaikkien haasteiden läpikäynnin jälkeen haastateltavaa pyydettiin asettamaan ne tärkeysjärjestykseen. Lopuksi haastateltava sai esittää tärkeän haasteen, joka oli saanut hänen mukaansa liian vähän tai ei lainkaan huomiota kymmenen haasteen luettelossa. Haastattelujen kuluessa esitettiin myös nimiä mainitsematta keskustelun pohjaksi näkemyksiä, joita muut haastatellut olivat esittäneet. Toisten näkemysten esittäminen henkilöllisyyttä paljastamatta rinnastaa haastatteluprosessin Delfoi-tutkimuksiin.

Kaikki ohjausryhmän jäsenet haastateltiin yhtä kirjallisesti kommentoinutta lukuun ottamatta. Vastanneet 18 ohjausryhmän jäsentä edustavat varsin tasapuolisesti eduskunnan puoluejakaumaa. Heistä kolme kuuluu Suomen Keskustaan, neljä on sosialidemokraatteja, neljä kuuluu Kokoomukseen, kolme Vasemmistoliittoon ja kaksi Vihreään liittoon ja yksi on kristillisdemokraatti. Kuten edellä todettiin, myös terveydenhuollon kannalta keskeiset valiokunnat olivat varsin hyvin edustettuja. Myös vaalipiirien osalta haastatellut jakautuivat varsin tasaisesti maan eri osiin: Helsinki (2), Uusimaa, Varsinais-Suomi, Kymi, Häme (2), Pirkanmaa, Keski-Suomi, Vaasa, Pohjois-Savo (3), Oulu (3). Pohjois-Savon ja Oulun suuremmat edustajamäärät paikkaavat Lapin, Pohjois-Karjalan ja Etelä-Savon edustajien puuttumista. Hämeen kaksi edustajaa korjaavat puolestaan Satakunnan edustajan puuttumista.

Kun arvioidaan ohjausryhmän kannanottoja, on syytä huomata, että ohjausryhmän jäsen ei ehkä ole painottanut sinänsä tärkeäksi kokemaansa haastetta, jos hän ei ole pitänyt sitä mielekkäänä kohteena arviointihankkeelle. Tämä selittää esimerkiksi terveydenhuollon kansainvälisen toimintaympäristön saamaa keskimäärin matalinta tärkeysarviota. Se saattaa myös selittää sitä, että tulevaisuusvaliokunnan jäsenet korostivat biotekniikan kehityksen haastetta selvästi muihin valiokuntiin kuuluvia enemmän. Tulevaisuusvaliokunnan jäsenet tiedostivat ehkä muita ohjausryhmän jäseniä paremmin, että hanketta toteutetaan osana eduskunnan teknologian yhteiskunnallisten vaikutusten arviointia.

Seuraavassa esitetään arvioidut haasteet keskimääräisessä tärkeysjärjestyksessä. Sijalukujen keskiarvojen perusteella¹ haasteet voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Tärkeimmiksi vastanneet arvioivat neljä haastetta. Nämä haasteet erottuivat muista siinä mielessä, että minkä tahansa vastaajan puuttuminen ei olisi muuttanut näiden haasteiden sijoittumista neljän kärkir ryhmään. Sen sijaan yksi vastaaja olisi pystynyt muuttamaan haasteiden keskinäistä tärkeysjärjestystä.

Käyttäen jäsentelyperusteena sitä, mitä haastetta useimmat ovat asettaneet sijoille 1 tai 2, kärkeen asettuvat edelleen samat neljä haastetta. Tällä kriteerillä rahoitusjärjestelmien selkiyttäminen asettuu kuitenkin vasta jaetulle kolmannelle sijalle. Kärkeen nousee hoitojen asettaminen tärkeysjärjestykseen. Jos kriteerinä käytetään vain ensimmäisiä sijoja, väestön ikääntymisen vaikutukset saavat eniten eli 4 mainintaa.

Taulukko 1. Neljä tärkeimmiksi arvioitua haastetta

Haasteet	Sijaluku-arvioiden keskiarvo	Sijoille 1–2 asettaneet, kpl	Sijaluku-arvioiden keskihajonta
1. Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen	4,2	4	2,5
2. Yleiset periaatteet hoitojen asettamiseksi tärkeysjärjestykseen erityisongelmina tarve vaikuttaa julkisen rahoituksen suuntaamiseen sekä ”näennäishoitojen” ja tuotteiden kysynnän ja markkinoiden kasvuun	4,4	7	3,0
3. Väestön ikääntymisen vaikutukset hoidon tarpeeseen ja sen liittyminen kaupunkimaiseen elämäntapaan, individualismin eri ilmenemismuotoihin ja yksinasumiseen	4,6	5	3,0
4. Kokonaan uudenlaisten tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien avautuminen biolääketieteen kehityksen myötä	4,7	4	2,5

¹ Haasteiden tärkeysarviossa olisi voitu käyttää sijalukujen asemasta esimerkiksi niiden tärkeyden arviointia viisiportaisella asteikolla. Haastatteli kuitenkin katsoi, että terveydenhuollon laajan ongelmakentän tapauksessa oli tärkeää panna ohjausryhmän jäsenet perusteellisemmin miettimään keskeisimmiksi kokemiaan haasteita eli kysymystä siitä, mistä suunnasta ongelmia pitäisi lähteä ratkaisemaan. Sijalukujen keskiarvojen käyttö tärkeyskriteerinä ei kuitenkaan todellakaan ole ongelmaton. Jos henkilö kokee haasteet lähes yhtä olennaisiksi, sijaluvun 1 saanut ei suinkaan ole hänelle kymmenen kertaa tärkeämpi kuin sijalle kymmenen asetettu. Tätä kuitenkin edellyttää haasteiden tärkeyden vertailu sijalukujen keskiarvon perusteella. On kuitenkin huomattava, että vastaavalla tavalla esimerkiksi henkilövaalit kahden ehdokkaan välillä perustuvat ratkaisuun sijalukujen 0 (= ei kannata) ja 1 (= kannattaa, antaa yhden äänen) yhteenlaskun perusteella.

Taulukko 2. Haasteet, jotka arvioitiin tärkeydessä sijoille 5–7

Haasteet	Sijaluku-arvioiden keskiarvo	Sijoille 1–2 asettaneet, kpl	Sijaluku-arvioiden keskihajonta
5. Suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveyspalveluista eläkkeelle ja sen aiheuttamat haasteet uuden työvoiman rekrytoinnille, koulutukselle ja ulkomaisen työvoiman hyödyntämiselle	5,5	3	2,9
6. Yksityisen ja julkisen terveydenhoidon suhde kasvukeskuksissa ja haja-asutusalueilla	5,8	3	3,1
7. Informaatioteknologian sovellutukset, jotka muuttavat merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piiriin ja virtuaalisiksi (mm. ajanvaraus, laboratoriovastaukset, reseptien käsittely, asiantuntijoiden konsultointi)	5,8	3	3,2

Alueellisen ulottuvuuden pohdinnan tärkeys kuten myös informaatiotekniikan sovellutusten keskeisyys jakoivat mielipiteitä varsin voimakkaasti. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle on hyvin tärkeä ongelma, mutta monet katsoivat, että asiaa oli jo puitu niin paljon, ettei uusi selvitys asiasta ollut enää tarpeen.

Taulukko 3. Haasteet, jotka arvioitiin tärkeydessä sijoille 8–10

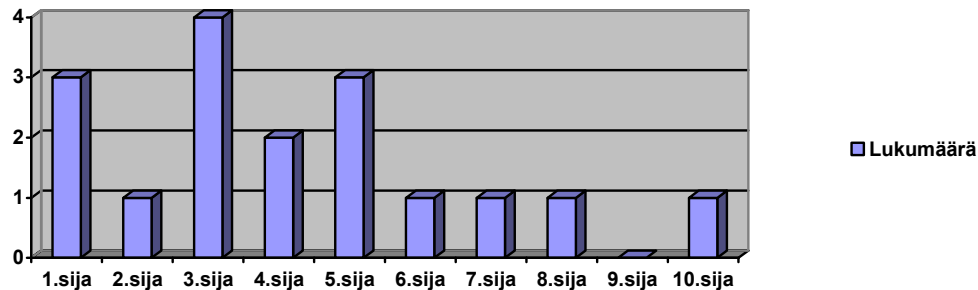
Haasteet	Sijaluku-arvioiden keskiarvo	Sijoille 1–2 asettaneet, kpl	Sijaluku-arvioiden keskihajonta
8. Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden omavastuu terveytensä turvaamisesta ja heidän palkitsemisensa yhteiskunnan kokonaisedun kannalta suotuisista ratkaisuista	6,3	2	2,5
9. Monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen tarve	6,4	2	2,5
10. Euroopan kehityksen ja globalisaation haasteet terveydenhoidolle	7,7	0	2,0

Tulosta ei missään tapauksessa voi tulkita niin, että vähiten painotetut haasteet olisivat vailla merkitystä. Kaksi edustajaa asetti moniongelmaiset toiseksi polttavimmaksi ongelmaksi. Myös kaksi piti omavastuuta toiseksi tärkeimpänä haasteena. Kansainvälistä ulottuvuutta pidettiin yksimielisimmin vähemmän olennaisena. Senkin asetti kuitenkin yksi panelisti kolmannelle tärkeyssijalle.

Seuraavassa tarkastellaan tärkeysarvioiden jakautumia vielä diagrammoina sekä haasteita eniten painottaneiden taustaryhmittäin. Haasteita tarkastellaan edellä luonnehditussa tärkeysjärjestyksessä. Ohjausryhmän jäsenten esittämät sisällölliset kommentit esitetään seuraavassa jaksossa. Kommentit rinnastetaan tulevaisuusvaliokunnan syksyllä 2004 kuulemien asiantuntijoiden käsityksiin.

1. Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen

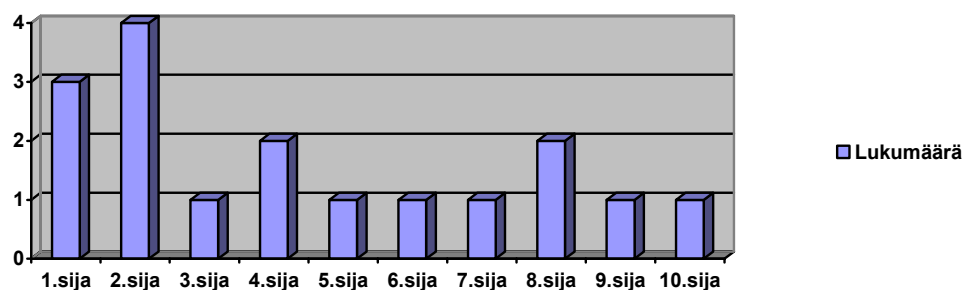
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Haastetta korostivat varsin tasapuolisesti kaikkien eduskuntaryhmien edustajat. Jos tarkastellaan niitä kahdeksaa edustajaa, jotka asettivat haasteen vähintään kolmannelle tärkeyssijalle, joukosta löytyvät kaikkien ohjausryhmään kuuluneiden puolueiden edustajat. Monet niistäkin, jotka asettivat haasteen keskiarvoa alemmalle tärkeyssijalle, katsoivat haasteen sinänsä erittäin tärkeäksi. He olivat tyypillisesti sitä mieltä, että kyseessä on akuutti haaste, johon on välittömästi tartuttava ja joka ei enää selvittelyä kaipaa. Ehkä hieman yllättäen haastetta eniten korostaneet eivät tyypillisesti kuuluneet sosiaali- ja terveysvaliokuntaan. Selitys lienee paljolti haasteen tulkitseminen akuutiksi ja jo käsittelyssä olevaksi.

2. Yleiset periaatteet hoitojen asettamiseksi tärkeysjärjestykseen erityisongelmina tarve vaikuttaa julkisen rahoituksen suuntaamiseen sekä ”näennäishoitojen” ja tuotteiden kysynnän ja markkinoiden kasvuun

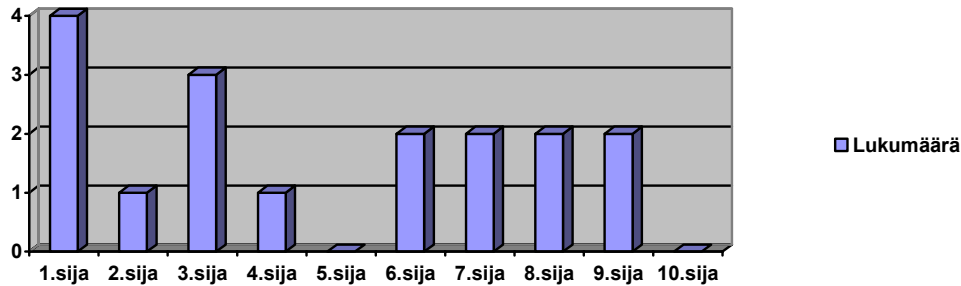
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Teemaa erityisen tärkeinä pitäneet eli sen tärkeyssijoille 1 tai 2 asettaneet eivät juuri lainkaan erottuneet puoluekannan mukaan. Seitsemän ryhmään kuuluivat edustajat keskustasta, sosialidemokraateista, kokoomuksesta, vasemmistoliitosta ja vihreistä. Yhteinen piirre teemaa erityisen paljon painottaneille oli, että he ovat toimineet tiiviisti kunnallispolitiikassa käsitellen sosiaali- ja terveyssektorin asioita. Heistä puolet oli sosiaali- ja terveysvaliokunnan jäseniä. Joukkoon kuului myös yksi tulevaisuusvaliokunnan jäsen.

3. Väestön ikääntymisen vaikutukset hoidon tarpeeseen ja sen liittyminen mm. kaupunkimaiseen elämäntapaan, individualismin eri ilmenemismuotoihin ja yksinasumiseen

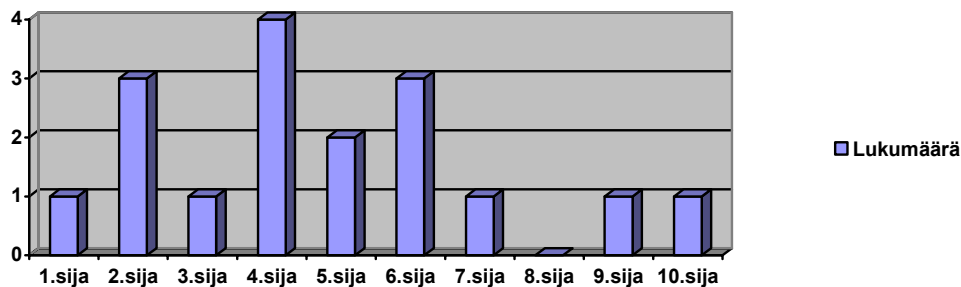
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Haastatellut jakautuivat lähes tasan haastetta korostaneisiin (sijat 1–4) ja vähemmän korostaneisiin (sijat 6–9). Kaikki neljä haasteen ensimmäiselle sijalle asettanutta kuuluivat tulevaisuusvaliokuntaan. Kaksi muuta ohjausryhmään kuuluvaa tulevaisuusvaliokunnan jäsentä asettivat sen sijoille 4 ja yksi sijalle 6 eli kaikki valiokuntaa edustavat yhtä lukuun ottamatta kuuluivat haastetta korostaneisiin. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan edustajat asettivat haasteen sijoille 2–7. Muiden valiokuntien edustajat painottivat haastetta keskimäärin vähiten.

4) Kokonaan uudenlaisten tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien avautuminen erityisesti biolääketieteen kehityksen myötä

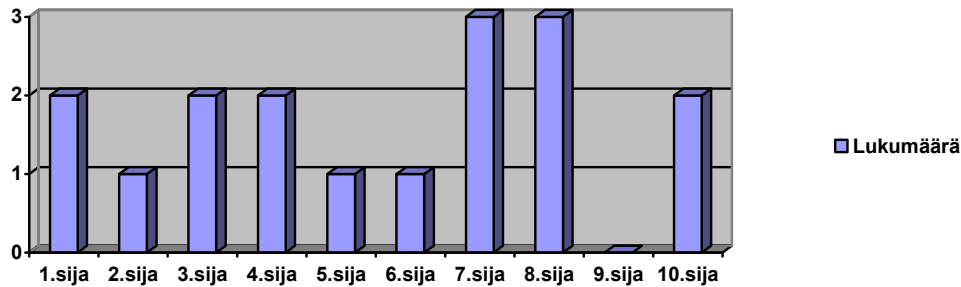
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Viisi tulevaisuusvaliokunnan jäsentä arvioi haasteen vähintään neljänneksi tärkeimmäksi. Kuudes jäsen tosin sijoitti sen vasta yhdeksänneksi. Tilanne oli päinvastainen sosiaali- ja terveysvaliokunnan viiden edustajan ryhmässä. Kaksi heistä asetti haasteen neljänneksi tärkeimmäksi, kaksi kuudenneksi ja yksi vasta kymmenenneksi. Muiden osalta tärkeysarviot hajosivat sijoille 1–7.

5. Suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveyspalveluista eläkkeelle ja sen aiheuttamat haasteet uuden työvoiman rekrytoinnille, koulutukselle ja ulkomaisen työvoiman hyödyntämiselle

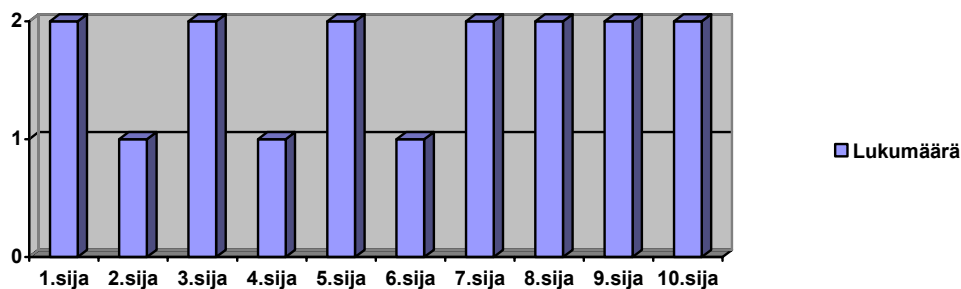
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Haastetta korostaneita eli sen yli 5. sijalle asettaneita oli tasaisesti kaikkien valiokuntien edustajissa. Kaksi haasteen tärkeimmäksi asettanutta tosin kuuluivat sosiaali- ja terveysvaliokuntaan. Haastetta korostaneet jakautuivat myös hyvin tasaisesti eri puolueisiin.

6. Yksityisen ja julkisen terveydenhoidon suhde kasvukeskuksissa ja haja-asutusalueilla

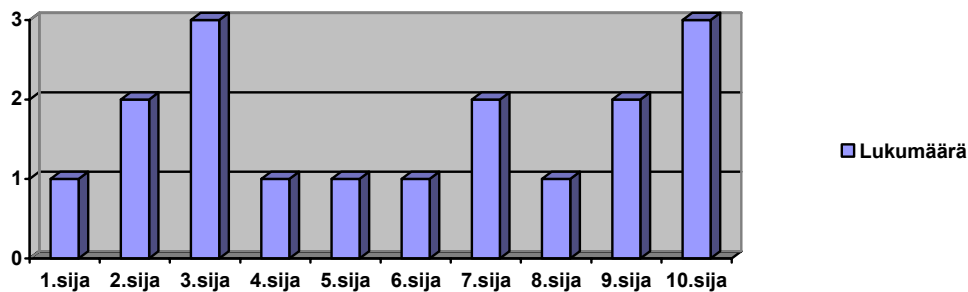
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Tietotekniikan käytön haasteen ohella tämä haaste jakoi selvimmin haastateltujen mielipiteitä. Kaikille sijaluvuille löytyi kannattaja ja millekään sijalle ei tullut kahta haastateltua enempää. Olisi voinut odottaa, että edustajien vaalipiiri olisi vaikuttanut haasteen painottamiseen. Näin ei kuitenkaan ollut: haasteita painottaneita löytyi sekä eteläisistä että pohjoisista vaalipiireistä. Sosialidemokraattien ja vasemmistoliiton edustajat painottivat haastetta keskimäärin enemmän, mutta myös kokoomuksen kansanedustaja arvioi sen tärkeimmäksi.

7. Informaatioteknologian sovellutukset, jotka muuttavat merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piiriin ja virtuaalisiksi (mm. ajanvaraus, laboratoriovastaukset, reseptien käsittely, asiantuntijoiden konsultointi)

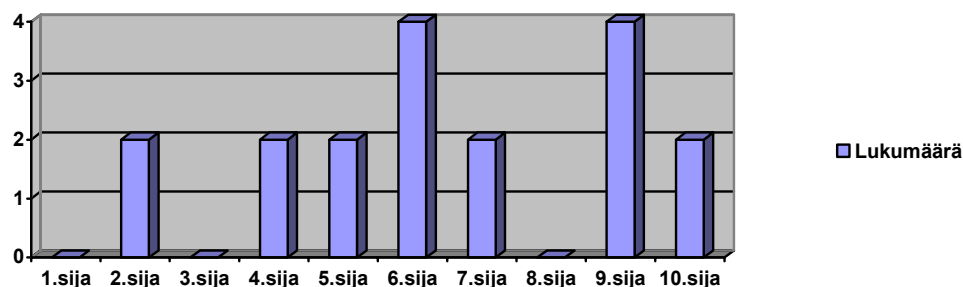
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarvot:



Haaste jakoi keskihajonnalla mitaten kaikkein eniten mielipiteitä tarkastelluista haasteista. Haasteen tärkeydessä sijoille 1–3 asettaneissa kuudesta vastanneesta peräti viisi kuuluu tulevaisuusvaliokuntaan. Liekö kyse sattumasta vai todellisista syistä, mutta yksikään ohjausryhmän neljästä sosialidemokraatista ei arvioinut haastetta sijaa kuusi korkeammalle. Kiintoisaa oli myös, että ohjausryhmän kaksi lääkärijäsentä arvioivat haasteen vasta sijaluvuille 9 ja 10.

8. Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden omavastuu terveytensä turvaamisesta ja heidän palkitsemisensa yhteiskunnan kokonaisedun kannalta suotuisista ratkaisuista

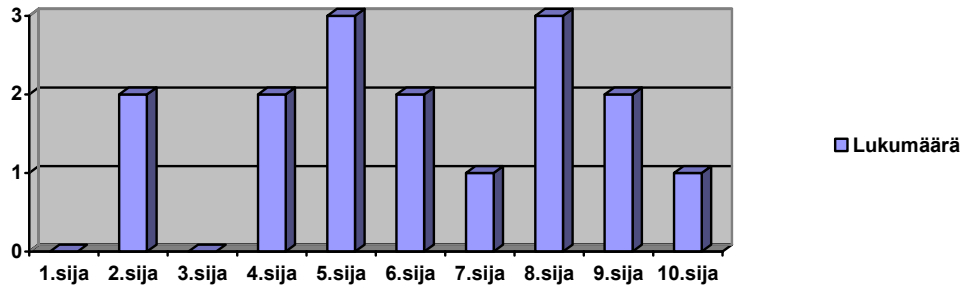
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarvot:



Haaste viittaa palkitsemiseen yhteiskunnan kokonaisedun kannalta suotuisista valinnoista. Tälle ajatukselle ei ollut selvää vastinetta tiivistelmätekstissä, mikä on tuloksia tulkittaessa syytä panna merille. Haastetta luonnehdittaessa painotettiin varsinkin hoitojen priorisointiteeman ja tämän haasteen täydentävyyttä. Priorisoinnissa valintoja tekee hoitojärjestelmä. Tämän teeman tapauksessa valinnat tekee yksilö itse arvoistaan lähtien ottaen huomioon paitsi oman etunsa myös yleisen edun. Kahta haasteen toiseksi tärkeimmäksi asettanutta voi luonnehtia terveydenhoidon kunnallisen päätöksenteon asiantuntijaksi. Haastetta vähiten korostaneet kuusi kansanedustajaa jakautuivat tasaisesti kaikkiin puolueisiin. Ohjausryhmään kuuluneista puolueista vain vihreiden edustaja puuttui tästä joukosta.

9. Teemana monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen tarve

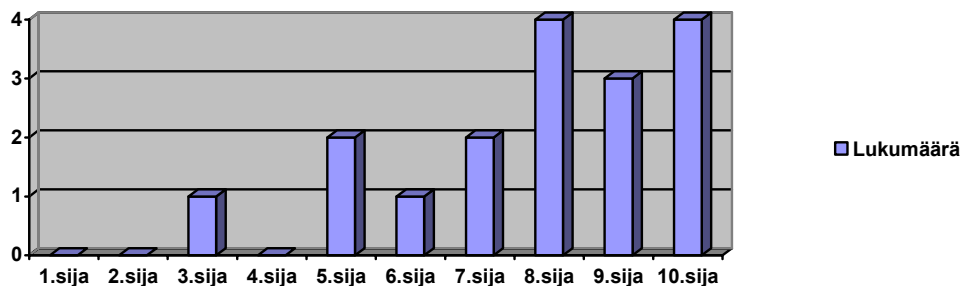
Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Puoluekanta ei olennaisesti selitä eroja haasteen korostamisessa. Haasteen vähintään viidennelle sijalle asettaneiden joukossa oli neljän suurimman puolueen edustajat. Myös haasteen enintään sijalle kahdeksan asettaneissa oli edustajia neljästä puolueesta. Tulevaisuusvaliokunta oli enemmän edustettu haastetta vähän painottaneiden kuin sitä enemmän painottaneiden joukossa. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan edustajien osalta tärkeyspainotukset hajosivat voimakkaasti. Kaksi haasteen toiselle tärkeyssijalle asettanutta kuuluvat sosiaali- ja terveysvaliokuntaan. Toisaalta ainoa haasteen kymmenennelle sijalle arvioinut kuului sosiaali- ja terveysvaliokuntaan kuten myös toinen sen sijalle yhdeksän asettaneista.

10. Euroopan kehityksen ja globalisaation haasteet terveydenhoidolle

Vastanneet antoivat haasteelle seuraavat tärkeysarviot:



Haaste on sijalukujen keskiarvon perusteella selvästi epäolennaisempi kuin muut haasteet. Ottaen huomioon globalisaation yleisesti tunnustetun merkityksen on kuitenkin syytä korostaa järjestyslukujen tulkin- taongelmaa. Jos henkilö kokee haasteet lähes yhtä olennaisiksi, sijaluvun 1 saanut haaste ei suinkaan ole hänelle kymmenen kertaa tärkeämpi kuin sijalla kymmenen oleva. Tätä kuitenkin tarkkaan ottaen edellyttää haasteiden tärkeyden vertailu sijalukujen keskiarvon perusteella.

Poliittiset puoluekannat eivät juuri vaikuttaneet haasteen saamaan tärkeysarvioon. Kolme eniten haastetta painottanutta eivät kuuluneet tulevaisuus- eivätkä sosiaali- ja terveysvaliokuntaan. Sen sijaan haasteen sijoille 9–10 asettaneista seitsemästä kansanedustajasta vain yksi ei kuulunut näihin valiokuntiin.

2.3 Ohjausryhmän jäsenten haastatteluissa erityisesti korostamia haasteita

Haastattelujen lopuksi kansanedustajia pyydettiin esittämään haasteita, jotka olivat jääneet joko kokonaan vaille huomiota tai liian vähän painotetuiksi. Heitä pyydettiin myös rinnastamaan mainitsemansa haaste sijaluvussa yhtä tärkeään. Useimpien seuraavassa mainittavien teemojen voi tulkita tulleen käsitellyksi kymmenen haasteen yhteydessä.

Taulukko 4. Haastateltujen erityisesti painottamat teemat ja niiden rinnastuminen tärkeyssijoihin

Painotetut teemat	Rinnastuu tärkeyssijaan
Julkisen sektorin roolin säilyttäminen, ei jakoa 2 kerroksen väkeen	1
Perusterveydenhoidon saatavuus	1
Terveydenhuollon uuteen tietotekniikkaan perustuva johtaminen	1
Millaisen ihmiskuvan pohjalta hoitoa kehitetään	1
Psyykkisten ongelmien käsittely	2
Kansakunnan mielenterveys	2
Terveydenhuollon tavoitteiden konkreettinen määrittely, mikä riittää	3

Huoli julkisen terveydenhuollon kestämisestä ja perusterveydenhuollosta oli yhteinen monille muillekin kuin vain niille kahdelle, jotka halusivat niitä haastattelujen lopuksi painottaa. Ilman rinnastavaa tärkeys-painotusta yksi haastateltu mainitsi lopuksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ongelmallisen suhteen. Ajat ovat toiset kuin silloin, kun nämä järjestelmät luotiin. Nyt ei haastatellun mukaan ole mikään ongelma siirtää potilasta 100 km päähän kodistaan hoidettavaksi.

Käsitykset uuden tietotekniikan olennaisuudesta jakautuivat varsin voimakkaasti, mutta sitä erityisesti korostanut ei varmasti ollut yksin mielipiteineen. Kyse on myös sairauksien hoidon logistisen polun selkiyttämistä tai toimivasta hoitoketjuista, joita kaksi haastateltua halusivat lopuksi painottaa sitä kuitenkin muihin haasteisiin rinnastamatta.

Yhden haastatellun mukaan aivan ratkaisevaa on, millaisen ihmiskuvan pohjalta hoitoa kehitetään. Käymällä perusteellista keskustelua ihmiskuvasta voidaan löytää ratkaisuja myös kysymykseen siitä, millaisia hoitoja tulisi priorisoida. Priorisointiin liittyy myös yhden haastatellun peräänkuuluttama terveydenhuollon tavoitteiden konkreettinen määrittely.

Mielenterveyden ongelmat liitettiin päihteiden lisääntyvään käyttöön, yleiseen melankoliseen tunnelmaan, toisille asetettuihin suuriin vaatimuksiin ja päällekkävään kilpailuyhteiskuntaan. Psyykkinen ja fyysinen on yhden haastatellun mukaan aivan liikaa erotettu toisistaan. Tarvittaisiin huomattavasti enemmän tukea siihen, kun henkilö siirtyy elämänvaiheesta toiseen.

2.4 Ohjausryhmän jäsenten ja tulevaisuusvaliokunnan syksyllä 2004 kuulemien asiantuntijoiden näkökohtia ja kannanottoja terveydenhuollon keskeisiin haasteisiin

Lähtien ohjausryhmän jäsenten painottamista teemoista ja tulevaisuusvaliokunnan esittämistä toiveista tulevaisuusvaliokunta kuuli syksyllä 2004 asiantuntijoita kuudessa ja syksyllä 2005 kahdessa tilaisuudessa. Kuulemisten teemat ja kuullut asiantuntijat on mainittu jaksossa 1.2. Tilaisuuksiin kutsuttiin myös ohjausryhmä, mutta koska kuulemiset toteutettiin valiokuntien kokousaikoina, muita valiokuntia edustavien kansanedustajien osallistuminen oli vähäistä. Tällä perusteella kuultujen asiantuntijoiden kannanottoihin viitataan anonyymeinä muodossa ”tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin”. Tämä on yleinen käytäntö, jolla valiokunnat ovat kannanotoissaan viitanneet kuulemiinsa asiantuntijoihin. Poikkeuksen esitystavassa muodostavat tutkijaryhmän jäsenten taustoittavat kannanotot.

Kommentit, joita ohjausryhmän jäsenet ja asiantuntijat esittivät haastatteluissa ja kuulemisissa vuonna 2004², olivat tärkein lähtökohta kevään 2005 Delfoi-prosessille. Kommentit on jaoteltu seitsemään teemaan. Teemat viittaavat kuulemistilaisuuksien teemoihin sekä kevään 2005 Delfoi-prosessissa keskeisiksi nousseihin haasteisiin, joita käsiteltiin myös ohjausryhmän haastatteluissa.

- 1) Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen
- 2) Hoidoista ja hoidon kriteereistä päättäminen sekä mahdollisuudet säästää terveydenhuollon menoissa laadusta tinkimättä
- 3) Mitä ovat erityistä huomiota vaativat väestöryhmät ja kuinka vastata niiden tarpeisiin?
- 4) Tieto- ja bioteknologioiden haasteet terveydenhuollolle
- 5) Mistä terveydenhuollon työvoima, kun suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle? Mikä tulee olemaan terveydenhuollon ulkomaisten järjestäjien rooli?
- 6) Kuinka ratkaista terveydenhuollon alueellisen järjestämisen ongelmaa?
- 7) Kansalaisten omavastuu terveydestään

² Kommenttien tarkastelussa on viitattu myös yllä mainittuihin syksyn 2005 asiantuntijakuulemisiin. Nämä eivät luonnollisesti voineet vaikuttaa kevään 2005 Delfoi-prosessiin.

2.4.1 Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen

Professori Juha Kinnunen:

Terveyspalvelujen rahoitus – enemmän kuin budjettitasapaino

Vahva yhteiskunnallinen intressi

Terveydenhuollon perustehtävä ja oikeutus pohjaa siihen, että yhteiskunnat pyrkivät turvaamaan ja edistämään väestön ja yksilöiden optimaalisen terveydentilan ja -tason. Siksi terveyspalvelujen ylläpitämiselle ja kehittämiselle on vahva sosiaalinen tuki ja poliittinen kannatus. Terveyspalvelujen ja sairauksien hoitoon liittyvien välittömien tulonsiirtojen rahoitukseen sisältyy vahva yhteiskunnallinen intressi. Se palautuu kahteen tavoitteeseen: kansalaisten tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden turvaamiseen terveyden suhteen sekä tehokkuuden ja tuottavuuden edistämiseen. Oikeudenmukaisuus on läntisten yhteiskuntien kulttuurinen itseisarvo. Tehokkuusintressi puolestaan koetaan ratkaisevan tärkeäksi siksi, että terveydenhuolto osana koko sosiaaliturvaa muodostaa niin keskeisen osan kansantaloudesta. Suomessa sosiaaliturvan osuus vuonna 2005 oli 42 miljardia euroa, 26 % BKT:stä (<http://www.stm.fi>, 29.1.2006).

Kansainvälisesti olemme hyvää keskitasoa

Suomen osalta kansainväliset vertailut, taloudellisten panosten makroluvut mukaan lukien, (mm. WHO:n World Health Report 2000, European Observatory on Health Care Systems 2002, European competitiveness report 2004, OECD review of health care systems – Finland 2005) osoittavat, että olemme viime vuosikymmeninä onnistuneet terveyspolitiikassamme hyvin. Palvelut ovat laadukkaita ja kohtalaisen kattavia ja ne pystytään järjestämään kohtuullisin kustannuksin. Järjestelmässämme on myös vakavia ongelmia ja uhkia niin tasa-arvossa kuin tehokkuudessa. Rahoituksen osalta ongelmat keskittyvät terveydenhuoltomenojen nousun hillitsemiseen yli julkisen talouden kestävyys (kunnissa ja kansallisesti), sairaaloiden budjetointijärjestelmän kehittämiseen, lääkkeiden hinnoittelun ja kustannusrakenteen läpinäkyvyyden parantamiseen ja monikanavaisen rahoituksen ongelmien ratkaisemiseen.

Julkisuudessa usein esitetään perusteluja, että terveydenhuoltoon tulisi Suomessa kohdentaa selvästi lisää rahaa (1–2 prosenttiyksikköä BKT:stä). Argumentteina käytetään kansainvälisiä bkt vertailuja, joissa olemme monia EU-maita alhaisemmalla tasolla (mm. Saksa, Ranska ja Ruotsi). Vertailusta saa kuitenkin luotettavamman kuvan, kun käytetään kriteerinä ostovoimapariteettia. Näissä vertailuissa sijoitumme rankingissa huomattavasti korkeammalle. Myös työssä olevien lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja hoitohenkilöstön määrät ovat meillä aivan huippuluokkaa (HFA data base 2005). Järjestelmämme ei ole missään tapauksessa makroluvuilla katsoen aliresursoitu. Suhteellinen edullisuus perustuu siihen, että palkkataso ja elinkustannukset ovat alhaisemmat. Tämä korostuu terveydenhuollossa siksi, että henkilöstömenojen osuus kaikista kustannuksista on noin 70 %. Yksittäisten organisaatioiden tai kuntien tasolla vaihtelu on suurta ja on lukuisia esimerkkejä, jossa niin taloudelliset kuin inhimilliset voimavarat ovat aidosti riittämättömiä suhteessa väestön ja asiakkaiden tarpeisiin.

Mikä on rahoitusjärjestelmän osuus terveydenhuollon tehokkuuden turvaamisessa?

Parin vuosikymmenen ajan on keskusteltu paljon terveydenhuollon tehokkuuden kysymyksistä. Miten tuottavuutta voisi terveydenhuollossa ja koko julkisella sektorilla saada nousuun? Tuottavuutta on pyritty parantamaan rakenteita ja toimintaprosesseja uudistamalla ja teknologisin innovaatioin. Tulokset uudistuksissa ovat olleet vaatimattomia. Niissä on törmätty kolmeen perusongelmaan: 1) terveydenhuoltojärjestelmä on hallinnollisesti ja toiminnallisesti niin hajanainen, että vaikka järjestelmän yhdessä osassa on saavutettu merkittävää tuottavuuden nousua, se ei vaikuta "systemisesti". Pikemminkin uudistus voi synnyttää tehottomuutta toisissa yksiköissä. 2) Rahoitusjärjestelmä on säilynyt mm. valtionosuusuudistuksista huolimatta organisaatiotasolla samankaltaisena ja sisältää kannusteita, jotka motivoivat jatkamaan avaintoimijoita vanhalla tavalla. 3) Terveydenhuollon professioiden valta on niin vahva, että he pystyvät ajamaan järjestelmän kaikilla tasoilla ammattikuntalähtöiset intressinsä läpi. Ja siksi kokonaistehokkuuden kannalta tehottomiksi osoitetut toiminnot säilyvät sitkeästi. Vanha totuus on, että jokainen järjestelmään laitettu euro on jonkun tuloa ja siitä tunnetusti pidetään viimeiseen asti kiinni.

Lopuksi

Suomessakin terveydenhuoltoon kuluu todennäköisesti lähitulevaisuudessa suhteellisesti yhä enemmän kansakunnan voimavaroista (inhimillisistä ja aineellisista). Yleiset syyt tunnetaan hyvin ja niitä on tässäkin raportissa yksityiskohdissaan tarkasteltu. Rahoitusjärjestelmän uudistamiseen kohdistuu kasvavia uudistamispaineita. 2010-luvun haasteisiin on mahdotonta vastata nykyisen kaltaisella järjestelmällä. Uudistamista koskevassa keskustelussa on juututtu liiaksi väittelyyn rahoituksen perusvaihtoehtoista (verot, vakuutukset vai markkinat). Muista maista saadut kokemukset viittaavat siihen, että riippumatta rahoituksen perusratkaisuista tehokkuuden, sekä teknisen että alokatiivisen, kannalta olennaisempaa on löytää nykyistä tarkoituksenmukaisemmat kannustevaikutukset. Vain asetettujen tavoitteiden suuntainen toiminta tulisi olla kannustavaa, ei vanhojen traditioiden.

Tulevaisuusvaliokunnalle todettiin, että Suomen terveydenhuollon rahoitus on toteutettu brittiläisen ja skandinaavisen mallin mukaisesti pääosin verorahoituksella. Vuonna 2002 kuntien rahoitusosuus oli 43 % ja valtion 17 %. Kansaneläkelaitoksen hallinnoima julkinen sairausvakuutus täydentää kokonaisuutta muodostaen 16 % kokonaisrahoituksesta. Sairausvakuutusmaksu on kunnallisveron tapainen suhteellinen veroluonteinen maksu, jota jokainen verovelvollinen suomalainen maksaa yhtä suuren prosentuaalisen osan tuloissaan. Se on siis vielä kunnallisveroa enemmän tasaveron kaltainen terveydenhuoltoon korvamerkitty vero, koska siinä ei ole kunnallisveron tapaista veronmaksun alarajaa. Potilaat rahoittavat itse terveydenhuollon menoista noin 20 %, mikä on kansainvälisessä kehittyneiden OECD-maiden vertailussa poikkeuksellisen korkea osuus. Valiokunnalle esitettiin, että lukuun ottamatta uusia jäsenmaita EU:ssa vain Portugalissa osuus on korkeampi.

Kansallisessa terveyshankkeessa ja valtioneuvoston tulevaisuusselonteossa suomalaiselle terveydenhoidolle esitettiin kolme peruseriaa:

1. kunnallinen järjestämisvastuu
2. verorahoitteinen järjestelmä
3. tasavertainen palvelujen saatavuus.

Kunnallisesti järjestettävän terveydenhoidon rahoittamiseksi kansallisen terveyshankkeen rahoitusryhmä esitti viisi perustoimenpide-ehdotusta:

1. peruspalvelujen riittävä valtionosuustaso
2. kehittämishankkeiden valtionosuus

3. kuntalaskutusjärjestelmän kehittäminen
4. maksupolitiikan selkiyttäminen ja maksukattojen yhdistäminen
5. laastariverosta luopuminen.

Ehdotukset 2 ja 5 toteutettiin vuoden 2005 aikana. Valiokunnalle kerrottiin, että muut olivat vuonna 2005 edelleen jatkovalmistelussa. Sairausvakuutuksen osalta rahoitusryhmä ehdotti seuraavia toimenpiteitä:

1. kuntien ja sairausvakuutuksen keskinäisten rahoitusvastuiden selkiyttäminen
2. sairaanhoitokorvausten tason uudelleenarviointi erityisesti laboratorio- ja kuvantamispalvelujen osalta
3. kustannusvaikuttavien hoitojen säilyttäminen korvattavina, vähäisten kustannusten rajaaminen korvausten ulkopuolelle
4. lääkevaihto halvempiin samavaikutteisiin apteekkeissa.

Neljäs suositus toteutettiin jo 2003. Ensimmäinen kohta liittyy monien arviointihankkeen ohjausryhmän kansanedustajien haastatteluissa esille ottamaan *Kelan rahoittaman ja kuntien rahoittaman hoidon huoon koordinaatioon*. Kunnalle ei koidu kustannuksia siitä, että potilas odottaa sairauslomalla leikkaukseen pääsyä. Jonossa oloajasta on muodostunut vallitsevalla rahoitusjärjestelmällä tapa määritellä hoitoon pääsy. Ongelma on jossain määrin jo poistunut hoitotakuujärjestelmän kautta. Valiokunnalle esitettiin, että erikoissairaanhoitoon tulevista potilaista arviolta noin kaksi kolmannesta tarvitsee ja saa välitöntä eli akuuttia hoitoa. Sairaspäivärahojen ja kunnan rahoittamien palvelujen yhteensovittaminen on olennaista vain elektiivisten, ei-kiireellisten leikkaustoimien osalta. Sitä paitsi sairauspäivärahakorvausten osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli vuonna 2002 vain 5,2 %. Monikanavainen rahoitus aiheuttaa kuullun asiantuntijan mukaan vakavamman ongelman vanhustenhuollossa. Raha-automaattiyhdistys rahoittaa yksityisten ja yleishyödyllisten yhteisöjen tuottamia vanhusten palveluja, joiden yhteensovittaminen kunnan vanhustenhuollon linjausten kanssa on usein hyvin ongelmallista.

Monet ohjausryhmän kansanedustajat katsoivat kesän 2004 haastatteluissa, että harvat kalliit hoidot voivat romuttaa pienen kunnan taloutta ja toisaalta uhkana on myös, että liian alas mitoitettu maksukatto voi johtaa epätarkoituksenmukaisiin hoitopäätöksiin. Kalliiden hoitojen kustannukset tasattiin vuonna 2003 sairaanhoitopiirin kuntien kesken niin, että kunnan maksettavaksi jäi yhdestä hoidettavasta enintään 25 000–84 000 € tavanomaisimman rajan ollessa 50 000 €. Kuullun asiantuntijan mukaan nykyisin käytössä oleva kalliiden hoitojen tasausjärjestelmä toteuttaa tehtävänsä melko hyvin (Pekurinen ym., 2004). Esimerkiksi voidaan ottaa kolme alle 5 000 asukkaan kuntaa Rautalampi (kunnista 36. suurimmat terveydenhuollon kustannukset 2003), Tohmajärvi (69.) ja Lavia (73.). Näissä kunnissa erityisen kalliiden hoitojen kustannukset (yli 80 000 € potilasta kohti vuodessa) olivat suurimmat vuonna 2003. Tasausrahasotot kattoivat erityisen kalliista hoidoista 66–75 %.

Erityisen kalliit hoidot näyttävät nykykäytännöllä suuntautuvan erityisesti niihin sairaanhoitopiireihin, joissa niitä on paljon tarjolla. Tästä selkeä osoitus on, että erityisen kalliissa hoidossa HUS-piirissä (Helsinki, Espoo, Vantaa, Porvoo, Lohja, Hyvinkää, Järvenpää, Tuusula, Kerava, Nurmijärvi) syntyi 40 % menoista 2003, vaikka tämän piirin osuus maan väestöstä on vain noin 24 %. Henkeä kohti tässä piirissä käytettiin siis noin puolet enemmän rahaa erityisen kalliisiin hoitoihin kuin muualla maassa keskimäärin.

Ohjausryhmän haastatteluissa nousivat esiin myös *kuntien väliset vakuutusjärjestelyt*. Painetta katsottiin olevan myös *kansainvälisiin vakuutusjärjestelyihin*, koska väestön ulkomailla oleskelun vuoksi sairastumiset ulkomailla tulevat lisääntymään. Valiokunnalle esitettiin tähän liittyen, että kuntien kasvavat rahoitusongelmat eivät ratkea sillä, että monta köyhää kuntaa liitetään yhteen. Yksi mahdollisuus on, että Kela toimisi kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksia tasaavana vakuuttajana ja kohtuullisten kustannusten määrittelijänä erilaisille hoidoille. Syksyllä 2004 tulevaisuusvaliokunnalle esiteltyyn ns. Kela-malliin pa-

lataan lähemmin kevään 2005 Delfoi-prosessin tulosten esittelyn yhteydessä. Radikaalin Kela-mallin ohella valiokunnalle todettiin, että kunta voi jo nyt tasata menojaan kunnan ja sairaanhoitopiirin useampi-vuotisella palvelusopimuksella, 3–5 vuoden aikana toteutettavalla kuntalaskutuksella tai ottamalla lainaa yksityiseltä rahoituslaitokselta.

2.4.2 Hoidoista ja hoidon kriteereistä päättäminen sekä mahdollisuudet säästää terveydenhuollon menoissa laadusta tinkimättä

Koska tema oli jo arviointihanketta käynnistettäessä määritelty sen keskeiseksi kohteeksi, siihen kiinnitettiin erityistä huomiota sekä ohjausryhmän haastatteluissa että syksyn 2004 kuulemisissa. Teeman käsittely kuulemisissa ja ohjausryhmän haastatteluissa voidaan jaotella seuraaviin osakokonaisuuksiin:

1. Onko mahdollista saavuttaa 20 % säästö terveydenhuollon kokonaismenoissa ilman että täytyy tinkiä vaikuttavuus/kustannus suhteeltaan tehokkaista hoidoista?
2. Millaisen tulisi olla eri hallinnon tasojen ja toimijoiden roolin hoidoista päätettäessä?
3. Millaisten tulisi olla uusien hoitojen hyväksynnän ja jo käytössä olevien hoitojen arvioinnin järjestelmien?
4. Millaisiin eettisiin periaatteisiin hoitoratkaisujen tulisi perustua?

Onko mahdollista saavuttaa 20 % säästö terveydenhuollossa hoidon laadusta tinkimättä?

Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että tehostamiselle asetetun tavoitteen saavuttaminen edellyttää hoitojen paremman arviointikäytännön ohella koko terveydenhuoltojärjestelmän yleistä tehostumista. Kuullun asiantuntijan mukaan taloudellinen lama 1990-luvun alussa osoitti, että terveydenhoitojärjestelmässä pysytään huomattaviin säästöihin ilman, että siitä aiheutuu merkittäviä hoitotason heikennyksiä. Terveydenhuollon kustannusten vuotuinen reaalikasvu oli 1960-luvulta lähtien vuoteen 1990 noin 5 %. Vuosina 1985–1990 virat terveydenhuollossa lisääntyivät 20 000:lla. Vuosina 1991–1995 hoivapalvelujen tilastoitua määrä kuitenkin väheni 10 %:lla. Kustannusten kasvun trendiin suhteutettuna tämä merkitsi ainakin noin 20 %:n säästöä. Tämän kehityksen voi tulkita tukevan sitä, että terveydenhuollossa on mahdollista toteuttaa varsin vähin vaurioin vielä 20 %:n kustannusten säästö erityisesti varauduttaessa vanhenevan väestön mukanaan tuomaan terveydenhuollon kustannusten kasvuun.

Valiokunnalle esitettiin, että noin 20 %:n säästö on saavutettavissa vaikuttavista hoidoista tinkimättä. Säästön saavuttamista katsottiin mahdolliseksi hoitoprosesseja tehostamalla, vähentämällä rahoituksen monikanavaisuutta, kytkemällä paremmin yhteen erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto ja vähentämällä sairaanhoitopiirien määrää.

Hoitoprosesseja esitettiin voitavan tehostaa tutkimalla hoitoprosesseja teollisten prosessien tapaan puutumalla koko prosessin läpimenoa hidastaviin pullonkauloihin. Esimerkiksi leikkaustoiminnan prosesseja tutkimalla sellaiseksi on voitu tunnistaa esimerkiksi leikkaussalin käyttö ja anestesiatoiminta. Valiokunnalle esitettiin, että monia hoitoja voidaan tehostaa keskittämällä niitä suurempiin yksiköihin. Kansallisessa terveysohjelmassa arvioitiin, että hoito vähintään 10–12 lääkärin yksiköissä vähentää olennaisesti hoitokustannuksia. Lääkäreistä vähintään yksi voisi olla peruserikoissairaanhoidon spesialisti.

Valiokunnalle esitettiin, että VATT:n DEA-menetelmällä tekemien tutkimusten mukaan näyttäisi siltä, että tehokkaimpia ovat 30 000–40 000 asukkaan väestöpohjalla toimivat terveystakeskukset. Hyvin pienten terveystakeskusten ohella kaikkein suurimmat terveystakeskukset ovat osoittautuneet tuottamattomimmiksi. Tulokset tekee kuitenkin ongelmalliseksi mittaustapa, jossa ei tarkastella tulosta kuvaavien suoritteiden (kuten hoitopäivien) vaikutusta terveyteen. Pieniä terveystakeskuksia voidaan korvata kokoneilla sairaan-

hoitajilla. Valiokunnalle kerrottiin, että heidän neuvonnallaan voidaan ehkä 20 %:ssa yhteydenotoista välttää lääkärissä käynti. Saamaan tarkoitukseen soveltuvat myös neuvonnan ja ajanvarauksen yhdistävät valtakunnalliset tai alueelliset puhelinpalvelut (Call Centers).

Myös laboratorio- ja kuvannuspalveluissa on etua keskittämisestä. Korkeat Kela-korvaukset myös houkuttelevat niiden liialliseen käyttöön. Varsinkin röntgen-kuvauksia tehdään kuullun asiantuntijan mukaan liikaa. Ortopediset leikkaukset on taloudellista suorittaa riittävän suurissa ja ammattitaitoisissa yksiköissä. Näin voidaan säästää kustannuksissa ja potilaiden kivussa ja säryssä uusintaleikkausten vähenemisenä.

Valiokunnalle esitettiin myös, että terveydenhuollon ja vanhusten palvelujen, erityisesti eläkeläisten palvelujen, järjestäminen yhtenä kokonaisuutena ilman sektori- ja kuntarajoja toisi todennäköisesti monia hoidollisia, toiminnallisia ja taloudellisia etuja koko maan väestölle.

Työvoiman käytön tehostamisessa on onnistuttu, kun siitä on palkittu palkankorotuksin. Näin kertoi asiantuntija, joka edusti harvaanasutun alueen terveystalosta. Hänen mukaansa potilastiedot dokumentoidaan nykyisin paremmin ja tiedonsiirto on selvästi parantunut (telelääketiede). Kainuun kokeilun yhteydessä on pyritty systemaattisesti hoitojen järjestämisessä kustannusvaikuttavuuteen. Perusteltujen uudistusten läpimenoa on kuitenkin estänyt terveydenhuollon ammattilaisten epäluuloisuus uudistuksia kohtaan. Valiokunnalle esitettiin, että vain 5 % henkilökunnasta on ollut Kainuussa heti valmis uudistuksiin, 35 % on suhtautunut niihin neutraalisti ja 60 % epäilevästi.

Eri hallinnon tasojen ja toimijoiden rooli hoidoista päätettäessä

Keskeinen hoitojen järjestelyyn ja hoitojen hyväksyntään liittyvä kysymys, jota ohjausryhmän jäsenten haastatteluissa paljon pohdittiin, oli *eri hallinnon tasojen työnjako hoitojen käytännön priorisointipäätöksissä*. Päätöksenteon tasoja ja niiden vastuita voidaan hahmotella eri tavoin. Ohjausryhmän jäsenen esittämän monitasoisimman tulkin mukaan se sisältää seuraavat tasot:

1. Hoitopäätöstä tekevä lääkäri, jolla on mielessään ennen kaikkea Hippokrateen vala ja joka haluaa yleensä olla ystävällisissä väleissä hoitamansa potilaan kanssa
2. Lääkärikollega, joka konsultoi samassa hengessä hoitavan lääkärin kanssa
3. Osastonjohtaja tai tulosalueen johtaja, jonka kanssa hoidon sisällöstä voidaan keskustella
4. Talousjohtaja, joka esittää arvioita rahojen riittämisestä
5. Johtava lääkäri, joka vastaa sekä hoitojen sisällöstä että budjetissa pysymisestä
6. Sairaanhoitopiirin johtaja, joka vastaa koko piirin budjetista
7. Sairaanhoitopiirin hallituksen jäsenet, jotka paitsi vastaavat koko piiristä myös valvovat edustamiensa kuntien etua
8. Kunnanvaltuustot ja lautakunnat, jotka tekevät rahoituspäätökset ja henkilöstövalintoja
9. Sallittuja ja yleisiä hoitokäytäntöjä sekä laajoja rahoituspuitteita määrittelevät tahot (eduskunta, STM, Stakes, Duodecim, potilasyhdistykset)
10. Lääkäreiden koulutuksesta vastaavat tahot (julkinen koulutus, yritykset)
11. Julkinen keskustelu tiedotusvälineissä.

Priorisoinnin haastetta erityisesti korostaneen kansanedustajan pitkään kunnalliseen kokemukseen perustuvan tulkin mukaan vastuu pelkistyy käytännössä terveystaloksissa kolmitasoiseksi: hoitopäätöksiä tekevä lääkäri, samaan aikaan hoitopäätöksistä ja budjetissa pysymisestä vastaava johtava lääkäri sekä terveystalosten toiminnalle taloudelliset puitteet luova kunnallinen/sairaanhoitopiirien päätöksenteko. Muut toimijat (eduskunta, STM, lääkärijärjestöt jne.) määrittelevät nykykäytännöllä yleiset tiedolliset, lainsäädännölliset ja resurssipuitteet näille kolmelle keskeiselle käytännön päätöksentekijälle.

Syksyn 2004 kuulemisten yhteydessä tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että terveydenhuoltoalan henkilökunnan luottamus kunnallisiin päättäjiin on varsin heikko. Työterveyslaitoksen vuoden 2000 tutkimuksessa esitettyyn kysymykseen, jonka vaihtoehtoina olivat ”kunnallispoliittiset päättäjät eivät tunne potilaiden tarpeita” ja ”tuntevat tarpeet” vastausten ”eivät tunne” osuus oli terveydenhuollon sektoreittain 85–94 %. Ensin mainitun arvon sai sairaalahoito ja viimeksi mainitun kotipalvelu. Keskimäärin 87 % vastaaneista katsoi, että terveydenhuollon arvoperusta on murtumassa kunnallispoliittisten päätöksentekijöiden säästövaatimusten seurauksena. Tätä tilannetta voi pitää ainakin osaselityksenä sille, että terveys- ja sosiaalipalveluissa vuonna 2000 henkilöstö koki työnsä keskimäärin kaikista ammattiryhmistä henkisesti rasittavimmaksi ja että alan sairauspoissaolot lisääntyivät parisenkymmentä prosenttia 1997–2000. Tosin vuoden 2003 vastaavassa tutkimuksessa rasittavaksi työnsä kokeneiden osuus hieman laski. Eurooppalaisessa vertailussa suomalaiset hoitajat olivat myös vain keskitasoa vertailtaessa niiden osuuksia, jotka ovat harkinneet siirtymistä toiselle alalle. Englannissa hoitoalalla työskentelevistä 36 % oli tätä harkinnut, Suomessa vain 15 %.

Millaisten tulisi olla uusien hoitojen hyväksynnän ja jo käytössä olevien hoitojen arvioinnin järjestelmien?

Keskeinen priorisointiin liittyvä kysymys on yksittäisten lääkäreiden, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja Kelan erilaiset priorisointiperiaatteet. Yksi haastateltu ohjausryhmän jäsen piti erityisen pahana, että yhteys yliopistosairaaloiden ja julkisen perusterveydenhuollon välillä ontuu. Jos menee yksityislääkärin kautta yliopistosairaalaan, saa usein parempaa hoitoa kuin menemällä perusterveydenhoidon kautta. Yhdessä pisteessä tulisi voida muodostaa toimintatapa, joka pätee hoidon kaikissa vaiheissa. Toisen myös voimakkaasti haastetta korostaneen kansanedustajan mukaan, monille on muodostunut suhteessa terveyspalveluihin vastuuton asenne ”minulle kaikki heti”. Jotkut haastatellut ohjausryhmän jäsenet olivat sitä mieltä, että on olemassa terveydentilansa ympärille kietoutuneiden ”aina valittajien” joukko. Tämän tyypillisesti ikääntyneen kovaäänisen joukon kuuntelu ei saa yhden ohjausryhmän jäsenen mukaan Suomea uuteen nousuun. Käytännössä lääkärit joutuvat päättämään priorisoinnista, koska priorisointipäätöksiä ei pystytä tekemään kunnan elimissä. Alkaa huuto tasa-arvon loukkauksista. Jos asiaan ei puututa, rahan pumpppaaminen terveydenhoitoon ei auta.

Yhden priorisoinnin haastetta erityisesti korostaneen kansanedustajan mukaan keskeinen peruste panostaa priorisointiin on *yhä useammassa vaivassa esiintyvä harmaa alue vaivan esiintymisen ja sen välillä, että vaivaa ei esiinny*. Niissä taudeissa, joita aiemmin ryhdyttiin hoitamaan terveyden ja sairauden raja oli varsin selvä. Esimerkki aiemmin hoidetuista taudeista oli haava kädessä kun nykyisin hoidon kohteena voi olla epämääräinen kipu kädessä. ”Harmaiden alueiden” laajuuden vuoksi on edustajan mukaan tärkeää, ettei näennäishoitoja (mm. homeopaattiset hoidot) rahoiteta julkisella rahalla lainkaan. Tällaisiin tarkoituksiin eivät mitkään rahat riitä. Yhä suuremmaksi ongelmaksi on myös nousemassa medikalisaatio eli että kaikkiin vaivoihin haetaan ratkaisua lääkkeistä. Ohessa on Markku Myllykankaan tämän ongelman taustoitus.

Markku Myllykangas

Medikalisaatio

Medikalisaatio tarkoittaa elämän ja yhteiskunnallisten ongelmien lääketieteellistämistä. Medikalisaatiossa arjen ongelmista tehdään lääketieteellisiä ongelmia, vähäpätöiset oireet nähdään vakavina, riskit sairauksina ja ongelmien esiintyvyyttä liioitellaan potentiaalisten markkinoiden maksimoimiseksi. Sairauksien ennaltaehkäisy lääkinnällisin keinoin on myös medikalisaatiota, suureksi osaksi kustannusvai-kuttamatonta.

Lääkintäteollisuus, lääkärit ja potilasryhmät käyttävät mediaa avukseen lavastaessaan terveysongelmia mittaviksi ja vakaviksi. Osaa medikalisaatiosta kutsutaan ”sairauksien kaupusteluksi”, kun uusille tuot-teille ja palveluille luodaan kysyntää ja jo olemassa olevia markkinoita laajennetaan. Erityisesti lääke-teollisuuden intresseissä on luokitella mahdollisimman moni sairaaksi ja myydä sitten mahdollisimman paljon lääkkeitä mahdollisimman kalliilla. Medikalisaation rinnalla paisuu myös paramedikalisaatio, eli uskomuslääkintä, puoskarointi.

Medikalisaatio merkitsee sairauden leiman lyömistä entistä tiuhemmin ja siten sairastavuuden lisään-tymistä, vaikka väestön terveydentilassa ei tapahtuisi minkäänlaista muutosta. Terveen ja sairaan rajaa vyörytetään myös koko ajan yhä terveempien suuntaan.

Medikalisaatio johtaa, paitsi terveystietämisen ja -ongelmien korostumiseen, myös lääketieteen ja lääkärien vallan kasvuun sekä sosiaalisten ilmiöiden kontrollointiin terveystietämyksen avulla. Elämme koko elämämme lääketieteen valvovan silmän alla. Geeniteknologian kehittyminen lisää ja nopeuttaa medikalisaatiota.

Turha medikalisaatio on merkittävimpiä tekijöitä jatkuvasti kasvavien terveysmenojen taustalla, ilman terveyshyötyjä. Terveydenhuollon toimien vaikuttavuus heikkenee, kun lääkintää käytetään ongelmiin, joita lääkinnällä ei voida ratkaista. Lääkkeitäkin käytetään yhä enemmän ei-sairauksien hoitoon, kuten hillitsemään surureaktioita, hidastamaan kaljuuntumista, alentamaan painoa ja vahvistamaan erektiota. Priorisoinnin tarve korostuu.

Mainonta ruokkii tautitietoisuutta ja turhia lääkärikäyntejä. Ihmisten hätä, kuoleman pelko ja turhamai-suus tekevät heistä helppoja uhreja. Terveiden sijaan asiakkaat saavat usein vain vääriä diagnooseja ja katteettomia lupauksia.. Terveyttä ei voi ostaa, vain terveyspalveluja. Merkittävä osa mainonnasta suunnataan ”terveille” ihmisille. Epäeettisimmillään mainonnalla yritetään tehdä ihmisistä luulosairai-ta, terveistä sairaita, tyytyväisistä tyytymättömiä. Ennen sairaille etsittiin hoitokeinoja. Nyt menetelmil-le etsitään asiakkaita.

Ihmisten huolien, ahdistusten ja kärsimysten medikalisaatiolle ei ole mitään rajaa. Hallitsemattomana medikalisaatio tekee lopulta meistä kaikista sairaita.

Syksyn 2004 kuulemisten yhteydessä valiokunnalle esitettiin, että yksi tehokas tapa luoda yhtenäisempi priorisointikäytäntö ja ottaa kantaa näennäishoitoihin sekä ohjausryhmän jäsenen esille nostamiin ”har-maisiin alueisiin” olisi laajentaa jo nyt suomalaisten lääkäreiden paljon käyttämiä Duodecim-seuran säh-köisiä hoitosuosituksia kiinteiksi osiksi sähköisiä potilaskertomuksia. Nämä sisältäisivät hoitavien lääkä-reiden tekemät diagnoosit perustuen erilaisiin potilasta koskeviin tietoihin mm. liittyen hänen geenei-hinsä, viittaukset käytettyihin hoitosuosituksiin ja päätökset annetuista hoidoista. Potilaskertomus voisi olla myös potilaan luettavissa ja potilaalla voisi olla salasana, jolla hän voi avata potilaskertomuksen pankkitietojen tapaan.

Valiokunnalle esitettiin että erityisen tärkeää on arvioida kalliit hoidot. Noin 20 % terveydenhuollon asiakkaista tuottaa terveydenhuollon kustannuksista noin 80 %. Tämä on erityisen tärkeää siksi, että hoitojen osuus väestön yleisen terveydentilan ja eliniän pitenemisen kannalta ei ole ratkaisevin tekijä. Elämäntavat ovat edelleen tärkeämpi selittäjä. Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että työikäisten suomalaisten miesten yleisin kuolinsyy on edelleen sepelvaltimotauti, vaikka kuolleisuus siihen on viimeisten vuosikymmenien aikana alentunut. Ruotsissa ja Norjassa sepelvaltimotautikuolleisuus on puolta matalampi ja Italiassa, Ranskassa ja Portugalissa taso on vielä alhaisempi. Tupakka, alkoholisyys, tapaturmat ja itsemurhat ovat edelleen suomalaisten kuolinsyytilaston kärjessä. Valiokunnalle esitettiin, että ennaltaehkäisyllä voidaan myös merkittävästi vaikuttaa skitsofrenian puhkeamiseen tunnistamalla sen varhaisia oireita ja puuttumalla niihin jo nuorena.

Uhkana on kuitenkin, että terveydenhuollon varat suunnataan entistä enemmän sairauksien ennaltaehkäisyyn asemasta niiden hoitoon. Terveydenhuollon mahdollisuudet vaikuttaa sairauksiin ovat lisääntyneet nopean teknologisen kehityksen vuoksi. Valiokunnalle esitettiin, että samalla kustannukset ovat moninkertaistuneet ja niiden nousupaine on jatkuvasti suuri. Kustannusten nousuun on ollut mahdollista vaikuttaa mielekkäästi vain vähän, kun seuranta ja suunnittelu ovat perustuneet pääosin vain tietoon tuotetuista hoitopäivistä, hoitajaksoista jne. Suurimman kiinnostuksen kohteena on ollut terveydenhuollon suorituskyky ja teho, jota on mitattu rahan käytöllä suoritetta kohti. Rahan puutteessa on ”juustohöylällä” leikattu kaikkia palveluja. Tähän on jouduttu menemään, kun hoidon vaikuttavuudesta on vain vähän tietoa. Systemaattisesti ei ole seurattu esimerkiksi sitä, ovatko hoidetut potilaat elossa vuoden kuluttua ja asuvatko he silloin kotona vai laitoksessa.

Vaikuttavuuden arvioimiseksi on kehitetty sairauskohtaisia mittareita. Nämä mittarit kuten HAQ, HHS, KSS ja EDI mahdollistavat tietyn toimenpiteen tai erikoisalan sisäisen vaikuttavuuden seurannan. Suurempi lupaus on nähty terveyteen liittyvissä elämänlaadun mittareissa. Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi SF-36, EQ-5, HUI ja 15D. Ne mahdollistavat erikoisalojen keskinäisen vertailun laatupainotteisten elinvuosien (QALY Quality-Adjusted Life Years gained) muodossa.

Suomessa jo varsin laajassa käytössä oleva työväline on 15D. Valiokunnalle esitettiin sen soveltuvan Suomen kansalliseksi vaikuttavuuden standardiksi. 15D on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka käytännössä on potilaalle täytettäväksi annettava kysymyslomake. Lomakkeessa kysytään potilaan terveydentilaa viidellätoista kysymyksellä (ulottuvuudella, D = dimension). Ulottuvuudet ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnat, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Ulottuvuudet viittaavat toimintakykyyn mutta myös eri tavoin koettuun hyvinvointiin. Vastaukset varustetaan painokertoimilla, jolloin vastausten summaksi tulee tasan yksi, jos henkilö ilmoittaa olevansa täysin terve. Näin vastaajan terveydentila voidaan ilmoittaa sekä profiililla että yhdellä tunnusluvulla. Normaaliväestön keskimääräinen tulos on noin 0,92, sairaalapotilaat saavat usein arvoja 0,7–0,9. Jos tulos on 0,3–0,5, on henkilö jatkuvan avun tarpeessa. Nolla tarkoittaa kuollutta.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on ollut käynnissä 15D:n menestyksellinen käyttökokeilu. Tarkoituksena on ollut luoda järjestelmä hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden rutiiniseurantaa varten. 15D-mittarilla kerätty elämänlaadutieto yhdistetään HUS:n Ecomed-tietokannassa hoidon kustannuksia koskevaan tietoon. Valiokunnalle esitettiin, että vuoden 2004 syyskuuhun mennessä noin 5 300 potilasta, 10 erikoisalaa, noin 30 lääketieteen eri osa-aluetta ovat osallistuneet 15D:n käyttökokeiluun. Myös Tampereen yliopistolliseen sairaalaan on perustettu arviointiylieläkäarin virka. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on myös panostettu kansalaiskuulemisiin liittyen sekä hoitoihin että hoitojärjestelmiin.

Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että sekä käypähoitosuosituksen että 15D:n laaja käyttö edellyttää laajaa koulutustoimintaa. 15D:n mukaisten tulosten tulkinta vaatii kuullun asiantuntijan mukaan paljon lääketieteellistä osaamista. Lähtökohtana tulee olla lääkärin etiikka. Jos kallis hoito on tehokas, sitä on syytä käyttää. Toisaalta halvoista hoidoista – kuten turhista influenssan lääkehoidoista – tulisi luopua, jos ne eivät tehoa. Jos lääkkeen lisähyöty aikaisempiin hoitoihin verrattuna on vähäinen, sen käytöstä tulisi luopua hyvin harvoin esiintyvien vakavien sivuvaikutusten vuoksi. Näin kävi kipulääke Biopsille vuonna 2004.

Sopivaksi tahoksi, jonka tehtäväksi annettaisiin lääkärin etiikkaa vastaavan näytön tuominen hoidon vaikuttavuudesta, esitettiin Stakesin yhteydessä toimivaa arviointiyksikköä FinOHTAa. Monissa tapauksissa tulosten tulkinta tulee joka tapauksessa osoittautumaan vaikeaksi lääkärikunnan sisäisten koulukuntaristiriitojen vuoksi. Esimerkiksi psyykelääkkeiden vaikuttavuudesta muodostuu hyvin erilainen kuva, jos asiantuntijoina käytetään lääkkeiden kemiallisia vaikutuksia tuntevia fysiologeja ja kenttätöitä tekeviä psykoanalytikoita.

Jo ohjausryhmän jäsenten haastattelujen yhteydessä ja varsinkin kevään 2005 haastatteluissa käsitykset hajosivat voimakkaasti sen suhteen, kuinka sitoviksi hoitosuositukset tulisi tehdä ja miten kansalaisilla on mahdollisuus tutustua potilaskertomukseensa. Yhden myös priorisoinnin haastetta melko paljon korostaneen ohjausryhmän jäsenen mielestä yksiselitteisiä hoitokriteereitä tarvitaan, jotta hoitopäätöksissä ei tapahtuisi syrjintää. Ongelma on kuitenkin, että liian tiukat kriteerit voivat johtaa epäinhimillisyyteen. On esimerkiksi epäinhimillistä lähteä siitä, ettei 85-vuotiaasta leikata missään tilanteessa tai että yksin asuvia syrjitään. Monet priorisoinnin haastetta vähän painottaneet ohjausryhmän jäsenet korostivatkin erityisesti tilannekohtaisen harkinnan tärkeyttä. Monet heistä katsoivat, että hyvä lääkäri-potilas-suhde on ratkaisevan tärkeä onnistuvalle hoidolle. Jos annettavia hoitoja aletaan säädellä taloudellisilla perusteilla, hoitosuhde saattaa pahasti vaarantua.

Osa ohjausryhmän jäsenistä katsoi, että *parhaiten priorisoinnin haasteeseen voidaan vastata tukien ja kunnioittaen kansalaisten henkilökohtaisia valintoja*. Eräät olivat sitä mieltä, että ei tulisi asettaa kovin tiukkoja rajoja sille, mitä hoidetaan, mutta sen sijaan tulisi panostaa eri tavoin kansalaisten houkuttelemiseen terveyttä edistävään käyttäytymiseen ja varsinkin liikuntaan ja tupakoinnista luopumiseen. Sen sijaan, että ylipainoisilta tai tupakkaa/alkoholia paljon käyttäviltä kielletäisiin hoito, olisi panostettava erityisesti ”filosoimalla vaikuttamiseen”. Mielenpiirteet jakaantuivat varsin paljon sen suhteen, pitäisikö kansalaisten henkilökohtaiset valintojen tukemisen hengessä erityisesti lähteä edistämään hoitotestamenttien tekemistä. Tämä oli yhtenä keskeisenä piirteenä yhdeksänneksi tärkeimmäksi arvioidussa haasteessa.

Monien ohjausryhmän jäsenten esille nostama ongelma oli, että *valmiudesta jonottaa ja omien oikeuksien äännekkäästä vaatimisesta on tullut käytännössä tapa priorisoida*. Yksi edustaja kertoi häneen yhteyttä ottaneesta henkilöstä, joka kärsivällisesti oli odottanut puolitoista vuotta hänelle luvattua tyräleikkausta. Lopulta hänen vaimonsa oli hermostunut ja mennyt sairaalaan ja sanonut, ettei lähde pois ennen kuin hänen miehelleen on varattu leikkausaika. Leikkausaika järjestyi muutaman viikon päästä. Tämä ongelma on tosin jo pääasiassa ratkennut hoitotakuujärjestelmän käyttöönoton kautta. Vastaava ongelma on se, että työssäkäyvällä ei ole mahdollista eläkeläisten tavoin istua monta tuntia tavoittelemassa aikaa pikaiseen hoitoon pääsyyn. Monesta haastattelusta tuntui hyvin huteralta perustelu, että hoitoon ei voi hakeutua sähköpostin välityksellä, koska kaikilla ei ole sähköpostia. Tähän ongelmaan yksi ratkaisu ovat alueellisesti tai valtakunnallisesti toimivat neuvonta- ja ajanvarauspuhelimet (Call Centerit). Usein pelkkä pidempi keskustelu ajanvarauksia hoitavan kanssa voi riittää siihen, että henkilö ei hakeudu varmuuden vuoksi hoitoon.

Millaisiin eettisiin periaatteisiin hoitoratkaisujen tulisi perustua?

Valiokunnalle esitettiin, että lääkintä- ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet ovat elämän kunnioittamisen periaate ja ihmisarvon, itsemääräämisen, hoitamisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteet sekä hyödyn maksimoimisen periaate. Oikeudenmukaisuuden kannalta keskeisintä on yhdenvertainen kohtelu. Asiantuntijan mukaan oikeudenmukaisuus ei toteudu, jos hoitoon pääsyssä on suuria alueellisia ja tautikohtaisia sekä eri väestöryhmien välisiä eroja. Syrjimättömyyden ja ihmisarvon kunnioittamisen haaste kohdataan varsinkin hoidettaessa pitkäaikaisesti sairaita ja kuolevia. Asiantuntijan mukaan potilaan oma tahto ja toiveet ovat hoitopäätöksissä hyvin ratkaisevia, mutta kuitenkin potilaan oikeus ei ole sanella, miten häntä on hoidettava. Potilas saa kuitenkin tehdä myös huonoja päätöksiä. Täysivaltaisena hän saa kieltäytyä yleisesti hyväksyttävästä elintärkeästä hoidosta tai poistua sairaanhoitolaitoksesta kesken hoidon.

Terveydenhoidossa on aina tehty valintoja eli asetettu tiettyjä potilasryhmiä, sairauksia, eri hoitomuotoja tai tarpeita etusijalle eli priorisoitu. Koska priorisoinnin syy on kustannusten hallinnan tarve, on asiantuntijan mielestä perustellumpaa puhua säännöstelystä. Se tarkoittaa potentiaalisesti hyödyllisen hoidon epäämistä taloudellisista syistä. Asiantuntijan mukaan silloin, kun mietitään hoidon rajoja, on muistettava, että hoidon priorisointi koskee aina apua etsiviä, vahingoittuneita ja sairaita ihmisiä. Hoidosta päättämisessä kustannusten ja hyödyn ohella on tarkasteltava hoidon vaikutusta potilaan ihmisarvoon ja itsemääräämiseen sekä hoitajan näkökulmasta hoitamisen velvollisuuteen.

2.4.3 Mitä ovat erityistä huomiota vaativat väestöryhmät ja kuinka vastata niiden tarpeisiin?

Valiokunnalle esitettiin syksyn 2004 kuulemisessa, että hoidon tarvetta tarkasteltaessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota neljään ryhmään: ikääntyvät, mielenterveyden ongelmista kärsivät, lapset ja lapsiperheet sekä alimpien sosiaaliryhmien edustajat. Vanhenemiseen liittyvät pitkäaikaiset rappeutumissairaudet ovat yhä hallitsevampi osa väestön terveystarpeista. Mielenterveys ei ole kehittynyt yhtä selkeästi parempaan suuntaan kuin muu väestön terveydentila. Valiokunnalle esitettiin, että mielenterveysongelmien aiheuttamat inhimilliset ja taloudelliset menetykset ovat monin verroin suuremmat kuin niiden ratkaisemiseen osoitetuista yhteiskunnallisista varoista voisi päätellä. Viime vuosina lasten ja nuorten vakavat psykososiaaliset ongelmat ovat lisääntyneet. Lapsia ja heidän perheitään on asiantuntijan mukaan voitava tukea nykyistä ratkaisevasti paremmin. Valiokunnalle esitettiin edelleen, että suomalainen terveydenhuolto ei ole kyennyt riittävästi vaikuttamaan suomalaisten suuriin väestöryhmien välisiin terveyseroihin. Asiantuntija katsoi, että terveydenhuolto on jopa jossain määrin ollut ylläpitämässä heikossa sosiaalisessa asemassa olevien suhteellista terveysvajetta.

Tulevaisuutta mallintaneet tutkimukset ovat kuullun asiantuntijan mukaan osoittaneet, kuinka väestön ikääntymisen vaikutus terveydenhuollon tarpeeseen riippuu ratkaisevasti vanhenevan väestön toimintakyvyn kehityksestä. Laaja-alaiset terveyttä edistävät toimenpiteet ja toimintakyvyn laskua ehkäisevät toimenpiteet ovat näin ensiarvoisen tärkeitä. Teknologinen kehitys luo kuitenkin paineita kohdistaa varoja entistä enemmän hoitoihin ennaltaehkäisyänsä asemasta.

Ohjausryhmän haastatteluissa ikääntymisen luomaa haastetta korostaneet toivat esille erityisesti kaksi ongelmaa: *ikäntyneiden ja nuorempien sukupolvien vuorovaikutuksen sekä yksinäisyyden ja siihen liittyvät mielenterveyden ongelmat*. Haastatteluissa tuotiin esille, että tärkeä sukupolvien välisen vuorovaikutuksen kysymys on omaishoito ja vapaaehtoistyön rooli vanhustyössä. Nuorista eläkeläisistä voisi tulla tärkeä voimavara, jos myös eläkelainsäädännöllä tätä tuettaisiin. Vapaaehtoistyö on myös yhteydessä työ-

elämän rasittavuuteen. Jos työ pahasti uuvuttaa, vapaaehtoistyöhön ei riitä halua työssäkäyvillä eikä vasta eläkkeelle siirtyneillä. Yhteiskunnan arvostusta omaishoidolle korostettiin. Olisi myös luotava luontevia kohtaamispaikkoja eri sukupolville. Eräs tapa edistää lasten vastuuta vanhemmistaan olisi mahdollisuus saada työstä vapaata yli 80-vuotiaan omaisen sairastuessa vastaavasti kuin nyt on mahdollista hoitaa alle 10-vuotiaista lasta. Yksinäisyys muodostaa yhä kasvavan ongelman eliniän pidentyessä. Vanhusten mielenterveyden ongelmat eivät kuitenkaan näytä kiinnostavan nuoria, mistä osoituksena on vanhuspsykiatrian koulutusohjelman lopettaminen. Yksi vastannut pohti, ”voiko kansalaisyhteiskunta, järjestöjen lähimäisvastuu, vastata ongelmiin?!”

Syksyn 2004 kuulemisessa kiinnitettiin huomiota samaan kysymykseen. Vanhusten masennus on kasvava ongelma. Elämänhalu katoaa johtaen toimintakyvyn heikkouteen, terveyspalvelujen lisääntyneeseen käyttöön ja ennenaikaiseen kuolemaan. Yli 75-vuotiaista kotonaan asuvista noin 12–13 % on luokiteltu masentuneiksi. Laitosolosuhteissa elävistä osuus on yli 20 %. Nuorempien kaksisuuntaisesta mielialahäiriöistä kärsivien tapauksessa depressiiviset ja maaniset vaiheet vuorottelevat, kun taas vanhuksille masennus jää usein pysyväksi. Masennukseen voidaan vaikuttaa lääkinnällä, mutta ylilääkitseminen johtaa usein elämänhalun heikkenemiseen entisestään. Yksinäisyys ei parane lääkinnällä.

Valiokunnalle esitettiin, että haavoittuvimmassa asemassa ovat ne yksinäiset vanhukset, jotka eivät itse kykene tai joiden omaiset tai ystävät eivät ole kiinnostuneita valvomaan heidän etujaan. Noin puolet yli 75-vuotiaista elää yksin. Ikääntyneiden itsenäisyyden ja itsenäisen selviytymisen kannalta nopeasti lisääntyneet kunnalliset ja yksityiset palveluasunnot ovat olleet edistysaskel. Vanhainkotien muuttaminen palveluasunnoiksi on mahdollistanut hoitohenkilökunnan vähentämisen ja näin myös säästänyt kustannuksissa. Vaikka monet ovat hyötynet muutoksesta, kuullun asiantuntijan mukaan haavoittuvimmassa asemassa olevat ovat ilmeisesti kärsineet siitä heikentyneenä palveluna. Erityisesti kotipalvelujen piirissä olevien ikääntyneiden lukumäärä on ollut laskussa jo pitkään.

Jotkut haastatellut ohjausryhmän jäsenet katsoivat, että teknologiaa pitäisi ryhtyä entistä määrätietoisemmin käyttämään ikääntyneiden itsenäisen elämän tukena. *Pitäisi kehittää itsenäistä selviytymistä tukevaa geronteknologiaa.* Tässä esteettömyyden kehittäminen, kuten hissilliset 3-kerroksiset talot, on avainasemassa. Ikääntyneiden omissa asenteissa erityisesti suhteessa tietotekniikkaan olisi kehittämistä. Yksi ohjausryhmän jäsen kiteytti tämän seuraavasti: pitäisi alkaa rohkeasti käyttää tietotekniikkaa ja lopettaa ”natiseva marttyyrius”. Esimerkiksi Koreassa laajakaista oli vuonna 2004 käytössä 76 %:lla kotitalouksista ja sen käyttöön liittyvät kurssit ovat ikäihmisten suosiossa.

Ohjausryhmän haastatteluissa tuotiin esiin *pelisääntöjen kehittäminen elämän viimeiseen noin kahden vuoden jaksoon.* Pitäisi kehittää saattohoito-ohjeet ja mahdollisuus loppuelämän suunnitteluun ”aikuisten neuvolassa” 65–70-vuotiaina eli vielä siinä vaiheessa, kun ollaan paremmassa kunnossa. Voi kuitenkin esimerkiksi olla vielä täysin perusteltua asettaa lonkkanivel 90-vuotiaalle, jos se olennaisesti parantaa hänen itsenäistä selviytymistään.

Erityisen haasteen muodostavat dementiaa kärsivät. Todennäköisyys sairastua Alzheimerin tautiin lisääntyy iän myötä. Kun nykyisin 60–64-vuotiaiden ikäluokassa dementiaa sairastaa n. 1 % koko ikäluokasta, on yli 85-vuotiaiden ikäluokassa eri tutkimusten mukaan sairastuneita jopa 35–47 %. Kuten lähemmin tullaan tarkastelemaan kevään Delfoi-prosessin esittelyn yhteydessä, syöpähoitojen ratkaiseva tehostuminen voi johtaa siihen, että huomattavasti useampi sairastaa tulevaisuudessa elämänsä viimeisessä vaiheessa dementiaa.

Yksi haastateltu ohjausryhmän jäsen korosti, että *ikääntyvillä ei ole yhteneviä tarpeita.* Hän katsoi, että palvelujen kehittämisen tulisi olla enemmän kysyntälähtöistä ja luoda yksilöllisiä palveluja maksukykyi-

sille. Joka tapauksessa ikääntyneiden vaatimukset palveluilleen lisääntyvät jatkuvasti. Koulutustason noustessa he myös osaavat esittää yhä paremmin vaatimuksia hoitojärjestelmälle.

Lukuun ottamatta ikääntymiseen liittyviä ongelmia ohjausryhmän jäsenet eivät haastatteluissa kovin paljon korostaneet muiden erityisryhmien muodostamaa haastetta. Vain kaksi haastatelluista 18 ohjausryhmän jäsenestä asetti haasteen ”monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelujen tarve” kolmen tärkeimmän haasteen joukkoon.

Asiantuntijoiden kuulemisissa syksyllä 2004 ja erityisesti syksyllä 2005 mielenterveyden sekä lasten ja nuorten terveyden teemat nousivat sen sijaan vahvasti esille. Mielenterveyden ongelmista kärsivien palvelut ovat käyneet läpi radikaalin rakennemuutoksen. Mielisairaalapaidat ovat vähentyneet noin neljänneksen parissakymmenessä vuodessa. Valiokunnalle esitettiin syksyn 2004 kuulemisessa, että avopalvelujen ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut eivät ole lisääntyneet siinä tahdissa kuin sairaalahoidon väheneminen olisi edellyttänyt. Päinvastoin viime vuosina on nähty psykiatri työvoiman siirtyvän avopalveluista takaisin sairaalatyöhön.

Valiokunnalle esitettiin, että lasten ja nuorten paheneviin ongelmiin havahduttiin 1990-luvulla. Seurauksena olivat sinänsä hyvin tarpeelliset räätälöidyt toimenpiteet kaikkein vakavimmista häiriöistä kärsivien lasten auttamiseksi: Eduskunta on useana vuonna osoittanut korvamerkittyä määrärahaa lastenpsykiatriin yksiköihin ja maahan on perustettu kaksi kaikkein vaikeahoitoisimpien lasten ja nuorten erityisyksikköä. Ennaltaehkäisy ei ole kuitenkaan toteutunut: lastenneuvolat ja kouluterveydenhuolto ovat toimintavolyymiltaan edelleen 1990-luvun tason alapuolella. Ennaltaehkäisyyn yksi pahasti laiminlyöty alue on riittävän unen varmistaminen lapsille ja nuorille. Lasten uniongelmissa kuultiin tulevaisuusvaliokunnassa syksyllä 2005 erityistä asiantuntijaa.

Syksyn 2005 kuulemisessa tärkeäksi selitykseksi ennalta ehkäisyyn laiminlyönnille esitettiin yhteisöllisyyden katoamista. Terveydenhuollossa ei enää kuullun asiantuntijan mukaan 1970-luvun tapaan panosteta yhteisöjen tukemiseen, vaan terveydenhuolto on pirstoutunut yksilöiden usein tehottomaan auttamiseen ja siihen, että hoidot käytännössä ovat vienneet resurssit yhteisöjen toimintaa tukevalta ennaltaehkäisyltä. Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että yhteisöllisen ajattelun väistymisen yksi ilmenemismuoto on, että sosiaaliryhmien välisiin terveyseroihin ei kiinnitetä 1970-luvun tapaan huomiota.

Kesän 2004 haastatteluissa moniongelmaisten haastetta eniten korostaneet toivat esille vaikeudet käsitellä moniongelmaisia toiminnoiltaan pirstoutuneessa hallinnossa. Erityisesti tuotiin esiin vaikeudet käsitellä samanaikaisesti ongelma-aperheiden fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Esimerkiksi perheväkivallan kohteena olleita on jouduttu majoittamaan sairaalan lastenosastolle, koska heille ei ole voitu tarjota sijoitusta turvakodissa. Pidettiin myös nurinkurisena, että koulukuraattori ei kerro tietosuojaan vuoksi sosiaaliviranomaisille nuoren huumeiden käytöstä. Katsottiin, että tulisi perustaa moniammatillisia tiimejä, jotka ottavat vastuun ongelma-aperheiden hyvinvoinnista. Tätä piti suurena haasteena koulutukselle ja poikkihallinnolliselle yhteistyölle mm. aiemmin keskeisessä asemassa terveyshallinnossa ollut kansanedustaja.

Korostettiin myös sitä, että *ongelmanuoria ja ongelma-aperheitä pitää tukea omavastuuseen*. Nuorten pitää voida tunnistaa selkeästi rajat, mikä on hyväksyttävää ja mikä ei. On myös koulutuksen ja opastuksen avulla kannustettava vastuuseen omasta terveydestä. Myös *työn saanti voi olennaisesti vaikuttaa monisairaiden terveydentilaan*. Monisairaajat ovat usein pitkäaikaistyöttömiä, joilta puuttuu usko elämäntilanteensa parantamiseen. Varsinkin psyykkisesti sairaiden tilaan paranemisen halu vaikuttaa suuresti. Heille tulisi tehdä eteenpäin kannustavia elämänsuunnitelmia. Olisi myös selvitettävä, *miten voitaisiin paremmin vai-*

kuttaa hajoavien perheiden elämäntilanteeseen. Ääritapauksissa lapsella voi olla jopa 16 isovanhempaa, mikä ei voi olla vaikuttamatta hänen elämäntilanteeseensa.

Alkoholiveron alentamisen katsottiin tulevan kansakunnalle pitkällä tähtäimellä kalliiksi moniongelmaisten lisääntymisen muodossa. Yhden haastatellun esittämän arvion mukaan ongelmaperheistä 80 %:ssa alkoholi näyttelee ainakin jotain roolia.

2.4.4 Tieto- ja bioteknologioiden haasteet terveydenhuollolle

Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että teollisessa vallankumouksessa voidaan nähdä monia yhtäläisyyksiä informaatioteknologian aikaansaamaan vallankumoukseen yhteiskunnassa. Yksittäiset käsityöläiset eivät voineet enää hallita tavaramarkkinoita kiltojen kautta, vaan tämä siirtyi teolliselle tuotannolle. Vastaavalla tavalla monet tiedon ammattilaiset ovat nyt menettämässä autonomiaansa. Erityisen selvästi tällainen kehitys on kuullun asiantuntijan mukaan ennustettavissa terveydenhuollossa. Yksittäisellä kansalaisella on jo nyt useita mahdollisuuksia yleensä terveydenhuoltoon ja omaan yksittäiseen tilanteeseensa soveltuvaa tietoa tietoverkosta. Tämä lisää kansalaisten mahdollisuuksia tasavertaisempaan keskusteluun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Lisääntyvä lääketieteellisen tiedon hallinta on johtamassa myös uudenlaiseen työnjakoon lääkärin ja hoitajien sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Sen sijaan teknologian kehitys ei kuullun asiantuntijan mukaan näytä ainakaan lyhyellä tähtäimellä muuttavan ammattiryhmittäistä terveydenhuollon perustaitojen tarvetta.

Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin edelleen, että tulevaisuudessa kuntalainen ei samaistu omaan kuntaansa kunnan tuottaman terveystalouden kautta. Kun käyttäjän tunnistaminen ja varmentaminen tulevat ruutiinikäyttöön, voidaan monia terveystalouksia tuoda kansalaisten ulottuville tiedon siirtoa hyödyntäen hyvinkin kaukaa. Tiedonsiirron tehostuminen edellyttää kuitenkin standardeista sopimista. Valmiina on jo standardeja sähköiseen säilytykseen, tiedonsiirtoon, tietoturvaan ja sähköiseen potilaskertomukseen.

Käytännön eteneminen tietoteknologisten ratkaisujen käyttöön otossa on kuitenkin ollut toistaiseksi hidasta. Kansallisessa terveyshankkeessa asetettiin tavoitteeksi 200 miljoonan euron säästöt laboratorio- ja kuvantamistoiminnassa vuoteen 2007 mennessä uusia rakenteita luomalla ja uutta teknologiaa hyödyntämällä. Tulevaisuusvaliokunnalle kuitenkin esitettiin, että käytännössä asia ei ole edennyt juuri lainkaan eikä tavoitetta ole enää mahdollista saavuttaa. Sähköisen reseptin hanke käynnistettiin vuonna 2001. Reseptien välitystä ei ollut saatu syksyyn 2004 mennessä vielä edes kunnolliseen testikäyttöön.

Alue, jolla Suomessa on edistytty todella hyvin, on lääkäreiden käyttämät sähköiset hoitosuositukset. Vuonna 2004 keskimäärin jokainen lääkäri Suomessa käytti päivittäin yhtä sähköistä hoitosuositusta. Tämä on kuullun asiantuntijan mukaan askel siihen suuntaan, että Duodecim-seuran sähköiset hoitosuositukset voivat tulla kiinteiksi osiksi sähköisiä potilaskertomuksia. Tulevaisuuden *sähköiset potilaskertomukset* sisältäisivät hoitavien lääkäreiden tekemät diagnoosit perustuen erilaisiin potilasta koskeviin tietoihin mm. liittyen hänen geeneihinsä, viittaukset käytettyihin hoitosuosituksiin ja päätökset annetuista hoidoista. Potilaskertomus voisi olla myös potilaan luettavissa ja potilaalla voisi olla salasana, jolla hän voi avata potilaskertomuksen pankkitietojen tapaan. Yksi mahdollisuus on, että potilaskertomuksesta olisi pelkistetympi ja vähemmän tekninen versio, joka olisi potilaan luettavissa.

Suhtautuminen sähköiseen potilaskertomukseen jakoi voimakkaasti haastateltujen ohjausryhmän jäsenten mielipiteitä. Tietotekniikan haastetta vähän korostaneet olivat tyypillisesti niitä, jotka katsoivat että tietoturvallisuuden ja yksilönsuojan vuoksi sähköisiä potilaskertomuksia saisi olla yhteiskäytössä enintään sairaanhoitopiirin alueella. Tietotekniikan mahdollisuuksia erityisesti korostaneet toivat esille sen valta-

van määrän työtä, jonka terveydenhoito joutuu potilastiedon toistuvina keräyksinä, toistuvina laboratoriotutkimuksina, lääkäreiden käsialojen tulkitsemisena jne. tekemään, kun sähköiset potilaskertomukset eivät ole mahdollisia. Muutamat haastatellut olivat sitä mieltä, että potilaskertomus voisi kulkea jatkuvasti potilaan mukana. Yksi mahdollisuus olisi, että hoidolla olisi vastuullinen lääkäri, joka yhdessä potilaan kanssa päättäisi, miten potilaskertomusta voi käyttää. Ehkä käytettävissä olisi myös yleinen tautikohtainen suositus. Yksi erityinen ongelma ovat työkyvyttömyyslausunnot, joita joskus haetaan jopa kymmeneltä lääkäriltä ennen kuin löytyy suosiollinen lääkäri.

Jo ennen sähköisen potilaskertomuksen käyttöönottoa tietotekniikalle myönteiset kansanedustajat näkivät monia tapoja tehostaa tietotekniikan käyttöä. Hoitoja varattaessa ja laboratoriotuloksista kerrottaessa *neuvonta- ja ajanvarauspuhelimet (Call Centers), sähköposti ja matkapuhelimien tekstiviestit tarjoavat huomattavasti nykyistä joustavamman toimintatavan*. Etähoidolle mm. röntgenkuvien tulkintana avautuu jatkuvasti uusia mahdollisuuksia. Toistuvissa hoidoissa tietotekniikkaa käytetään jo paljon, mutta uusien hoitojen määräämisessä vielä varsin vähän.

Ohjausryhmän haastatellut korostivat, että *tietoverkkoja voidaan jo nyt käyttää omatoimisesti tehokkaasti terveystiedon hankintaan, itsehoitoon ja vertaistuen hakuun*. ”Nettineuvoloiden” tai digi-TV:n terveyskanavien ohella tärkeitä ovat vertaisryhmät, jotka tukevat toisiaan yhteisissä ongelmissa. Useat kilpailevat ratkaisut on erään haastetta korostaneen mukaan nähtävä enemmän mahdollisuutena kuin uhkana. Niiden avulla löytyy jatkuvasti uusia ratkaisuja.

Lääkärit ovat muutaman ohjausryhmän jäsenen mukaan toimineet kehityksen jarruina. Uusien työtapojen omaksumista on pidetty rasittavana ja niiden on koettu uhkaavan vakiintuneita käytäntöjä. Yksi haasteltu kertoi hoitajasta, joka haettiin aina apuun kun lääkärin käsialasta ei saatu selvää. Tämä antoi hoitajalle erikoisaseman suhteessa muihin hoitajiin. Toinen haastateltu kertoi tuoreesta kokemuksestaan leikkauspöydällä. Leikkaus viivästyi, kun hoitohenkilökunta ei osannut tulkita anestesia­lääkärin hoito-ohjeita. Joskus vastarintaa on perusteltu tasa-arvonäkökohdilla. Perusteluksi sille, ettei hoitoa voi varata sähköpostilla, on esitetty, että kaikilla ei ole sähköpostia. Voi kuitenkin myös kysyä, onko työssäkäyvillä samat mahdollisuudet kuin eläkeläisillä jonottaa terveyskeskuksen puhelinvastaajaan?

Erään haastatellun mukaan tietotekniikan mahdollisuuksia vähättelevät lääkärit eivät näe *tietotekniikan tarjoamia mahdollisuuksia järjestää hoito radikaalisti uudella tavalla*. Hänen mukaansa terveyskeskusverkosto rakennettiin nykyisellä tiheydellään lähtien 50-luvun maatalousyhteiskunnan tarpeista. Näissä oloissa myös selkeän eron tekeminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli perusteltua. Nykyisenä tietotekniikan aikakautena jaolle löytyy vähän järkiperusteita. Tietoverkkojen välityksellä toimittaessa yhteydenotto erikoissairaanhoidon on yhtä helppoa kuin perusterveydenhoitoon. Lääkärin konsultointia varten ei enää tarvitse mennä hevosella kuntakeskukseen. Myös ajanvaraus voi sisältää terveysneuvontaa. Kaikkia asioita ei tarvitse jättää lääkärin ratkaistavaksi. Hoitaja voi lääkärin verkkojen kautta konsultoida tehdä monia ratkaisuja.

Eräät haastetta vähän painottaneet ohjausryhmän jäsenet perustelivat kantaansa sillä, että *tietotekniikka joka tapauksessa vähä vähältä valtaa ala, kun suuret ikäluokat väistyvät*. Jotkut haastetta korostaneet sen sijaan katsoivat, että *tietotekniikan hidas käyttöönotto on näivettämässä julkisia terveyspalveluja*. Yksityinen sektori on nopeammin omaksunut uudet käytännöt.

Liittyen biotekniikkojen kehittymiseen valiokunnalle esitettiin, että geeniprofiloinnista on tulossa tärkeä työväline, kun selvitetään henkilöiden alttiutta sairastua moniin tauteihin kuten neurodegeneratiivisiin tauteihin (Alzheimerin tautiin, Parkinsonin tautiin, MS-tautiin) ja diabetekseen. Lääkitykset voidaan en-

tistä tarkemmin kohdentaa juuri niille henkilöille, joihin ne vaikuttavat. Myös henkilöiden elämäntapoja voidaan kehittää ottaen huomioon heidän geneettinen perimänsä.

Ongelmaksi voi muodostua geenitietoon ja kantasolujen käyttöön perustuvien hoitojen kalleus. Yleisesti ottaen on varsin vaikea päätellä, miltä osin uuden teknologian mahdollistamat hoidot ovat yhteiskuntataloudellisesti edullisia mm. väestön parantuneena työkykenä ja lyhyempinä hoitoina ja miltä osin ne pääasiassa rasittavat taloutta mm. työkyvyttömiä kroonisesti sairaiden pidentyneenä elinikänä. Tulevaisuusvaliokunnalle esitettiin, että edistymisen tuberkuloosin, astman, vatsahaavojen ja sydänsairauksien hoidossa on ollut selkeästi yhteiskuntataloudellisesti edullista. Pelkästään tuberkuloosin voittaminen on tehnyt tarpeettomaksi noin 10 hehtaaria sairaalatalaa. Vaikka uudet esimerkiksi dementian etenemistä hidastavat hoidot eivät olisikaan edullisia taloudellisen kasvun kannalta, ne ovat toki arvokkaita elinikää pidentävinä.

Vuonna 2003 valmistui loppuraportti eduskunnan uutta geeniteknikkaa ja kantasoluteknikkaa käsitellestä teknologian arvioinnista (Kuusi & Parvinen, 2003). Monet ohjausryhmän kansanedustajat olivat tätä kautta tutustuneet uuden biotekniikan tarjoamiin mahdollisuuksiin. Biotekniikoiden haastetta eniten painottaneet kansanedustajat korostivat, että *taloudellinen panostus biotekniikkoihin kannattaa*. Vaikka osa rahoista voi mennä väärin tarkoituksiin tai tuottaa aluksi kalliita ratkaisuja, pitkän päälle näin saavutetaan paras tulos. Sovellutuksia on valtavasti ja on mahdotonta tietää etukäteen, mitkä niistä ovat parhaita. Ne jäävät tavoittamatta, jos panostuksia ei tehdä.

Toinen ohjausryhmän jäsenten korostama ongelma oli *diagnostiikan ja hoidon välinen suhde*. Kuinka pitkälle tulisi edetä diagnostiikassa, jos löydetyille taudeille ei löydy hoitoa? Tämä liittyy läheisesti geenitiedon käyttöön. Diagnostiikkaan panostaminen liittyy myös terveysarvojen nousuun ja lisääntyvään pohdintaa, miten tulisi elää. Näin voidaan ehkäistä ennakolta kalliita hoitoja. Mielihalu ja terveyden edistäminen saattavat erkaantua. Yksi haastateltava visioi kehitystä, missä perusravinto hankitaan kapsleista ja kulinaristiset nautinnot hankitaan erikseen. Joka tapauksessa panostamista terveysvaikutteisiin elintarvikkeisiin pidettiin tärkeänä.

Biotieteiden kehitykseen liittyen on ohjausryhmän jäsenen mielestä erityisen *tärkeää korostaa ja määritellä eettisiä periaatteita*. Ihmisarvoa on kunnioitettava ja ihmistä ei saa alistaa välineeksi. Tämä uhkaa, jos ihmisalkioiden käyttöä ei tarkkaan säädellä. Keskeinen kysymys on myös, pitääkö kaikkea, mitä pysytään hoitamaan, todella hoitaa. Uhkana on, että kehitetään yhä hienompia hoitoja yhä pienempiin ongelmiin. Yksi tärkeä eettinen ongelma on myös kysymys ihmisen ja ekosysteemin suhteesta.

Tärkeää on kehittää menettelyjä, missä lääkärikollegat voivat yhdessä arvioida eri hoitojen tehokkuutta ja eettisyyttä. Yksi tapa on kehittää tähän tarkoitukseen erityisiä Internetin portaaleja, joilla järjestetään konsensuskokouksia.

2.4.5 Mistä terveydenhuollon työvoima, kun suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle? Mikä tulee olemaan terveydenhuollon ulkomaisten järjestäjien rooli?

Haasteesta ei järjestetty erityistä kuulemistä tulevaisuusvaliokunnassa. Monet sekä syksyllä 2004 että syksyllä 2005 kuullut asiantuntijat käsitelivät kuitenkin teemaa puheenvuoroissaan ainakin epäsuorasti. Myös kevään 2005 Delfoi-prosessissa henkilöstökysymykset muodostivat tärkeän taustan kolmen pääteeman tarkastelulle. Erityisen keskeiseksi teema nousi, kun syksyllä 2005 tulevaisuusvaliokunnassa hahmoteltiin terveydenhuollon kehityksen skenaarioita.

Ohjausryhmän jäsenten haastatteluissa teemaa pohdittiin viidenneksi ja kymmenenneksi tärkeimmiksi arvioitujen haasteiden yhteydessä. Haasteet olivat ”suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveyspalveluista eläkkeelle ja sen aiheuttamat haasteet uuden työvoiman rekrytoinnille, koulutukselle ja ulkomaisen työvoiman hyödyntämiselle” ja ”Euroopan kehityksen ja globalisaation haasteet terveydenhoidolle”.

Työvoiman saatavuuden haastetta pidettiin yleisesti erittäin tärkeänä, mutta monet katsoivat, että siitä on jo puhuttu kyllästymiseen saakka. Haasteen tärkeimmäksi asettanut kuitenkin totesi, että ellei ole tekijöitä, on turha puhua oikea-aikaisuudesta tai laadusta. Toinen tärkeimmäksi asettaja oli huolestunut paitsi *riittävästä panostuksesta koulutukseen ja opettajien pysymisestä mukana alan nopeassa kehityksessä* myös *opin siirtämisestä vanhoilta kokeneilta nuorille*. Hän katsoi, että uusilla työntekijöillä on liian vähän tuntumaa käytännön työstä. Koulutukseen on tullut paljon lisäaineita, jotka eivät ole kovin hyödyllisiä käytännön työssä samalla kun harjoittelua on vähennetty. Myös opettajilta puuttuu tuntumaa käytännön työhön. Luopuminen sijaispooleista ja lääketieteen kandidaattien palkkaamisesta kesälomasijaisiksi on myös vähentänyt kokemustiedon siirtymistä. Katsottiin, että *käytännön työtä tekevät eivät ole riittävästi mukana alan koulutusta suunniteltaessa*.

Yksi peruskysymys ulkomaisen työvoiman käytössä on haastatellun ohjausryhmän jäsenen mukaan, *kumpan tarkoitukseen käytetään rahaa: henkilöstön koulutuksen lisäämiseen vai palkkatason korottamiseen*. Hyvä palkka lisää ulkomaisen työvoiman kiinnostusta siirtyä Suomeen. Ulkomaisen työvoiman käytön katsottiin muodostavan suuren haasteen, jota ei voi ratkaista vain pyrkimällä tuomaan työvoimaa lähialueilta eli Virosta ja Venäjältä. Molemmissa maissa on suuri oma tarve käyttää koulutettua työvoimaa. Palkkatason korottaminen liittyy siihen, että *olisi aktiivisemmin työllistettävä suomalaisia*. Pitäisi houkutella takaisin ulkomailla erityisesti Norjassa työskenteleviä suomalaisia ja hyviä työntekijöitä pitäisi houkutella jatkamaan pitkään työelämässä. Myös eläkeläisten tulisi sallia toimia osa-aikaisesti.

Jotkut haastatellut katsoivat, että *pitäisi hallitusti luoda edellytyksiä kehitysmaista tulevan työvoiman käytölle*. Kieli muodostaa rasististen asenteiden ohella suurimman esteen tälle. Uhaksi koettiin myös työmoraaalin romahtaminen ulkomaisen työvoiman käytön lisääntyessä. Tästä syystä olisi käynnistettävä hoidettavien vapaaehtoisuuteen perustuvia kokeiluja. Myös ulkomaiset yritykset, joilla on kokemusta monta kansallisuutta olevan työvoiman käytöstä, pitäisi nähdä tässä suhteessa mahdollisuutena, kuten ylipäättään yksityiset yritykset. EU:n myös toivottiin laativan eettisiä periaatteita ulkomaalaisen työvoiman käytölle.

Tietotekniikalla tulisi vähentää työvoiman käyttöä, joka ei ole välttämätöntä. Sähköpostia ja neuvontapuhelinta (Call Center) tulisi käyttää Tukholman mallin mukaisesti ajanvarauksessa. Hoitoa tulisi organisoida entistä enemmän kotiin. Olisi mahdollistettava *työvoiman joustava, mutta myös työntekijän elämäntilanteen huomioon ottava käyttö*. Tämä olisi helpompaa, jos olisi esimerkiksi vain viisi erikoissairaanhoidon piiriä. Myös työnjakoa hoitajien ja lääkärien välillä olisi kehitettävä. Ammattijärjestöjen olisi joustettava työtehtävärajojen höllentämiseksi. Esimerkiksi hammashoitaja voisi tutkia hampaiden reiät. Olisi muodostettava hoitotiimejä, joihin kuuluu 2–3 hoitajaa ja näitä olisi palkittava erikoistaidoista ja hoidon tulosten perusteella. EU:n sisälle voitaisiin myös organisoida osaamiskeskuksia, jotka vastaisivat erityishoidoista.

Terveydenhuollon kansainvälistymisen haastetta eniten korostaneet ohjausryhmän jäsenet katsoivat, että kansainvälinen ulottuvuus terveydenhoidossa tulee jatkuvasti tärkeämmäksi. *Ihmisten liikkuvuuden lisääntyminen edellyttää terveyspalvelujen turvaamista heille monessa maassa*. Esimerkiksi suomalaisilla eläkeläisillä on jo suuria yhdyskuntia Espanjassa. Yleisesti liikkuvuuden lisääntymisen katsottiin merkitsevän, että *EU-alueella paineet siirtyä vakuutusjärjestelmään lisääntyvät*. Suomalainen saa jo Kela-korvauksen Virosta ostetusta lääkkeestä. Yksi mahdollisuus on, että kehittyvä koko EU-alueella pätevä

Kela-kortti. Etenemistä EU-tasoiseen vakuutusjärjestelmään pidettiin kuitenkin yleisesti hyvin ongelmallisena.

On odotettavissa, että yhä enemmän myös suuret kansainväliset terveydenhuoltoalan yritykset alkavat toimia Suomessa tilaaja-tuottajamallilla. EU:n palvelujen kilpailuttamista koskeva direktiivi voi vähitellen tukea tätä kehitystä, vaikka Suomi onkin esittänyt varauksia terveystalouden kilpailuttamisen osalta. Monet haastatellut pitivät kilpailuttamista hyvänä kehityksenä, jos palvelujen laatutaso tätä kautta paranee. Se avaa mahdollisuuksia paitsi palvelujen tuonnille myös palvelujen viennille Suomesta. Ulkomaalaisten omistamat yritykset voivat olla myös tärkeä väylä, jota kautta ulkomaalaista työvoimaa välittyy Suomeen. Näin syntyy monikielisiä yksiköitä. Myös hoitotakuujärjestelmän arveltiin viedän kehitystä ulkomaalaisten omistamien yritysten käyttöön. Oli kuitenkin myös niitä haastateltuja, jotka katsoivat, että terveydenhuollon palvelut olisi pidettävä vain suomalaisten käsissä. Erityisesti pelättiin kansainvälistymisen halvaannuttavan julkisen terveydenhuollon.

Olisi pohdittava, *millaisia haasteita kansainvälistyvä terveydenhoito asettaa koulutukselle ja asetettaville koulutusvaatimuksille*. Nykyjärjestelmällä puolalainen lääkäri voi puolalaisessa yrityksessä toimia puolalaisen terveydenhoidon sääntöjen mukaan. Myös *hoitojärjestelmien suuret erot eri Euroopan maissa* voivat olennaisesti estää palvelujen kansainvälistä kehittämistä. Vaikka lainsäädäntöä on pyritty yhtenäistämään, myös esimerkiksi *kasvinsuojelulainsäädäntö on meillä nyt olennaisesti tiukempi kuin uusissa EU:n jäsenmaissa*.

Olennainen kysymys on, missä määrin terveydenhuollon asiakkaat saavat hakea hoitoa parhaaksi arvioimataan taholta, olipa se sitten ulkomailla tai kotimaassa. On monia hoitoja, joiden taloudelliseen järjestämiseen viiden miljoonan väestö on liian pieni. *”Desibelidemokratian” eli kovaäänisten vaatimusten parhaasta hoidosta arveltiin johtavan ulkomaisten palvelujen lisääntyvään käyttöön*.

Kehitysmaiden terveydenhuollon kehityksellä nähtiin olevan toisaalta epäsuoria vaikutuksia suomalaisten terveyteen ja toisaalta sen katsottiin sisältävän tärkeitä globaaliin vastuuseen liittyviä haasteita.

Leviävien tautien synnyn ja leviämisen estämisellä kehitysmaissa on suora vaikutus suomalaisten terveyteen esimerkkinä taannoinen SARS-epidemia ja uhkaava lintuinfluenssa. Terveyden kannalta edullisten elintarvikkeiden kehittäminen myös kehitysmaiden tarpeisiin tarjoaa myös kaupallisia mahdollisuuksia Suomelle. Maailman väestökehitykseen liittyy myös luonnonresurssien riittävyyden kautta selvä kansallinen intressi samalla kun ongelma on ilmeinen osa myös globaalia vastuuta. Tässä mielessä on mielekästä edelleenkin osallistua lisääntymisterveydenhuollon kehittämiseen.

Tärkeä kansainvälisen vastuun kysymys on *hoitojen ja lääkkeiden patenttisuojien*. Kun otetaan huomioon se, että lääkkeiden valmistuskustannuksista valtaosa on lääkkeiden kehittelyyn liittyviä, olisi hyvin perusteltua pyrkiä kaksihintajärjestelmään, missä kehittyneiden maiden hoidettavat maksaisivat hoidoistaan olennaisesti enemmän kuin kehitysmaiden köyhät. Tällaisen ratkaisun toteuttamista pidettiin kuitenkin vaikeana, koska uhkana on mm. lääkkeiden kuljetus kehitysmaista takaisin kehittyneisiin maihin. Ongelman ratkaisemiseksi on kuitenkin mahdollisuus käyttää samaa ratkaisua kuin DVD-levyjen tapauksessa eli aluekoodijärjestelmää.

Olisi tärkeää tukea terveydenhuoltoa kehitysmaissa järjestämällä koulutusta paikan päällä. Suomessa koulutettavia lääkäreitä olisi myös kannustettava harjoitteluun kehitysmaissa. On myös tärkeää estää, ettei suomalaisten terveydenhuolto ala suorastaan itsekkäästi vaarantaa terveyttä kehitysmaissa. Tästä kansainvälinen elinkauppa on huolestuttava esimerkki.

2.4.6 Kuinka ratkaista terveydenhuollon alueellisen järjestämisen ongelmaa?

Teemasta ei järjestetty erityistä kuulemistä syksyllä 2004, mutta monet asiantuntijat sivusivat teemaa puheenvuoroissaan. Sen sijaan kevään 2005 Delfoi-prosessissa teema nousi yhdistettynä monikanavaisen rahoituksen ja hoitojen tehokkaan järjestämisen teemaan yhdeksi kolmesta pääteemasta.

Ohjausryhmän haastatteluissa terveydenhuollon alueellista järjestämistä tarkasteltiin erityisesti toimivien hoitoketjujen sekä julkisen ja yksityisen sektorin työnjaon kannalta. Haastatellut ohjausryhmän jäsenet pitivät toimivien hoitoketjujen kannalta *perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvin toimivaa suhdetta* keskeisen tärkeänä. Yksi tärkeä edellytys tälle ovat *sopivankokoiset toimintayksiköt*. Yhden haastatellun mukaan toimivan suhteen rakentamisessa julkisen ja yksityisen sektorin välillä on onnistuttu erityisen hyvin Oulun seudulla. Siellä erikoissairaanhoidosta vastaa kuntayhtymä, johon kuuluu 350 000 henkeä. Tällä alueella on myös onnistuttu erään haastatellun mielestä varsin hyvin painottamaan yksityisen ja julkisen sektorin osuutta. Yksityinen sektori vastaa siellä noin 10 % palveluista ja sille on voitu osoittaa tehtäviä, joihin se parhaiten soveltuu. Mainitun kokoisessa yksikössä tehtäviä onnistutaan hoitamaan joustavasti, hoitoon pääsyn aikaa voidaan hallitusti säädellä ja kunnat pystyvät pitämään kustannuksensa hallinnassa.

Pidettiin tärkeänä, että lääkärin ja hoidettavan välille muodostuu pysyvä hoitosuhde ja että lääkäri vastaa hoidon ohella myös hoidon tuloksellisuudesta väestövastuun mielessä. Esimerkkinä toimivasta väestövastuusta mainittiin Siilinjärvi. Väestövastuun tavoitteita on vaikea saavuttaa, jos terveyskeskuksissa käytetään lyhyitä vierailuja tekeviä keikkalääkäreitä. Keikkalääkärillä katsottiin olevan houkutus siirtää hoitovastuu muille ja varsinkin kalliille erikoissairaanhoidolle. Jos ei ole mahdollista edetä omalääkärijärjestelmän tai hoitovastuun suuntaan, pitäisi erään haastatellun mukaan päästä siihen, että sama lääkäri voisi ainakin puolen vuoden ajan vastata potilaan hoidosta terveyskeskuksessa ja että terveyskeskuksissa olisi ainakin yksi pysyvä lääkäri. Toisaalta on hyväksyttävä se, että kaikki lääkärit eivät ole valmiita asumaan syrjäisissä kunnissa. On hyväksyttävä 1–1,5 tunnin ajomatkat terveyskeskuksiin. Asiaa voisi myös auttaa suurempia väestöryhmiä eli vähintään 20 000–30 000 asukasta palvelevat terveyskeskukset. Tällöin potilas voisi myös valita häntä hoitavan lääkärin.

Kysymys hoitovastuusta liittyy *sopivaan suhteeseen yksityisen, julkisen ja 3. sektorin tarjoaman terveydenhuollon välillä*. Haastatellut korostivat, että sinänsä ei ole tärkeää, kuka tekee, kunhan terveys tulee hoidetuksi hyvin. Yleinen näkemys oli, että julkisella terveydenhuollolla tulisi säilyä päävastuu ja yksityisten/3. sektorin palvelujen tulisi täydentää. Uhkana työnjaossa on ensinnäkin se, että yksityinen sektori ”poimii rusinat”. Esimerkiksi kalliit päivystykset ja komplisoituvat hoidot jäävät julkiselle sektorille. Esitettiin myös, että saadakseen tyytyväisiä asiakkaita, yksityislääkärit määräävät heille julkista terveydenhuoltoa helpommin voimaperäisiä tai tarpeettomia hoitoja. Yksi haastateltu korosti, että *olisi estettävä, että kehitys kulkee kohti kallista vakuutuksiin perustuvaa ”Amerikan mallia”* tai että kunnat myyvät rahapulaansa sairaaloitaan yksityisille ja ostavat sitten niiltä palvelut kalliilla.

Toisaalta *Norjan kokemuksia lääkäreistä väestövastuullisina yrittäjinä pidettiin kiinnostavina* ja tutustumisen arvoisina. Tässä mallissa katsottiin toteutuvan toisaalta potilaan valinnanvapaus ja toisaalta potilaan tasa-arvo taloudellisesta asemasta riippumatta. Palkan arveltiin myös vaikuttavan työskentelyn tehokkuuteen eli yksityisten työskentelevän tehokkaammin. Yksityinen joutuu myös ottamaan asiakkaan toiveet paremmin huomioon. On myös otettava huomioon lääkäreiden asenteet. Yhä useampi haluaa työskennellä itsenäisemmin yksityisessä yrityksessä. Monet pitivät *tilaaja-tuottajamallia* tehokkaana tapana hoitaa yksityisen ja julkisen palvelun suhdetta. Sen avulla voitaisiin edistää tilojen tehokkaampaa käyttöä. Esteet joustavan yhteistyön/alihankinnan osalta pitäisi karsia pois (esim. palveluseteli).

Jotkut pitivät riittämätöntä lääkärikoulutusta ja varsinkin pienissä kunnissa tapahtuvan harjoitteluvaihto-teen puuttumista tärkeänä vaikuttavana tekijänä. Toiset kiistivät tämän.

2.4.7 Kansalaisten omavastuu terveydestään

Teemasta ei järjestetty erityistä kuulemistilaisuutta syksyllä 2004, mutta teemaa käsiteltiin erityisesti tulevaisuusvaliokunnan ja ETENEn yhteisessä tilaisuudessa. Yhdistettynä terveydenhuollon yleisiin eettisiin valintoihin ja työterveydenhuollon haasteisiin teema nostettiin kolmanneksi pääteemaksi nimellä ”Terveydenhuollon eettiset valinnat sekä kansalaisen ja työnantajan aktiivinen vastuu terveydestä” keväen 2005 Delfoi-prosessissa.

Haastetta eniten painottaneet ohjausryhmän jäsenet korostivat sitä, että *kansanterveys ei edisty ilman terveellisiä elämäntapoja*. Terveelliset elämäntavat on omaksuttava ilman painostusta houkuttelemalla eikä pakottamalla. Liikkumista, tupakoinnista luopumista ja alkoholin kohtuullista käyttöä tulisi tukea ja palkita. Nicorette-tyypiset valmisteet tulisi saada täysin korvattaviksi. Olisi luotava tilaisuuksia liikkua, eli koulun liikuntatuntien vähentäminen on hyvin kyseenalaista. Pekka Himasen tulevaisuusvaliokunnalle tekemässä raportissa ehdotetulla tavalla tulisi aktiivisesti taloudellisesti suosia kuntoliikuntaa. Kansanopistoissa ja työväenopistoissa voisi olla enemmän terveyskasvatukseen, kuten roskaruuan välttämiseen, liittyviä teemoja.

Yhden haastatellun ohjausryhmän jäsenen mukaan tulisi ottaa pohdittavaksi kysymys, missä määrin tulisi olla omavastuuta itse aiheutetuista vammoista tai taudeista tai narsistisesta huolestumisesta omasta terveydestä. Tämä liittyy myös kysymykseen vakuutusten ehdoista. Yksi haastatelluista ehdotti menettelyä, missä hoitotilillä olisi jokaisella 10 000 euroa ja tili karttuu tai vähenee vähitellen hoidoista riippuen. Jos lääkäri toteaa vaikean vamman tai pitkäaikaista hoitoa vaativan taudin, sen hoitoa ei kuitenkaan otettaisi hoitotililtä. Tällainen järjestely hillitsisi tarpeettomia hoitoja.

Kuulemisen yhteydessä ETENEn asiantuntijat suhtautuivat jyrkän kielteisesti sanktioilla pakottamiseen terveisiin elämäntapoihin. Heidän mielestään tämä johtaisi helposti heikkojen ihmisten heitteillejättöön. Asiantuntija viittasi Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan julkaisuun ”Autonomia ja heitteillejättö” (ETENE-julkaisuja 10, 2004). Siinä neuvottelukunnan edesmennyt puheenjohtaja dos. Martti Lindquist määritteli terveydenhuollon tavoitteeksi auttaa ihmisiä yhä paremmin kantamaan vastuuta elämästään ja välittämään itsestään. Erityisesti pohdittaessa sitä, tulisiko hoitoa annettaessa ottaa huomioon henkilön syyllisyys terveyshaittaansa, tulisi Lindquistin mielestä ottaa lähtökohdaksi, että terveytensä esimerkiksi tupakalla tai alkoholilla tuhonnut ei tarpeeksi arvosta itseään. ETENEn mainitussa julkaisussa päädytään seuraaviin yleisiin johtopäätöksiin:

1. Käsite ”itse aiheutettu sairaus” on harhaanjohtava ja siitä pitäisi luopua.
2. Ihmisen osuus sairauden syntymekanismissa ei saa vaikuttaa hänelle annettuun hoitoon. Voi tosin olla lääketieteellisiä syitä olla aloittamatta tiettyä hoitoa, joka ei hyödytä potilasta, ellei hän muuta elintapojaan hoidon edellyttämällä tavalla. Potilasta on myös asiallisesti informoitava hänen elintapojensa vaikutuksesta sairauden syntyyn, ennusteeseen ja hoitoon.
3. Monet sairaudet, oli niiden syntymekanismi mikä tahansa, aiheuttavat ihmisille suuria kärsimyksiä. Sairauksien ennalta ehkäisy on myös useimmiten edullisempaa yhteiskunnalle kuin sairauksien hoito.
4. Sairauksien ennalta ehkäisyssä ihmisten omaa vastuuta voidaan korostaa, mutta on tärkeää tunnustaa myös se, että sairastumista ei voi hallita.

5. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja heitteillejätön raja on monien sairauksien kohdalla epäselvä. Hyvinvointiyhteiskunnan tehtävänä on pitää riittävää huolta niistä, joilla ei ole omia voimia ja mahdollisuuksia huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan. Suuri yhteiskunnallinen haaste ovat Suomen poikkeuksellisen suuret terveyserot toisaalta ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden sekä toisaalta miesten ja naisten välillä.

Ohessa on Markku Myllykankaan ETENEn kannanottoja taustoittava puheenvuoro.

Markku Myllykangas

Yksilön vastuu terveydestään

Ihmisillä ei ole terveyden suhteen muita velvollisuuksia kuin se, että muita ei saa sairastuttaa. Ketään ei voi pakottaa pysymään terveenä ja kuolemaan oikean ikäisenä oikeisiin tauteihin. Voi kuitenkin kysyä, eikö ihmisten pitäisi tehdä edes jotakin terveytensä eteen?

Terveydenhuollon asiantuntijoiden velvollisuus on antaa kansalaisille tutkittuun tietoon perustuvia neuvoja ja terveystarkastuksissa. Sitten ihmisten on itse tehtävä valintoja, harkittava ja päätettävä, mitä neuvoja ja miten pitkälle he noudattavat. Terveys ei ole minkä hyvänsä hinnan arvoinen asia. Elämä ei voi olla pelkkää sairauksien ja tautien välttelyä. On uskallettava myös elää. Se vaatii riskien ottamista.

Joskus terveyden korostaminen ja havittelu eivät ole vapaaehtoista, vaan ympäristön sanelemaa. Skrabanek (1994) tiivistää: ”En polta, en juo. Menen varhain nukkumaan enkä pelehti tyttöjen kanssa. Ruokavalioni on terveellinen ja treenaan säännöllisesti. Mutta kaikki muuttuu taatusti, kun vapaudun vankilasta.” Fuchs (1998) on varoittanut, että ihmisten käyttäytymistä tiukasti kontrolloimalla keskimääräinen elinajan todennäköisesti nousisi, mutta hyvinkin hoidettu eläintarha on edelleen eläintarha, eikä se sovellu ihmisille.

Moni on rakentanut terveyden tavoittelusta oravanpyörän. Yhä lukuisampia terveysriskejä vastaan käydään usein toivotonta kamppailua. Terveyskasvatus on pahimmillaan aiheuttanut ihmisille huonon oman tunnon. Vallalla on ollut kyseenalainen oletus, että yksilön sairauden syy voidaan identifioida ja palauttaa komponentteihin. Ympäristön vaikutukselle on oltu sokeita.

Verrattuna ympäristön, kulttuurin, perimän ja sattuman vaikutuksiin, ihmisillä voi olla hyvin vähäinen mahdollisuus vaikuttaa sairastumiseensa ja kuolemaansa. Yhä lukuisemmista riskeistä tiedottamisen on oletettu lisäävän ihmisten hallinnan tunnetta elämästään ja viime kädessä heidän elämänsä laatua. Mutta informaatio riskeistä heittää myös epäilyksen varjon ja turvattomuuden elämään ja aliarvioi ihmisten terveyden kokemusta. Mitä enemmän ehkäisevä terveydenhuolto korostaa riskejä ja kertoo ihmisille ne lukemattomat tavat, miten voi kuolla, sitä epävarmemmalta tulevaisuus voi näyttää ja sitä pelokkaammiksi ihmiset tulevat. Riskien ”hoitaminen” takaa kyllä lääkäreille täystyöllisyyden, ja varman tulonlähteen.

Yksilöiden elämäntapoihin puuttuminen terveyssuosittain on tehnyt tyytyväisistä epävarmoja. Alati muuttuvat ja harhaiset terveysneuvot ja riskitiedot hämmentävät ja herättävät epäluottamusta tietoja kohtaan. On kummasteltu jo vuosikymmeniä, että miksi kaikki se, mistä pidän, aiheuttaa hiirillä syöpää? Pahimmillaan on voitu aiheuttaa turmiollisiksi osoittautuneita elämäntapamuutoksia. Esimerkiksi liian uuraan liikunnan on väitetty liittyvän hedelmättömyyteen, immuunijärjestelmän heikkenemiseen, syöpään, autonomisen hermoston häiriöihin ja tapaturmiin. Tuttu juttu on myös lihavuuteen taipuva laihduttaja. Painon jatkuvat vaihtelut voivat olla terveydelle turmiollisempaa kuin se, että hieman ylipainoinen henkilö hyväksyy itsensä sellaisenaan. Tämä selittyy osin valikoitumisharhalla. Ne, joilla on eniten riskitekijöitä, tekevät eniten laihdutusyrityksiä.

Käsitteestä ”itse aiheutettu sairaus” tulisi luopua liian epämääräisenä ja harhaanjohtavana. Aina tietyin aikavälein julkisuudessa esitetään vaatimuksia rangaista esimerkiksi hoitomaksuja korottamalla tai hoitoon pääsyä muutoin vaikeuttamalla niitä potilaita, joiden voidaan katsoa itse edesauttaneen sairastumistaan tai vammautumistaan. Tällaiset toimet ovat eettisesti erittäin ongelmallisia ja johtaisivat usein juuri niiden huono-osaisimpien ihmisten syrjäytymiseen ja heitteillejättöön, jotka on jo hylätty muualla yhteiskunnassa. Sitä paitsi lähes kaikkiin sairauksiin liittyy jonkinasteinen itse aiheutettu komponentti. Joka tapauksessa ihmisten oma vastuu terveydestään tulee korostumaan tulevaisuudessa hoitamisen jatkuvasti kallistuesssa.

Terveimmäkään elintavat eivät yksilötasolla takaa mitään. Jokainen joutuu elämään epävarmuudessa, olipa hänen käyttäytymisensä kuinka terveellistä tahansa. Erityisesti iän myötä tulee sairauksia, joihin omat valinnat eivät tepsä.

Osa haastatelluista ohjausryhmän jäsenistä suhtautui jyrkän kielteisesti hoitotilin kaltaisiin kaavailuihin. Yksi ohjausryhmän jäsen esitti seuraavan kommentin: ”Haetaanko lääkärin- ja kuntotarkastuksiin perustuvaa kannustinjärjestelmää, joka merkitsisi esim. alemmaa sosiaalivakuutusmaksua!?” Toisen mukaan terveydenhoitojärjestelmä ei voi toimia herättämällä ihmisissä syyllisyydentuntoa esim. liikalihavuudesta. *Kokemus hoitohenkilökunnan tuesta voi auttaa myös elämänhallintaan ja elämäntapojen muuttamiseen terveellisemmiksi.* On tärkeää, että lääkäri pyrkii auttamaan eikä tuomitsemaan. Yhden haastatellun mielestä kuoleamalla ei saa käydä kauppaa eli luoda kiihokkeita hoidosta luopumiseen.

Toinen teema, jota erityisesti käsiteltiin tulevaisuusvaliokunnan ja ETENEn tapaamisessa, oli kuolevien viimeisten vaiheiden hoito ja kysymys eutanasiasta. Keskustelua viritti erityisesti Hollannissa hyväksytty laki aktiivisesta eutanasiasta. Hollannissa ehtoina aktiiviselle eutanasialle on kahden lääkärin toteama kuolemaan johtava tauti sekä potilaan todistajien läsnä ollessa esittämä kaksi kertaa toistettu pyyntö armokuolemasta. Osoitus siitä, että armokuolema on todella merkittävässä käytössä Hollannissa, on se, että toisin kuin muissa Länsi-Euroopan maissa 80-vuotiaiden odotettavissa oleva elinikä ei ole lainkaan lisääntynyt Hollannissa viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Armokuolemissa tunnistettiin kaksi keskeistä kysymystä. Ensinnäkin kysymys on siitä, tarkoitetaanko armokuolemalla edistettyä kuolemaa vai aktiivisesta hoidosta luopumista ja siirtymistä pelkästään esimerkiksi kivun hoitoon. Kuullut asiantuntijat eivät pitäneet aktiivista eutanasiaa Suomessa mahdollisena ainakaan seuraavaan kymmeneen vuoteen. Hoidosta luopumiseen perustuvasta passiivisesta eutanasiasta voidaan käyttää käsitettä ”saattohoitoon siirtyminen”. Kuulemisessa käytettiin myös nimeä ”luomukuolema”. Ongelmaksi muodostuvat kuitenkin ne elämänhalunsa menettäneet henkilöt, jotka valitsevat kuolemaansa jouduttavan elämäntavan. Tuleeko heidän valintaansa kunnioittaa?

Toinen kysymys on, missä määrin noudatetaan potilaan omaisen ja missä määrin potilaan itsensä tahtoa. Erityisesti liittyen tiloihin, joissa potilaan omaa tahtoa ei voida enää selvästi tunnistaa, aiemmin tehdyt hoitotahdot nousevat keskeiseen asemaan. Jotkut haastatellut ohjausryhmän jäsenet olivat sitä mieltä, että kalliiden ja potilaan toivotonta tilaa pitkittävien hoitojen vähentämiseksi olisi yhä *enemmän kuultava hoitettavaa itseään eikä huonoa omatuntoa kantavia omaisia.* Hoitotestamentti on yksi malli, jolla tätä tavoitetta voidaan edistää. Yksi peruste passiiviseen kipuhoidon siirtymiselle voisi olla esimerkiksi, että eliniän odote lisääntyy hoidon ansiosta vain 3–5 kuukautta. Jossain muodossa voitaisiin myös harkita *yhteiskunnan tarjoamaa vastinetta hoidosta luopumiselle.* Kuten veripalvelussa vastineen tulisi kuitenkin olla joko hyvin vähäinen ja symbolinen tai sitten sen tulisi kohdistua yleishyödylliseen tarkoitukseen kuten kehitysapuun tai sairauksien tutkimukseen. Esimerkiksi 20 % säästyneestä summasta voitaisiin ohjata tällaiseen käyttöön. Tällainen ajatus ei kuitenkaan saanut ohjausryhmän enemmistön tukea.

2.5 Yhteenveto ja johtopäätöksiä ohjausryhmän haastatteluista ja asiantuntijoiden kuulemisesta vuonna 2004

Arviointihankkeen ohjausryhmä haastateltiin kesällä 2004 koskien terveydenhuollon tulevaisuuden keskeisimpiä haasteita. Ohjausryhmän arvioiden pohjalta järjestettiin kuusi asiantuntijoiden kuulemistilaisuutta tulevaisuusvaliokunnassa syksyllä 2004. Haastattelut ja asiantuntijoiden kommentit toimivat lähtökohtana arvioinnin seuraavalle vaiheelle eli 40 terveydenhuollon keskeisen vaikuttajan ja asiantuntijan kaksivaiheiselle kuulemiselle Delfoi-prosessina keväällä 2005.

Ohjausryhmä asetti esiselvityksessä tunnistetut haasteet seuraavaan tärkeysjärjestykseen käyttäen kriteerinä annettujen sijalukujen keskiarvoa:

- 1) Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen
- 2) Yleiset periaatteet hoitojen asettamiseksi tärkeysjärjestykseen erityisongelmina tarve vaikuttaa julkisen rahoituksen suuntaamiseen sekä ”näennäishoitojen” ja tuotteiden kysynnän ja markkinoiden kasvuun
- 3) Väestön ikääntymisen vaikutukset hoidon tarpeeseen ja sen liittyminen mm. kaupunkimaiseen elämäntapaan, individualismin eri ilmenemismuotoihin ja yksinasumiseen
- 4) Kokonaan uudenlaisten tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien avautuminen erityisesti biolääketieteen kehityksen myötä
- 5) Suurten ikäluokkien siirtyminen sosiaali- ja terveystalvveluista eläkkeelle ja sen aiheuttamat haasteet uuden työvoiman rekrytoinnille, koulutukselle ja ulkomaisen työvoiman hyödyntämiselle
- 6) Yksityisen ja julkisen terveydenhoidon suhde kasvukeskuksissa ja haja-asutusalueilla
- 7) Informaatioteknologian sovellutukset, jotka muuttavat merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piiriin ja virtuaalisiksi (mm. ajanvaraus, laboratoriovastaukset, reseptien käsittely, asiantuntijoiden konsultointi)
- 8) Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden omavastuu terveytensä turvaamisesta ja heidän palkitsemisensa yhteiskunnan kokonaisedun kannalta suotuisista ratkaisuista
- 9) Monisairaiden ja erityisesti moniongelmaisten lasten ja nuorten sosiaali-, koulutus- ja terveystalvvelujen tarve
- 10) Euroopan kehityksen ja globalisaation haasteet terveydenhoidolle

Stakesin vt. ylljohtaja Juha Teperi esitti syksyllä 2004 kiintoisan kehikon, jolla terveydenhuollon haasteisiin vastaamista voitiin kansainvälisesti vertailla. Kehikossa terveydenhuollon kehittämisen keskeisiksi haasteiksi määritellään neljällä tasolla oikeudenmukaisuus, tehokkuus ja asiakaslähtöisyys. Kansainvälisten tutkimusten perusteella Teperi katsoo Suomella olevan haasteena erityisesti oikeudenmukaisuuden. Oikeudenmukaisuudella hän tarkoittaa sitä, että palvelut kohdistuvat todellisen tarpeen eivätkä esimerkiksi maksukyvyn tai asuinpaikan mukaan.

Teperi perustelee näkemystään kolmella kansainvälisellä vertailututkimuksella. Keväällä 2004 julkistettiin kansainvälinen vertailututkimus, jonka mukaan 21 maasta vain USA:ssa ja Portugalissa kaikkien lääkärikäyntien käyttö jakautui yhtä paljon hyvätuloisia suosien kuin Suomessa. Toisessa tehokkuutta luonnehtivassa tutkimuksessa verrattiin noin sadan sairaalan tuottavuutta Suomessa ja Norjassa ottaen tarkkaan huomioon erot niiden potilaskunnissa. Siinä ilmeni, että suomalaiset sairaalat tuottivat samat palvelut 37 % norjalaisia edullisemmin. Erosta vajaan 2/3 selittyi palkkatasolla ja noin 1/3 suomalaisen henki-

lökunnan tehokkaammalla työskentelyllä. Asiakaslähtöisyyttä on mitattu lähinnä väestön tyytyväisyytenä saamiinsa palveluihin. Viimeisimmässä kaikki ”vanhat” 15 EU-maata kattaneessa tutkimuksessa suomalaiset olivat kaikkein tyytyväisimpiä terveydenhuoltoonsa. Teperin mukaan on mahdollista, että järjestelmämme erityispiirre – tiukka ankkuroituminen kunnallisdemokratiaan – estää palvelujen kehittämisen kokonaan irrallaan väestön toiveista. Tämä on kiintoisa tulkinta ajatellen valmisteilla olevaa kuntarakennemuutosta.

Ohjausryhmän kesällä 2004 tärkeysjärjestykseen asettamat haasteet voidaan sijoittaa Teperin kehikkoon. Sijoittaminen ei ole yksiselitteistä, mutta se auttaa kuitenkin hahmottamaan kymmenen haasteen keskinäisiä suhteita ja sitä missä määrin oikeudenmukaisuuden, tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden yleiset haasteet tulevat otetuiksi huomioon.

	Oikeudenmukaisuus	Tehokkuus	Asiakaslähtöisyys
Tuotanto	3, 6, 7, 9	3, 4, 6, 7, 10	3, 4, 6, 7, 8, 9
Rahoitus	1, 9, 8	1, 10	1, 10
Osaaminen/työvoima	5, 8	4, 5, 7	3, 5, 8, 9
Johtamisjärjestelmän toimivuus, kuinka toimeksiantajan toiveet toteutuvat	2, 8	2, 7, 10	2, 7, 8, 9, 10

Terveydenhuolto muodostaa kaikkine haasteineen kokonaisuuden. Sitä tulisi ohjata yhteisesti hyväksyttyjen arvojen ja tavoitteiden. Arvoilmaston on väitetty Suomessa 1980-luvun jälkeen muuttuneen kovemmaksi, kyynisemmäksi ja armottomammaksi vähempiosaisia kohtaan. Yhteiskunta on alkanut ihannoida tehokkuutta ja rikastuminen on tuonut halun saada lisää. Arvoilmaston todellinen muutos on kuitenkin tässäkin suhteessa epävarma. Rahaa ja valtaa on ihannoitu aina.

Arviointihankkeen esiselvityksessä tunnistettiin seuraavia arvopohjan muutostrendejä yhteiskunnassamme:

- 1) Yksilöllisyyden korostuminen
- 2) Luonnonsuojelu, eläinsuojelu
- 3) Kansainvälisyys, solidaarisuus kehitysmaiden kansalaisia kohtaan, etnisten vähemmistöjen arvostus
- 4) Sallivan suhtautumisen lisääntyminen seksuaalisiin vähemmistöihin, mielenterveysongelmiin, eutanasiaan, mutta myös huumeisiin
- 5) Kielteisyyden korostuminen päättäjien todellisia tai kuviteltuja väärinkäytöksiä, rasismia, sukupuoli- tai muuta syrjintää, työpaikka- ym. kiusaamista kohtaan ja joitakin rikoksia kohtaan, kuten rattijuoppoutta, talousrikoksia tai pedofiliaa kohtaan.

Arvopohjan muutokset esiintyvät rinnan Pekka Himasen (2004) tunnistamien globaalien trendien kansainvälisen verokilpailun kasvun, globaalien uuden työnjaon ja eriarvoisuuden lisääntymisen, maailmanlaajuisen kaupungistumisen, väestön ikääntymisen, tietoyhteiskunnan uuden vaiheen sekä kulttuuri- ja bioalojen nousun kanssa. Eurooppa ja yhä selkeämmin myös koko maailma on yhdentymässä yhdeksi markkinataloudeksi, jonka keskeinen toimintaperiaate on yritysten välinen kilpailu. Tämä yhdistyneenä yksilöllistymiskehitykseen voidaan nähdä kovenneiden asenteiden taustalla. Ne selittävät lisääntyvää välinpitämättömyyttä toisten tarpeista ja varsinkin perinteisen kansallisuusaatteeseen perustuvan sosiaalisen pääoman murenemista. Myös sallivuuden lisääntyminen on saattanut merkitä välinpitämättömyyttä suhtautu-

mista, jossa toisen annetaan niin kauan elää omalla tavallaan, kun hän ei välittömästi uhkaa minun tapaani elää.

Toisaalta arvomuutokset 2, 3 ja 5 voivat merkitä etenemistä uudenlaiseen välittämiseen ja sosiaaliseen pääomaan. Joka tapauksessa on perusteltua esiselvityksen, ohjausryhmän haastattelujen ja syksyn 2004 asiantuntijakuulemisten pohjalta lähteä siitä, että terveydenhuollon asiakas on tulevaisuudessa yhä tietoisempi oikeuksistaan ja osaa ottaa selvää sairauksistaan ja oireistaan. Tällainen potilas on paljon tasavertaisempi keskusteluosapuoli kuin perinteisesti lääkärin auktoriteettiin luottava potilas. Hän saattaa luottaa julkisten ja yksityisten palvelujen viidakossa etunsa maksimoiden. Hän saattaa kuitenkin kehittää myös uusia välittämisen muotoja.

Terveys, sen edistäminen ja siihen kohdistuvien uhkien torjuminen ovat Suomessa perustuslaillisesti suojattuja ihmisoikeuksia. Yhtäläisten mahdollisuuksien turvaaminen palvelujen saatavuudessa ikään, sukupuoleen, etniseen taustaan, alueeseen tai varallisuuteen katsomatta saa laajan kannatuksen kaikkialla yhteiskunnassa. Terveys- ja terveydenhuollon toiminta-alueen muodostavat väestötasoiset terveyden edistämiseen ja ylläpitoon tähtäävät kansanterveydelliset toimet sekä sairauksien tutkimus ja hoito, kärsimyksen lievittäminen ja ihmisarvoisen kuoleman mahdollistaminen. Terveys- ja terveydenhuolto voidaan nähdä myös meidän jokaisen kohtaaman eksistentiaalisen ahdistuksen kontrolloinnin välineenä.

3. Terveydenhuollon kansallisesti keskeisten asiantuntijoiden kuuleminen Delfoi-prosessina ja kommentit ensimmäisen kierroksen teemoihin

3.1 Argumentoivan Delfoi -menetelmän (AD-menetelmän) keskeiset piirteet

Argumentoiva Delfoi -menetelmä (Argument Delphi – AD, Kuusi 1999) vakiintui nelivuotiskaudella 1999–2003 yhdeksi päämenetelmäksi eduskunnassa tehtyihin arviointihankkeisiin. Sitä käytettiin keskeisenä menetelmänä Energia 2010 -hankkeessa (Kuusi ym., 2001) sekä ihmisen perimän ja kantasolujen tutkimuksen haasteita päätöksenteolle selvittäneessä hankkeessa (Kuusi ym., 2003). Myös geronteknologian arvioinnin yhdessä osaprojektissa sovellettiin pienimuotoisesti AD-menetelmää (Kuusi 2001). AD-menetelmä perustuu ns. Policy Delphi -lähestymistapaan (esimerkiksi Turoff 1975). Se on kehitetty erityisesti teknologian mahdollisuuksia selvittäneiden tutkimusten pohjalta (Kuusi 1987, 1991, 1994). Policy Delphi -lähestymistavan keskeinen piirre on välttää kasvokkain tapahtuvan kommunikoinnin aiheuttamia ongelmia vuorovaikutuksessa kuten tilannetta dominoivien henkilöiden vääristävää vaikutusta, statuserojen vaikutuksia, pelkoa menettää kasvonsa tai luottamuksensa ”varomattomilla kannanotoilla”.

Perinteisessä jo 1950-luvulta lähtien mm. Yhdysvaltojen avaruushjelmassa käytetyssä Delfoi-tekniikassa asiantuntijoita lähestyttiin toistuvien posti- tai nykyisin sähköpostikyselyin. AD-menetelmälle on ollut luonteenomaista, että ensimmäisen postikyselykierroksen korvaavat asiantuntijoiden haastattelut. Haastattelut rakentuvat tiettyjen teemojen tai väliin kysymyksiin vastaamiseen. Niiden yhteydessä voidaan esittää jo toisten henkilöiden/asiantuntijoiden arvioita kuitenkin niin, että etukäteen kuultujen asiantuntijoiden henkilöllisyys salataan. Näin meneteltiin Energia 2010 -hankkeessa, jossa lähtökohta-aineistona kansanedustajien haastatteluille olivat kolmen säteilyn ja kolmen poltossa muodostuvien pienhiukkasten erikoisasiantuntijan kirjalliset lausunnot. Haastattelun voi myös korvata esimerkiksi joku panelistilta saatava teksti, jossa hän on vapaamuotoisesti eritellyt tutkittavaa ongelmaa.

Vapaamuotoisen aineiston pohjalta tutkimuksen suorittajat (Delphi managers) muotoilevat asiantuntijoiden näkemyksiä heijastelevia ratkaisuvaihtoehtoja sekä niihin liittyviä teesejä tai näkökohtia. Ajatuksena teesien muotoilussa ei ole hakea yksimielisyyttä, vaan pikemminkin etsiä niitä ratkaisumalleja tai näkökohtia, joista panelistit ovat eniten eri mieltä. Ajatuksena on, että vasta kun erimielisyydet on aukaistu, mahdollisuuksia on aitoon erilaisia näkemyksiä kokoavaan synteysiin.

Toisella postitse tai tyypillisesti nykyisin sähköpostin välityksellä toteutettavalla kierroksella panelistit arvioivat sekä teesejä että anonyymeinä esitettyjä perusteluja teeseille (argumenteille) sekä esittävät lisänäkökohtia. Eduskunnassa toteutetuissa hankkeissa toinen kierros on toteutettu pääasiassa sähköpostin välityksellä, mutta avainpanelistit ovat voineet esittää kommenttinsa myös koonnosraporttiin käsin kirjoittaen.

Kolmas kierros, jonka ei ole annettu vaikuttaa raportoitaviin toisen kierroksen tuloksiin, on ollut asiantuntijoiden tapaaminen, missä on arvioitu saatuja tuloksia. Vaikka kolmas kierros ei enää ole vaikuttanut asiantuntijoiden kirjattuihin kannanottoihin, se on olennaisesti auttanut niiden tulkinnassa ja asettamisessa laajempiin puitteisiin.

Argumentoivalla Delfoi -menetelmällä on pyritty erityisesti seuraaviin tavoitteisiin:

- Mahdollisimman monipuoliseen ja realistiseen kuvaan selvitettävästä ongelmasta valitsemalla paneelisteja, jotka asiantuntemukseltaan täydentävät toisiaan. Tavoitteena eivät ole tilastollisesti edustavat mielipideryhmät, vaan ongelma-alueeseen liittyvien tärkeiden näkökohtien saaminen arvioinnin kohteiksi. Tässä tarkoituksessa asiantuntijapaneelia on täydennetty haastatteluissa saatujen kommenttien pohjalta.
- Mielekkäiden uusien kysymystenasettelujen löytämiseen. Uusia avauksia löytyy helpommin haastattelutilanteessa kuin kommentoitaessa kirjallisesti.
- Näkökohtien esittämiseen nimettöminä (anonyymi argumentointi), mikä ei tarkoita vain asiantuntijoiden perustelemattomien mielipiteiden esittämistä, vaan erityisesti totuusarvon omaavien väitteiden esittämistä toisten pohdittaviksi keskustelun kohteena olevista kysymyksistä. Tätä on edistänyt se, että toisella kierroksella asiantuntijat ovat voineet kommentoida toisten esittämiä argumentteja.

Jotta kaikkien panelistien välille syntyisi aito keskusteluyhteys ja jotta argumentoinnin raportointi ei muodostuisi mielivaltaiseksi ja vain Delfoi-managereiden mieltymyksiä seuraavaksi (tieteellisyyteen liittyvä toistettavuus), paneelin koko ei saisi kokemusten mukaan ylittää noin 50. Sopivimpana kokona voi pitää 20–40.

AD-menetelmän kannalta on luontevaa tarkastella Delfoi-tekniikkaa tulevaisuuden vaihtoehtojen kartoittamisen menetelmänä eikä tulevaisuudesta mahdollisimman suuren yksimielisyyden hakemisen menetelmänä, kuten oli tapana Delfoi-menetelmän varhaisissa sovellutuksissa. Tiettyä tulevaisuusväitettä puolustavien ja sitä vastustavien voidaan tulkita nojautuvan keskenään ristiriitaisiin skenaarioihin. Haastatteluja käyttäen voidaan myös peräkkäisiin kyselyihin perustuvia menetelmiä paremmin ottaa huomioon se, että tiedon esittäjän psyykkiset ominaisuudet, arvot ja intressit vaikuttavat hänen välittämiinsä tietoihin ja esittämiinsä tulevaisuusarvioihin.

AD-prosessin onnistumisen kannalta muodostaa asiantuntijapaneelin valinta ratkaisevan tärkeän vaiheen. Yleisesti ottaen onnistunut asiantuntijoiden valinta edellyttää huomion kiinnittämistä kahteen piirteeseen asiantuntijapaneelissa: asiantuntijoiden toisiaan täydentävään asiantuntemukseen ja asiantuntijoiden informaatiopolitiikkaan (Kuusi, 1999). Informaatiopolitiikalla tarkoitetaan asiantuntijan valmiutta antaa tietoja tutkimuksessa harhattomassa tai tiedon luovuttajan kannalta tarkoituksenmukaisessa harhaisessa muodossa. Käytännössä informaatiopolitiikka voidaan liittää usein asiantuntijan edustamaan intressiryhmään. Asiantuntijapaneelia on syytä tarkastella aina sekä sen asiantuntemuksen että informaatiopolitiikkojen osalta ryhmänä. Ryhmän asiantuntemuksen tulee kattaa tutkimuksen kannalta keskeinen asiantuntemus. Toisaalta ryhmän jäsenet voivat ”katalysoida” toistensa informaatiopolitiikkoja niin, että tieto välittyy mahdollisimman harhattomassa muodossa. Välitetyt tiedot tai kannanotot on myös usein mielekästä esittää kompetenssi- tai intressiryhmittäin.

3.2 Terveystenhuollon tulevaisuudet AD-prosessin keskeiset vaiheet

Terveystenhuollon tulevaisuuksia tutkittiin AD-prosessina seuraavina vaiheina:

- 1) Laadittiin teemahaastattelulomake ensimmäiselle kierrokselle ja valittiin asiantuntijapaneeli (joulukuu 2004 – tammikuu 2005).
- 2) Asiantuntijoille lähetettiin kutsukirje ja varmistettiin osallistuminen puhelimella. Kukaan kutsutuista ei kieltäytynyt haastattelusta (tammikuu 2005).
- 3) Toteutettiin 40 asiantuntijan 1–4 tunnin teemahaastattelut perustuen 10 sivun etukäteen lähetettyyn lomakkeeseen ja sitä täydentävään 34 sivun lisäaineistoon (21.1. – 16.3.2005).
- 4) Teemahaastattelujen tulokset koottiin 49 sivun II kierroksen lomakkeeksi, joista kullekin panelistille nimettiin erityisen kommentoinnin alue (noin kolmannes). Muu osa lomakkeesta nimettiin toissijaisesti kommentoitavaksi. Lomake toimitettiin panelisteille 11.4. – 15.4.2005.
- 5) Panelistit kommentoivat kirjallisesti sähköpostin välityksellä saamansa aineiston kesäkuun 2005 puoliväliin mennessä. Osa kommenteista kerättiin puhelinhaastatteluin. Kommentointikierros tuotti kirjallisia kommentteja noin 80 sivua. Yhtä lukuun ottamatta kaikilta panelisteilta saatiin ainakin lyhyt kommentti.

Tutkijaryhmä – Juha Kinnunen, Osmo Kuusi, Johanna Lammintakanen, Markku Myllykangas, Olli-Pekka Ryyänen – vastasi yhdessä teemahaastattelulomakkeen ja sen lisäaineiston laadinnasta. Kuusen osuus oli keskeinen teemahaastattelujen teossa. Hän osallistui haastatteluista 35:een haastattelun johdattelijana ja yhteen kommentoivana tarkkailijana. Muu tutkijaryhmä vastasi lopuista haastatteluista. Lisäksi erityisesti Olli-Pekka Ryyänen osallistui moniin Kuusen johdattelemiin haastatteluihin kommentoivana tarkkailijana. Toisen kierroksen lomakkeen laadinnasta vastasi pääasiassa Kuusi kuitenkin niin, että muotoiluista päätettiin lopullisesti koko tutkijaryhmän kokouksissa. Kuusi vastasi myös pääasiassa toisen kierroksen kommenttien keräämisestä panelisteilta.

Tässä raportissa tarkastellaan Delfoi-prosessin tuloksia teemoittain yhdistellen niistä arvioinnin eri kierroksilla annettuja kommentteja. Painopiste on kuitenkin selvästi toisen kierroksen tarkennettuihin tulevaisuusväitteisiin saaduissa vastauksissa. Tarkastelu etenee kuitenkin sikäli kronologisesti, että tässä luvussa tarkastellaan lyhyesti niitä teemoja, joihin ei enää merkittävässä määrin palattu arvioinnin toisella kierroksella. Kolme seuraavaa lukua on omistettu arvioinnin toisen kierroksen kolmelle pääteemalle:

- 1) Kuinka kehittää terveydenhuollon alueellista järjestämistä? (II kierroksen lomakkeen lähinnä vastaavan pääteeman otsikko: Teema 1. Kuinka edetä terveydenhuollon alueelliseen järjestämisvastuuseen?)
- 2) Kuinka hallita kuilua terveydenhuollon teknisten mahdollisuuksien/kansalaisten oikeutenaan pitämän hoidon ja resurssien välillä? Mikä hoito on oikeutettua? (II kierroksen lomakkeen lähinnä vastaavan pääteeman otsikko: Teema 2. Hoitojen kehitys ja niiden kustannusten hallinta)
- 3) Kansalaisten omavastuu terveydestään sekä työterveydenhuollon ja apteekkien rooli sen tukijoina (II kierroksen lomakkeen lähinnä vastaavan pääteeman otsikko: Teema 3. Terveystenhuollon eettiset valinnat sekä kansalaisen ja työnantajan aktiivinen vastuu terveydestä)

3.3 Haastattelulomake ja asiantuntijoiden valinta

Esiselvityksen, ohjausryhmän jäsenten haastattelujen ja syksyn 2004 asiantuntijakuulemisten perusteella tutkijaryhmä määritteli kevään 2005 Delfoi-prosessin lähtökohdaksi viisi ongelma-aluetta, joihin tutkimus kohdistuisi. Ongelma-alueet jaettiin edelleen osaongelmiin, joita luonnehdittiin viitaten toteutuneeseen kehitykseen. Haastattelujen teemoihin vaikutti myös syksyllä 2004 julkaistu Valtioneuvoston väestöpoliittinen tulevaisuusselonteko.

AD-prosessin teemahaastattelulomake sisälsi seuraavat ongelma-alueet ja niiden osa-ongelmat:

1. Terveystalous
 - 1.1. Työ- ja toimintakykyä olennaisesti alentavien vaivojen kustannusrasitus yhdistettynä eliniän pitene-
miseen vuoteen 2015 ja 2020
 - 1.2. Monikanavaisen julkisen rahoituksen ongelma
 - 1.3. Erityisen kalliit hoidot 2015 ja 2020
 - 1.4. Wellness-palvelut ja niiden rahoittajat 2015
 - 1.5. Yksityiset palvelut ja julkisrahoitteisten terveyspalvelujen tuottamistapa 2015
2. Terveysdenhuollon henkilöstöresurssit ja niiden kehittäminen
 - 2.1. Henkilöstöresurssien johtaminen vuoteen 2015
 - 2.2. Koulutetun suomalaisen työvoiman ja maahanmuuttajien rekrytointi vuoteen 2015
 - 2.3 Terveysalan työolosuhteiden ja henkilöstöjohtamisen kehitys vuoteen 2015
3. Palvelujen organisointi ja johtaminen
 - 3.1. Onko terveydenhuollon ohjattavuus tulevaisuuden tärkein kysymys?
 - 3.2. Monikanavaisen julkisen rahoituksen ongelma
 - 3.3. Hoitojen parempi organisointi
 - 3.4. Hoidon valtakunnallinen organisointi ikäryhmittäin
 - 3.5. Vanhusten huollon kehitys
 - 3.6. Panostaminen lapsiin
4. Terveysteknologian kehitys vuoteen 2015 ja 2020
 - 4.1. Teknisen kehityksen pääsuunnat
 - 4.2. Hoitojen riippumattomuus ajasta ja paikasta
 - 4.3. Erityisen kalliit hoidot
 - 4.4. Kansalaisten tiedot tehokkaista hoidoista
 - 4.5. Käyvän hoidon ohjaus tietoverkon välityksellä
 - 4.6. Potilaskertomusten standardointi
 - 4.7. Diagnoosien teon tehostuminen ja lisääntyminen
 - 4.8. Terveysdenhuollon teknologisen kehityksen painopiste
5. Terveysdenhuollon priorisoinnin periaatteet ja käytännölliset menettelyt 2015 ja 2020
 - 5.1. Terveysteen liittyvien ongelmien ratkaiseminen
 - 5.2. Priorisointiperiaatteet
 - 5.3. Vaikuttavien palvelujen käytön tasa-arvo
 - 5.4. Eliniän piteneminen
 - 5.5. Elinvuodet, jolloin tarvitaan paljon apua
 - 5.6. Eutanasia

Selitysteksteineen haastateltaville asiantuntijoille etukäteen lähetetty lomake oli kymmenen sivun mittainen. Lisäksi haastattelijoilla oli mukanaan lomaketta täydentävä yksityiskohtaisempia kysymyksiä ja selityksiä sisältävä 34 sivun materiaali.

Taulukko 5. Asiantuntijoiden valintataulu

Intressiryhmät Erityis- asiantuntemus	Tutkijat	Päätäjät ja päästösten valmistelijat, keskushal- linto	Päätäjät ja päästösten valmistelijat, kuntasektori	Hoitoja järjestävä yksityinen ja järjestö- sektori	Lääkärikun- nan ja muun hoitohenki- lökunnan edustajat	Hoidettavien edustajat (järjestöt?)
Terveystalous						
Terveystalouden henki- lökunta						
Palvelujen organisointi ja johtaminen						
Terveysteknologia						
Terveystalouden prio- risoinnin periaatteet ja käytännölliset menettely- tavat						

Viisi tunnistettua ongelma-aluetta olivat keskeisiä, kun määriteltiin Delfoi-paneeliin tavoiteltujen erikois-asiantuntemusta. Asiantuntijoiden valinnassa vuoden 2005 alussa käytettiin seuraavaa asiantuntijoiden kompetensseja ja intressiryhmiä (informaatiopolitiikkoja) haarukoivaa taulukkoa (taulukko 5.)

Kuhunkin erikoisasiantuntemusta ja intressiryhmää edustavaan ruutuun pyrittiin löytämään ainakin yksi henkilö. Kompetenssien ja intressiryhmien edustamisen ohella muita tekijöitä, joita pyrittiin ottamaan huomioon paneelia valittaessa, olivat panelistien sukupuoli, ikä ja maan eri alueiden edustus. Myös panelistien yksilöllisiä ominaisuuksia, kuten heidän valmiuttaan tuottaa näkökohtia keskusteluun ja haastaa muita panelisteja, otettiin huomioon paneelia valittaessa.

Valituista 40:stä ja yhdestä paneelia toisella kierroksella täydentäneestä 12 on naisia. Panelisteista puuttuvat alle 35-vuotiaiden edustajat, mitä voi pitää puutteena. Ratkaisua voi kuitenkin puolustaa sillä, että harvoille tätä nuoremmille on muodostunut kokemuksen kautta vielä monipuolista kuvaa Suomen terveydenhuollon järjestelmästä ja sen toiminnasta. Toki on kuitenkin mahdollista, että nuorten näkökulma ei tullut riittävästi otetuksi huomioon. Tämä on syytä ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Käyttäen alueluokitukseksi terveydenhuollon miljoonapiirejä eli yliopistosairaaloihin perustuvia ERV-alueita, asiantuntijat jakautuivat asuinpaikan mukaan seuraavasti: HUS 25, KYS 8, TAYS 4, TYKS 3, OYS 1. Jakauma on varsin vino Helsingin ja Uudenmaan sekä Pohjois-Savon miljoonapiirien suuntaan. Paneeliin kuuluu kuitenkin yksi ryhmä, joka edustaa varsin tasapuolisesti maan eri osia. Ryhmään ”päättäjät ja päästösten valmistelijat, kuntasektori” kuuluu 11 asiantuntijaa ja siinä on edustettuna kaikki miljoonapiirit. Tosin tässä ryhmässä KYS:n yliedustus on huomattava: 5 asiantuntijaa tosin hyvin eri puolilta miljoonapiiriä.

Koska tavoitteena oli myös haastaa mukaan terveydenhuollon keskeiset vaikuttajat, valintaperusteena käytettiin myös Mediuutisten vuoden 2004 lopussa julkaisemaa terveydenhuollon 20 keskeisimmän vaikuttajan listaa. Valituista Risto Pelkonen oli listalla ensimmäinen, Markku Lehto 4., Jussi Huttunen 6., Jorma Huuhtanen 7., Lauri Isolauri 13., Aki Lindén 16. ja Paula Kokkonen 17. Todettakoon, että muuten prosessiin ovat vielä osallistuneet hankkeen ohjausryhmän jäsenenä Osmo Soininvaara (18.) ja kuultuna asiantuntijana Raimo Sailas (5.).

Paneeli oli intressi- tai taustaryhmittäin seuraava: Asiantuntijalle määritelty erityistuntemuksen alue, jota hänen toivottiin ensisijaisesti kommentoivan Delfoi-prosessin toisella kierroksella, on ilmaistu numeroin viitaten teemoihin taulukossa 6. Kaikille esitettiin kuitenkin toivomus kommentoida myös muita teemoja.

Tutkimus:

Marja Airaksinen, Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian professori (4–5, 7); Hannu Hanhijärvi, Sitran terveydenhuollon tutkimusohjelman johtaja (4); Eino Heikkinen, Jyväskylän yliopiston professori (5–6); Reino Hjerpe, ylijohtaja, VATT (1–2); Olli-Pekka Kallioniemi, VTT:n tutkimusprofessori (4); Martti Kekomäki, emeritusprofessori (1–5); Vesa Lehtomäki, projektipäällikkö, Sitra (1–2); Paul Lillrank, professori, TKK (1–2); Kalevi Luoma, tutkimuspäällikkö VATT (1–2); Sari Rissanen, terveyshallinnon professori, Kuopion yliopisto (5–7); Erkki Vauramo, emeritusprofessori (1–3); Katri Vehviläinen-Julkunen, hoitotieteen professori, Kuopion yliopisto (1–3).

Päättäjät ja päätösten valmistelijat, keskushallinto:

Mikael Forss, tutkimusjohtaja, Kela (1–3); Ritva Halila, Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan pääsihteeri (5–7); Jorma Huuhtanen, pääjohtaja, Kela (1–3); Jouko Isolauri, STM:n lääkintäneuvos (1–2); Markku Lehto, STM:n kansliapäällikkö (1–2); Timo Leino, apulaisosastopäällikkö, Työterveyslaitos (5–7); Markku Pekurinen, Stakesin kehittämisspäällikkö (1–2); Juha Teperi, Stakesin ylijohtaja (1–2).

Päättäjät ja päätösten valmistelijat, kuntasektori:

Jyrki Elo, Kelan Itä-Suomen aluetoimiston johtaja (3, 5–7); Pentti Itkonen, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin johtaja (1–3); Rauno Ihalainen, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtaja (1–3); Jussi Jokinen, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin talousjohtaja (1–2); Paavo Kaitokari, Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohtaja (1–3); Paula Kokkonen, Helsingin apulaiskaupunginjohtaja, Terveyden huollon eettisen neuvottelukunnan puheenjohtaja (5–7); Aki Lindén, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtaja (1–3, 4); Kaija Nojonen, Tampereen yliopistollisen sairaalan hallintoylijohtaja 1–3, 5); Tuomo Pääkkönen, Kainuun maakunnan terveysjohtaja (1–3); Pekka Utriainen, Jyväskylän kaupungin terveysjohtaja (1–3); Liisa-Maria Voipio-Pulkki, Suomen Kuntaliiton hallintoylilääkäri (3–5).

Hoitoja järjestävä yksityinen - ja järjestösektori:

Vesa Ekroos, Suomen Yksityisten Sairaaloiden Yhdistyksen puheenjohtaja, Mehiläinen Oyj (vain II kierros) (1–7), Pekka Roto, Terveystalo Oy:n ylilääkäri (1–7), Aila Saari, Folkhälsanin terveydenhuollon Karjaan aluejohtaja (1–7).

Lääkärikunnan ja muun hoitohenkilökunnan edustajat:

Jussi Huttunen, Kansanterveyslaitoksen emerituspääjohtaja, Duodecim-lehden päätoimittaja (1–4); Ilkka Kunnamo, lääkäri Saarijärven-Karstulan seudun terveyskeskuksessa, Duodecim ry:n tekniikan arvioinnin asiantuntija (1–3); Esko Länsimies, emeritusprofessori ja Kuopion yliopistollisen sairaalan diagnostisten palveluiden tulosalueen tulosaluejohtaja (4–6); Merja Miettinen, Tampereen yliopistollisen sairaalan ylihoitaja (5–7); Leena Niinistö, Vantaan Katriinan sairaalan ylilääkäri, Duodecim ry:n ex-puheenjohtaja (5–7); Risto Pelkonen, arkkiatri (5–7).

Hoidettavien edustajat:

Anneli Juutinen, Suomen Potilasliiton toiminnanjohtaja (5–7); Juha Nummela, MS-potilas, aktiivinen Internetin käyttäjä (5–6).

Paneelia täydensi kommentein toisella kierroksella vielä Minna Kaila, jota ei kuitenkaan haasteltu. Hän on toiminut Duodecim-seuran sähköisten Käypä hoito -suositusten päätoimittajana ja toimii nykyisin Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin yleislääketieteen yksikön ylilääkärinä. Hänen kommenttinsa on liitetty lääkärin edustajien ryhmään. Etukäteisarviossa neljäkymmentäyksi asiantuntijaa sijoittuvat taulukkoon sen ruutuja varsin hyvin peittäen. Peittoa ei ole kuitenkaan mielekästä esittää alun perin käytetyllä ruudukolla, vaan vasta liittyen niihin tarkentuneisiin kysymyksenasetteluihin, joihin päädyttiin AD-prosessin toisella kierroksella. Vähintään yhteen erityistuntemuksen teeman väitteeseen vastanneet tai teemaa kirjallisesti tai II kierroksen haastattelussa kommentoineet on mainittu lohkoon liittyen taulukossa 6.

Kannanottojen teemoittamisessa seurataan vain pääpiirteissä väitteiden ryhmittelyä I ja II kierroksen lomakkeissa. Arvioitujen tulevaisuusväitteiden tunnistena käytetään kuitenkin II kierroksen lomakkeen numerotunnisteita. Kaksinumeroisten tunnisteen ensimmäinen numero viittaa II kierroksen lomakkeen pääteemoihin: 0. Yhteenveto 1. Kuinka edetä terveydenhuollon alueelliseen järjestämisvastuuseen? 2. Hoitojen kehitys ja niiden kustannusten hallinta 3. Terveydenhuollon eettiset valinnat sekä kansalaisen ja työnantajan aktiivinen vastuu terveydestä. Taulukon 6 teemat kuvaavat astetta eritellymmiin näitä erityistuntemuksen teemoja.

Teemojen kohdalla on mainittu niiden väitteiden numerotunnisteet, jotka liittyvät teemaan. Viittauksia ei ole lainkaan yhteenvetolohkoon 0, jossa tarkasteltiin yleisellä tasolla terveydenhuollon periaatteita ja resurssien käyttöä tulevaisuudessa. Tämä lohko määriteltiin II kierroksella kaikille toissijaisesti kommentoitavaksi. Useimpiin 0-lohkon kysymyksiin saatiin vastaukset valtaosalta jo Delfoi-prosessin ensimmäisellä kierroksella. Toisella kierroksella vastauksiaan korjasi tai täydensi kuitenkin vielä noin kolmannes paneelisteista.

Koska Delfoi-tutkimuksen periaatteisiin kuuluu suojella vastaajien anonymiteettiä ja tuloksia tullaan tarkastelemaan pääasiassa taustaryhmittäin, II kierroksen vastaajien taulukossa ei ole mainittu niitä, jotka ainoana teema-alueella edustivat taustaryhmäänsä. Lähes kaikki kommentoivat heille määriteltyjä erityistuntemuksen lohkoja. Sen lisäksi monet kommentoivat paria muuta lohkoa. Neljätoista panelistia eli runsas kolmannes paneelistista kommentoi vähintään kuutta taulukon lohkoa. Mikael Forss ja Jorma Huuhtanen antoivat II kierroksella yhteisen vastauksen.

Taulukko 6. Vastanneet II kierroksen teemoittain

Intressi- tai taustaryhmä	Tutkijat	Päätäjät ja päätösten valmistelijat keskuhallinto	Päätäjät ja päätösten valmistelijat kuntasektori	Hoitoja järjestävä yksityinen ja järjestösektori	Lääkärikunnan ja muun hoitohenkilökunnan edustajat	Hoidettavien edustajat
Erityistuntemuksen teemat						
1. Vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs yhdistäminen (väitteet 1.1.–1.6., 1.15.)	Airaksinen Hjerpe Lehtomäki Lillrank Luoma Rissanen Vauramo Vehviläinen-Jul.	Forss-Huht. Halila Isolauri Lehto Leino Pekurinen Teperi.	Eriksson Ihalainen Itkonen Jokinen Kaitokari Linden Nojonen Pääkkönen Utriainen	Ekroos Roto Saari	Huttunen Kunnamo Länsimies Miettinen Pelkonen	Yksi

2. Terveyskeskusten koko ja henkilökunta-tarpeet terveyskeskusten eri toiminnoissa (väitteet 1.7.–1.14.)	Airaksinen Heikkinen Hjerppe Luoma Rissanen Vauramo Vehviläinen-Jul.	Forss- Huuht. Halila Isolauri Lehto Leino Pekurinen Teperi	Eriksson Ihalainen Itkonen Jokinen Kaitokari Linden Pääkkönen Utriainen	Ekroos Roto Saari	Huttunen Kaila Kunnamo Länsimies Miettinen Pelkonen	Yksi
3. Vaativa erikoissairaanhoito ja sen järjestämisen taloudellisesti ja hoidollisesti mielessä väestöpohja (väitteet 2.18.–2.20.)	Airaksinen Luoma Rissanen Vauramo Vehviläinen-Jul.	Forss- Huuht. Halila Pekurinen Teperi	Elo Eriksson Itkonen Jokinen Kaitokari Linden Pääkkönen Voipio-Pulkki	Ekroos Roto Saari	Huttunen Kunnamo Länsimies Miettinen Pelkonen	Yksi
4. Bioteknologian kehitys (väitteet 2.7.–2.17.)	Airaksinen Hanhijärvi Heikkinen Kallioniemi Vauramo	Yksi	Kaitokari Pääkkönen Voipio-Pulkki	Ekroos Roto Saari	Kunnamo Länsimies Miettinen Niinistö Pelkonen	Nummela Juutinen
5. Hoitojen hyväksynnän ja käytön eettiset periaatteet ja menettelytavat (väitteet 2.1.–2.6., 3.0.–3.2.)	Airaksinen Heikkinen Luoma Rissanen Vauramo Vehviläinen-Jul.	Yksi	Elo Kaitokari Pääkkönen Voipio-Pulkki	Ekroos Roto Saari	Kaila Kunnamo Länsimies Miettinen Niinistö Pelkonen	Juutinen Nummela
6. Kansalaisten vastuu ja oikeudet liittyen hoitoihin (väitteet 3.3.–3.11.)	Airaksinen Heikkinen Rissanen Vauramo Vehviläinen-Jul.	Halila Leino	Elo Kaitokari Pääkkönen	Roto Saari	Kunnamo Länsimies Miettinen Niinistö Pelkonen	Juutinen Nummela
7. Työterveyshuollon ja apteekkien rooli (väitteet 3.12.–3.18.)	Airaksinen Heikkinen Rissanen Vauramo Vehviläinen-Jul.	Halila Leino	Elo Kaitokari Pääkkönen	Roto Saari	Kunnamo Länsimies Miettinen Niinistö Pelkonen	Juutinen Nummela

Taulukon 6 teemoihin 1–3 otettiin lisäksi kantaa kommentoimalla ja asettamalla paremmuusjärjestykseen neljä terveydenhuollon alueellisen järjestämisen mallia (Kunnamon malli, Terveyspiirimalli, Kelan malli ja Ostopoolimalli). Myös teemaa 5 panelistit kommentoivat erityisellä kirjallisella kannanotolla, joka luovattiin aluemallin valinnan perustelujen ohella julkaista tässä loppuraportissa.

3.4 Kuinka panelistit arvioivat Suomen terveydenhuollon kolmea perusperiaatetta ja mahdollisuuksia reagoida maksuilla terveydenhuollon menojen BKT-osuuden kasvuun?

Keskeinen toimintaperiaate teemahaastatteluissa (kierros I) oli kohdistaa kommentointi niihin teemoihin tai ongelmiin, joita asiantuntijat tunsivat parhaiten ja joista he olivat kiinnostuneimpia puhumaan. Useimmissa haastatteluissa kuitenkin keskustelu avattiin tarkastelemalla suomalaisen terveydenhuollon nykyisiä perusperiaatteita ja niiden mahdollisia haastajia. Valtioneuvoston vuoden 2004 tulevaisuusselonteon mukaan suomalaisella terveydenhoidolla on kolme perusperiaatetta:

1. kunnallinen järjestämisvastuu
2. verorahoitteinen järjestelmä
3. tasavertainen palvelujen saatavuus.

Haastateltuja pyydettiin arvioimaan näiden perusperiaatteiden säilymistä. Erityisesti kaikkia pyydettiin arvioimaan, kuinka periaatteet muuttuvat. Kysyttäessä todennäköistä kehitystä vuoteen 2015 saatiin seuraavat vastaukset 29 haastatellulta.

Taulukko 7.

Kolmen järjestämisperiaatteen haastajat	Muuttuu keskeiseksi	Tärkeämpi kuin nyt	Enintään nykyisen tasoisena
Alueellinen (esim. maakunnallinen) järjestämisvastuu	29		
Vakuutus pohjainen järjestelmä	4	13	6
Erlainen palvelujärjestelmä maksukykyisillä ja ei-maksukykyisillä	5	16	6
Yksityiset palvelut (nyt tulevaisuusselonteon mukaan täydentäjinä)	9	15	1
Järjestöjen palvelut (nyt tulevaisuusselonteon mukaan täydentäjinä)	1	10	7
Kohtaan muu kehityskulku: Vaativa erikoissairaanhoidon valtiollistetaan	3		

Kantansa esittäneiden panelistien yksimielinen näkemys oli, että alueellinen järjestämisvastuu muuttuu keskeiseksi. Todettakoon, että tämä vastaa varsin hyvin myös niitä vastauksia, joita 497 kunnanjohtajaa tai kunnallista luottamushenkilöä antoi vastauksina Suomen Kuntaliiton Kuntabarometriin vuonna 2005 (Bruun 2005). Noin 70 % heistä katsoi, että vuoteen 2025 mennessä päätöksenteko siirtyy enemmän seudulliselle tai maakunnalliselle tasolle. Noin 50 % uskoi tämän tapahtuvan jo vuoteen 2010 mennessä. Jopa 75 % uskoi, että virkamiesten valta lisääntyy päätöksenteossa kasvaneiden osaamisvaatimusten vuoksi. Kansalaisten uskottiin kiinnostuvan yhä enemmän vain heihin suoraan vaikuttavista asioista.

Teemasta kantansa esittäneiden 30 Delfoi-panelistin käsitykset poikkesivat siltä osin, missä määrin alueellinen järjestäminen merkitsee kunnallisen järjestämisvastuun uudelleen organisointia suurempiin kuntiin tai ulkopuolisille palveluntuottajille ja missä määrin pienimpien kuntien järjestämisvastuun siirtämistä alueelle kuten jo toteutetussa Kainuun mallissa. Kuntabarometri ei myöskään tarjoa selkeää kuvaa kunnanjohtajien ja luottamusmiesten käsityksistä suuremmista kunnista tai palveluja järjestävistä alueista. Jopa 75 % heistä yhtyi kuitenkin väitteeseen, että kunnallisia palveluja todennäköisesti ulkoistetaan huomattavasti vuoteen 2010 mennessä eli kunta ostaa palveluja ulkopuolisilta palveluntuottajilta.

Kevään 2005 haastatteluissa varsin yleinen kannanotto oli, että vakuutus pohjaiseen järjestelmään päädytään, jos julkisen terveydenhuollon tehokkaassa alueellistamisessa ei muuten onnistuta. Monet arvioivat, että vakuutus pohjaisen järjestelmän myötä terveydenhuollon BKT-osuus kasvaisi noin prosentin Yhdys-

valtojen ja muiden vakuutusjärjestelmiin toimintansa perustaneiden valtioiden kokemusten pohjalta. Voidaan ennakoida, että pyrkimykset yhdenmukaisiin ratkaisuihin Euroopassa vievät kehitystä kohti vakuutusratkaisua. Monen mielestä oli todennäköistä mutta ei suotavaa, että vakuutus pohjaiset järjestelyt ovat 2015 tärkeämpiä kuin nyt. Panelisteihin kuului kuitenkin ryhmä, joka piti vakuutusmallin muuttumista keskeiseksi sekä todennäköisenä että suotavana. Erityisenä näkökohtana tuotiin esiin vakuuttamisen vahvuudet globalisoitumiskehityksen ja palvelujen kansainvälisen kaupan vapautumisen olosuhteissa. Mallin etuna on myös terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen saaminen paremmin hallintaan. Helpotuksilla vakuutusmaksuissa katsottiin myös voitavan harjoittaa palveluja tasaavaa politiikkaa. Yleisesti katsottiin, että muusta kehityksestä riippumatta maksukykyisten ikääntyneiden henkilökohtaiset tai yritysten henkilökunnalleen ottamat vakuutukset tulevat lisääntymään

Maksukykyisten ja maksukyvyttömien palvelujärjestelmien eriytymistä entisestään pidettiin yleisesti todennäköisenä. Kuntien yhä tiukemman resurssitilanteen ohella tähän katsottiin johtavan yksityisten ja yritysten lisääntyneen terveystakuuttamiseen. Toisaalta esitettiin käsitys, että Suomi haluaa jatkossakin esiintyä mallimaana terveydenhuollon tasa-arvossa. Jotkut olivat myös sitä mieltä, että terveyden edistymisen kannalta kyseenalaisten hoitojen tai Wellness-palvelujen osalta pyrkimystä yhtäläiseen palvelujen käyttöön ei ylipäättäen voi pitää mielekkäänä tavoitteena. Yksi panelisti piti nykyistä terveydenhuoltoa suorastaan holhousyhteiskunnan tuotteena. Perinteisestä holhoamisesta pitäisi hänen mukaansa siirtyä omaehtoisuuteen ja vastuuttamiseen koskien sekä terveydenhuollon henkilöstöä että asiakkaita.

Yksityisten palvelujen vähitellen lisääntyvä käyttö tulkittiin yleisesti positiiviseksi kehitykseksi. Enemmistö ei kuitenkaan pitänyt todennäköisenä eikä suotavana nopeaa siirtymistä yksityisten palvelujen suuntaan. Muutama panelisti koki aktiivisen voiton tavoittelun sopivan huonosti terveydenhuoltoon ja uhkaavan tasavertaista palvelujen saatavuutta. Useimmat olivat kuitenkin sitä mieltä, että yksityiset palvelut julkisten palvelujen kilpailijoina järkevästään palvelujen tuotantoa ja kustannussäästöjen kautta itse asiassa edistävät tasa-arvotavoitteita. Näin erityisesti, jos alueet oppivat kehittämään järkevästi työnjakoa oman tuotannon ja muilta tahoilta tilausten kesken. Noin kolmannes panelisteista ennakoiti, että yksityinen yritystoiminta siirtyy avustavasta roolista keskeiseksi toimijaksi vuoteen 2015 mennessä. Tätäkin kantaa edustaneet olivat kuitenkin sitä mieltä, että palvelujen tilaaminen säilyy pääasiassa julkisella sektorilla tai vakuuttajilla. Sitra on myös kehittämässä julkisia yrityksiä terveystalvelujen tai niiden tukipalvelujen tuottajiksi. Yritysten omistajia tai osaomistajia olisivat kunnat.

Raha-automaattiyhdistyksen epävakaa aseman katsottiin uhkaavan järjestöjen kehittymistä merkittävämmäksi palvelujen tuottajaksi. Järjestöt eivät voi enää vuoden 2015 tähtäimellä luottaa sen apuun. Vaikka järjestöt eivät tavoittelisikaan voittoa, niiden on organisoitava yhä enemmän toimintaansa yritystoiminnan tapaan. Jotta hyvin rajallisilla resursseilla toimivat järjestöt voisivat ottaa vastatakseen suurempia palvelukokonaisuuksia Karjaan perusterveydenhuollon tapaan, niillä pitäisi olla riittävästi aikaa sopeuttaa resurssinsa haasteisiin. Jos päätöksiä palvelusopimuksista tai palvelun hankinnasta luopumisesta järjestöltä tehdään terveysalueella esimerkiksi vain kuusi kuukautta ennen toimeenpanoa, tämä aiheuttaa järjestölle kestäättömän tilanteen. Vain suuri toimija kuten sairaanhoitopiiri tai suuri yksityinen yritys voi selvitä tällaisesta tilanteesta. Järjestöillä näyttäisi olevan kaikkein lupaavimmat tulevaisuudennäkymät erilaisessa pienimuotoisessa toiminnassa liittyen ennaltaehkäisyyn, vanhustenhuoltoon sekä samasta väivasta kärsivien potilaiden tai heidän omaistensa yhteistoimintaan ja edunvalvontaan.

Jotkut pitivät vaativan erikoissairaanhoidon valtiollistamista mielekkäänä kustannusten hallitsemiseksi ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi. Toisaalta monet olivat sitä mieltä, että terveydenhuollossa ei tulisi enää ottaa käyttöön mitään ratkaisua, joka lisää rahoituksen monikanavaisuutta.

Haastattelukierroksella terveydenhuollon peruseriaatteista käydyt keskustelut nostivat voimakkaasti esille tarpeen uudistaa terveydenhuollon alueellista järjestämistä. Se nousi useimpien haastattelujen pää-

aiheeksi ennakoiden sitä, että alue- ja kuntarakenneuudistus nousi keskeiseksi kansallisen keskustelun kohteeksi elokuussa 2005.

Vain kolme panelistia 25 kommentoineesta ei uskonut terveydenhuollon menojen BKT-osuuden nousevan vuoteen 2015 mennessä lähtötasoksi oletetusta 7 %:sta. Vastausten keskiarvo oli 8,3 %. Kysymys oli sikäli harhaanjohtava, että taso oli ilmeisesti vuoden 2005 alussa jo lähempänä 8 %. Lähtötaso selittänee sen, että syksyllä 2005 tulevaisuusvaliokunnalle annetuissa asiantuntija-arvioissa mediaaniarvio oli noin 9 %. Mahdollisena pidettiin vielä huomattavasti korkeampiakin BKT-osuuksia vuonna 2015, jos osuuden kasvuun ei puututa vaikuttavin toimenpitein.

Delfoi-tutkimuksen I kierroksella tärkeäksi syyksi BKT-osuuden kasvuun ennakoitiin terveydenhuollon henkilöstömenojen kasvu. Vuonna 2005 henkilöstömenot muodostivat noin 65–70 % terveydenhuollon menoista. Kun asiantuntijoilta tiedusteltiin, kuinka reaalin terveydenhuollon menojen kasvu 2005–2015 jakautuu henkilöstömenojen ja muiden menojen kesken, noin 60 % asiantuntijoista ennakoivat, että osuuden kasvusta henkilöstömenot ottavat vähintään 80 %. Kommentoineita asiantuntijoita oli 23. Arvioita perusteltiin mm. lääkärinkunnan naisistumisella, jonka katsottiin vähentävän työpanosta lääkäriä kohti. Katsottiin, että terveydenhuoltoon tarvitaan innovatiivisia uusia toimintamalleja, joissa potilaat ottavat enemmän vastuuta hoidostaan ja hoito on vähemmän lääkärikeskeistä. Osin annettuun lisävastuuseen ja osin eurooppalaisessa vertailussa matalaan palkkatasoon liittyen ennakoitiin yleisesti, että varsinkin muun hoito-henkilökunnan kuin lääkäreiden palkat nousevat tuntuvasti.

Sitä, ettei BKT-osuus kasva olennaisesti nykyisestä, on perusteltu terveydenhuollon henkilökunnan kansainvälisessä vertailussa suurella osuudella koulutettavista sekä mahdollisuudella käyttää edullista maahanmuuttajien työvoimaa. Toinen perustelu on muiden kulujen yhtä nopea kasvu. Kasvua ennakoitiin liittyvän erityisesti lääkekuluihin.

Terveydenhuollon BKT-osuuteen liittyy valtioneuvoston vuoden 2004 tulevaisuusselonteossa esiin nostama teema. Kyseessä on oikeudenmukainen ja vakaata talouskehitystä turvaava tulonjako nuorempien ja vanhempien ikäpolvien välillä. Vaikka eläkkeelle siirtyvät suuret ikäluokat ovat osittain rahoittaneet tulevat eläkkeensä eläkemaksuillaan, olennaisilta osilta heidän tulevien eläkkeidensä taso ja heidän käyttämänsä hyvinvointipalvelut riippuvat työssäkäyvien sukupolvien maksamista veroista ja eläkemaksuista. Kun kuitenkin eläkkeellä olevat muodostavat yhä suuremman osan äänestäjäkunnasta, on uhkana, että he eläketulojaan ja palvelutasoaan kohottamalla saavat aikaan noidankehän, missä maksujen korotukset vähentävät työssäkäyvien motiivia työntekoon Suomessa ja tämä edelleen lisää tarvetta kohottaa maksuja.

Valtioneuvoston tulevaisuusselonteossa viitataan (Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille, s. 49) siihen, että Ruotsissa eläketaso joustaa sen mukaan, kuinka kansantulo kehittyy. Tällaisen ratkaisun arvioidaan vaikuttavan eläkemaksujen kehitystä ja säätelevän työssä olevien eläkkeiden maksajien ja eläkkeellä olevien suhdetta. Kun terveydenhuollon menoista kuutisenkymmentä prosenttia kohdistuu yli 65-vuotiaisiin, haastatteluissa nostettiin esiin kysymys siitä, tulisiko omavastuuosuuden terveydenhuollon menoissa riippua terveydenhuollon BKT-osuuden kehityksestä.

Delfoi-prosessin toisella kierroksella panelistit saivat arvioitavakseen seuraavan väitteen.

Väite 0.1. Lääkkeiden ja terveystalvelujen kustannusten omavastuuosuudet vaihtelevat terveydenhuollon BKT-osuuden kehityksen suhteessa vuonna 2015. Jos esimerkiksi terveydenhuollon osuus BKT:stä kasvaa 8 %:sta 8,5 %:iin johtaa tämä omavastuuosuuksien nousuun 8,5/8 suhteessa eli 6,3 %:lla. Nostot tai laskut voitaisiin tehdä 5 %:n kynnyksin.

Koska väite ei kuulunut kenenkään panelistin ensisijaisen kommentoinnin alueeseen, vain 13 panelistia kommentoi sitä. Heistä 11 oli väitteen hyväksymisen kannalla ja kaksi vastaan. Kommentoineet jakautuivat varsin tasaisesti kaikkiin taustaryhmiin. Erityisen kiintoisaa oli, että kolme lääkärikunnan edustajaa oli väitteen kannalla. Myös hoidettavien edustaja kannatti sitä tosin todeten, että omavastuuosuuksien tulisi määräytyä tulojen mukaan ja heikommille ryhmille, kuten köyhät, vammaiset, pitkäaikaissairaat, moni sairaat vanhukset yms. huomioitaisiin niin, että he saisivat erikoisetuja ja maksaisivat vähemmän kuin hyvin toimeentulevat.

Kommentoineen tutkijan mielestä ihmisiä voitaisiin tällä tavoin vastuullistaa enemmän terveyspalvelujen käytössä. Ehkä omavastuuosuuksien määräytyminen sen mukaan, paljonko terveydenhuoltomenot ovat BKT:stä, voisi olla yksi palautekeino, jolla voisi asettaa tavoitteita terveyspalvelujen käytölle. Toisen tutkijan mielestä tällaista pohdintaa tehtäessä voitaisiin lähtökohdaksi ottaa myös hoitojen hintatason kehitys.

Keskushallintoa edustanut väitettä vastustanut sen sijaan katsoi, että omavastuuosuuksien nostoa ei voi loputtomasti tehdä. Kuten myös syksyn 2004 asiantuntijakuulemisessa korostettiin, Suomessa omavastuuosuudet kuuluvat Euroopan suurimpiin jo nykyisellään. Paine muualta Euroopasta ei panelistin mielestä voi olla vaikuttamatta siihen, että omavastuuosuutta täytyy täällä pikkuhiljaa lähteä laskemaan. Ainakin sitä tulee pitää entisellään.

4. Terveydenhuollon alueellinen järjestäminen

4.1 Johdanto

Valtioneuvosto teki 11.4.2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, missä se määritteli terveydenhuollon alueellisen kehittämisen lähtökohtia. Monet Delfoi-tutkimuksen panelistit olivat mukana valtioneuvoston periaatepäätöksen valmistelussa. Näin seuraavat valtioneuvoston periaatepäätöksessään tekemät linjaukset olivat monella panelistilla tuoreessa muistissa:

Perusterveydenhuolto järjestetään seudullisina, toiminnallisina kokonaisuuksina. Suositeltava väestöpohja on 20 000–30 000 asukasta ja näin rakennetuissa yksiköissä toimisi 12–18 lääkäriä. Kokonaisuuksia muodostettaessa tulee kuitenkin ottaa huomioon alueelliset olosuhteet. Erityisesti toimipisteverkkoa muodostettaessa tulee huomioida se, etteivät etäisyydet muodostu palvelujen käytön esteeksi. Mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päiivystys järjestetään seudullisena, toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa. Erikoissairanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako toteutetaan erityisvastuualueittain. Sairaanhoidopiirien tulee solmia yhteistyösopimuksia, yhdistyä tai muodostaa terveydenhuoltopiirejä. Aluesairaalat muodostavat terveydenhuoltoalueita alueidensa perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa tai toimivat osana alueensa keskussairaala. Laboratorio- ja kuvantamistiminnoissa siirrytään yhden tai useamman sairaanhoidopiirin muodostamiin yksiköihin, kunnallisten liikelaitosten hyväksikäyttöön ja hyödynnetään uusinta tietotekniikkaa.

Hankkeissa esitettävien toiminnallisten ja rakenteellisten uudistusten tuli valtioneuvoston päätöksen mukaan olla toteutettu vuoden 2007 loppuun mennessä. Valmistella oleva kunta- ja palvelurakennemuutos voidaan tulkita vuoden 2002 periaatepäätöksen jatkotyöksi. Arvioinnissa ei ole voitu ottaa huomioon Kunta- ja palvelurakennetyöryhmän kesäkuussa 2006 ehdottamia toimenpiteitä. Raportti on kuitenkin luonnoksina ollut vaikuttamassa näihin toimenpide-ehdotuksiin.

Asiantuntijat esittivät arvioinnin II kierroksella näkemyksiään terveydenhuollon alueellisesta järjestämisestä vuoteen 2015. Heille kuitenkin korostettiin, että he eivät ole sidottuja valtioneuvoston vuonna 2002 tekemiin päätöksiin. Vuotta 2015 koskevia arvioita pyydettiin esittämään ns. tulevaisuudentekijän skenaarion hengessä. Tällä tarkoitetaan sitä toimintamallia, jonka toteutumisen eteen kannattaa asiantuntijan mukaan nyt tehdä työtä.

Terveydenhuollon alueellista järjestämistä arvioitiin tutkimuksen II kierroksella kahdella päämenettelyllä: tarkastelemalla haastattelukierroksella esille nostettuja terveydenhuollon alueellisen järjestämisen kokonaisratkaisuja ja erittelemällä niiden mielekkyyttä erityisesti kolmeen teemaan liittyvillä tulevaisuusväitteillä. Jo taulukossa 6 viitatu teemat olivat:

1. vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja peruserikoissairanhoidon taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs yhdistäminen
2. terveystieteiden koko ja henkilökuntatarpeet terveystieteiden eri toiminnoissa
3. vaativa erikoissairanhoido ja sen järjestämisen taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs väestöpohja.

Teemat vastaavat varsin hyvin niitä ongelmia, jotka nostettiin esiin myös ohjausryhmän haastatteluissa ja asiantuntijakuulemisissa vuonna 2004. Myös neljällä muulla taulukossa mainitulla teemalla on toki liit-

tymäkohtia alueelliseen järjestämiseen. Liittymäkohtiin palataan varsinkin terveydenhuollon tulevaisuuden skenaarioiden yhteydessä luvussa 6.

Delfoi-prosessin terveydenhuollon alueelliseen järjestämiseen liittyviä tuloksia tarkastellaan seuraavina kokonaisuuksina:

- Kuinka asiantuntijat arvioivat kolmeen yllä mainittuun teemaan liittyviä tulevaisuusväitteitä?
- Miten asiantuntijat arvioivat terveydenhuollon järjestämisen kokonaismalleja ja millaisia uusia järjestämisen malleja voidaan muotoilla tältä sekä tulevaisuusväitteisiin annettujen vastausten pohjalta?
- Millaisiin toimentasuositukseen voidaan päätyä arvioinnin ja muun tuoreen aineiston pohjalta?

Tulevaisuusväitteisiin annetut vastaukset ja varsinkin asiantuntijoiden esittämät kirjalliset arviot seuraavassa jaksossa esiteltäviin terveydenhuollon järjestämisen alueellisiin malleihin muodostivat perusaineiston, jonka pohjalta muodostettiin paremmin asiantuntijapaneelin käsityksiä vastaavia järjestämisvaihtoehtoja. Ne esiteltiin 10.8.2005 sekä ministeri Mannisen johtamalle Kunta- ja palvelurakennetyöryhmälle että kansliapäällikkö Lehdon johtamalle kunta- ja palvelurakennehankkeen sosiaali- ja terveystalvelujen valmisteluryhmälle. Syksyn 2005 ja kevään 2006 aikana järjestämismalleja kehitettiin jonkin verran eteenpäin tulevaisuusväitteisiin annettujen vastausten ja terveystakeskusten sopivaa mitoitusta koskevan uuden tutkimustiedon valossa.

4.2 Kuinka asiantuntijat arvioivat aluekehityksen tulevaisuusväitteitä

Aluekehitystä tarkasteltavissa väitteissä haettiin vastauksia mm. seuraaviin vuoden 2004 ohjausryhmän haastatteluissa ja asiantuntijakuulemisissa tunnistettuihin ongelmiin:

- Miten luoda vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvin toimiva suhde?
- Kuinka yhtenäistää yksittäisten lääkäreiden, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja Kelan erilaisia hoitokäytäntöjä ja priorisointiperiaatteita?
- Kuinka puuttua Kelan rahoittaman ja kuntien rahoittaman hoidon huonoon koordinaatioon?
- Kuinka välttyä siltä, että harvat kalliit hoidot voivat romuttaa pienen kunnan taloutta, ja toisaalta siltä, että liian alas mitoitettu maksukatto voi johtaa epätarkoituksenmukaisiin hoitopäätöksiin?
- Millaisia ovat sopivankokoiset terveydenhuollon toimintayksiköt?
- Onko mahdollista hoitoa uudelleen organisoimalla saavuttaa 20 % säästö terveydenhuollossa hoidon laadusta tinkimättä?
- Mitä ovat tietotekniikan tarjoamat mahdollisuudet järjestää hoito radikaalisti uudella tavalla?
- Mikä tulee olemaan sähköisten potilaskertomusten merkitys ja sisältö?
- Millaisia mahdollisuuksia jo lähitulevaisuudessa tarjoavat neuvonta- ja ajanvarauspuhelimet (Call Centers), sähköposti ja matkapuhelimien tekstiviestit?
- Kuinka edistää lääkärin ja hoidettavan välille muodostuvaa pysyvää hoitosuhdetta sekä hoitavan tahon vastuuta vastuuväestönsä yleisestä hyvinvoinnista ja tautien ennaltaehkäisystä?
- Mikä on sopiva työnjako yksityisen, julkisen ja 3. sektorin tarjoaman terveydenhuollon välillä? Mikä tulisi olla tilaaja-tuottajamallin rooli?
- Miten uusi biotekniikka tulee muuttamaan terveydenhuoltoa erityisesti hoitojen järjestämisen näkökulmasta?

Seuraavassa tarkastellaan yllä esitettyjä haasteita ja joitakin muitakin paneelin II kierroksella arvioimien tulevaisuusväitteiden valossa. Tarkastelussa on keskeistä, että siinä kiinnitetään huomiota paitsi kannanotoihin ja niiden perusteluihin vielä siihen, miltä taholta kannanotot ovat peräisin. Terveydenhuollon rat-

kaisut tehdään käytännössä eri tahojen vuoropuhelun ja sitoutumisen kautta. Viiteen asiantuntijaryhmään viitataan seuraavassa nimillä tutkijat, keskushallinnon asiantuntijat, alueasiantuntijat, professio ja hoidettavat. Voi lähteä siitä, että jos 1–2 mainituista tahoista on jyrkästi jotain uudistusta vastaan, se harvoin menestyksellä toteutuu. Jos se muodollisesti toteutuukin, sisällöllisesti se on muuta kuin mitä tavoiteltiin. Näin varsinkin, jos vastustavana tahona on lääkärikunta.

4.2.1 Vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs yhdentäminen

Varsin suuri yksimielisyys vallitsi yhdentämisen keskeisestä lähtökohdasta: kuntatalouden kriisistä. Seuraava väite hyväksyttiin yli kahden kolmasosan enemmistöllä:

Väite 1.1. Tärkein liikkeelle paneva voima etenemisessä kohti terveydenhuollon alueellista järjestämistä on kuntatalouden kriisi. Nykymenolla terveydenhuollon kustannukset nousevat vuosittain kunnissa 6–8 % samaan aikaan, kun kuntatalouden resurssit lisääntyvät vuodessa vain noin 4–5 %.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 18

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 7

Kaksi alueasiantuntijaa kommentoi väitettä seuraavasti:

- Työvoiman puute tulee olemaan taloutta suurempi tai ainakin nopeampi muutoksen aikaansaava tekijä. Oikeastaan pitäisi kasvattaa terveydenhuoltomenojen osuutta. Kansalaisten kulutuksen kasvu kohdistuu terveydenhuoltoon. Jos kunnalliselle sektorille ei anneta mahdollisuuksia vastata tähän, niin kysyntä kohdistuu yksityisen sektoriin.
- Kaksi tärkeää syytä kasvuun ovat teknologian ja erityisesti lääkkeiden kehitys sekä palkkakehitys. Työvoimakustannukset ovat laman jälkeisillä palkkaratkaisuilla nousseet jopa 50 %.

Tutkijan kommentti oli seuraava:

- Taustalla on vahvasti vaikuttamassa väestörakenteen muutos pienillä maalaispaikkakunnilla, joissa ei ole pian muuta väestöä jäljellä kuin kourallinen pienituloisia vanhuksia ja heidän hoitajansa. Tämä johtaa väistämättä kuntarakenteen uudelleenarviointiin. Toisaalta terveydenhuollon sisäisissä rakenteissa ja toimintakulttuurissa on paljon tehottomuutta luovaa toimintaa, johon on myös välttämätöntä puuttua. Tähän liittyy vahvasti potilaan roolin uudelleenarviointi hoitoprosessissa. Hoitoprosessi pitäisi nähdä potilaan näkökulmasta, ja toisaalta potilaat pitäisi ottaa mukaan hoitotiimiin ja kouluttaa heidät itsenäisiksi toimijoiksi sairauksissaan.

Keskushallinnon edustajat totesivat seuraavaa:

- On muistettava, että kunnat poikkeavat toisistaan varsin paljon. On kuntia, joilla menee erittäin huonosti, mutta on myös niitä, joilla menee hyvin. Tämä juuri asettaa kansalaiset täysin eri asemaan asuinkunnasta riippuen.
- Perusongelma on työvoiman saatavuuteen liittyvä palkkakilpailu. Palvelutasovaatimukset nousevat samalla, kun suuret ikäluokat menevät eläkkeelle.

Eniten väitettä epäileviä löytyi profession piiristä, joissa oli yhtä monta sitä kannattavaa kuin vastustavaa. Duodecim-seuran edustajan kommentti oli seuraava:

- Perusongelma ei ole kuntatalouden kriisi, vaan terveydenhuollon kustannusten nousu yhteiskunnan maksukyvyyn lisääntymistä nopeammin. Se, että kustannukset maksaa kunta, on aiheuttamassa

kuntatalouden kriisiä. Jos kustannukset maksaisi kokonaan valtio, puhuttaisiin valtiontalouden kriisistä. Nykyisen kuntarahoituksen ongelma on pienen väestöpohjan kustannusten ennakoimattomuus ja kansalaisten kuntien erilaisesta maksukyvyistä johtuva epätasa-arvo.

Delfoi-prosessissa lähdettiin siitä, että keskeinen lähtökohta vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon taloudellisesti ja hoidollisesti mielekkäälle yhdistämiselle on terveyskeskus ja sen työnjako muiden hoitoyksiköiden kanssa. *Terveyskeskuksen erityisen tärkeä rooli on toimia porttina terveyden- ja vanhustenhuoltoon.* Portin ohella se antaa myös yleensä ainakin ensimmäisen avun. Terveyskeskus on mielekästä myös nähdä keskeisenä päätöksentekijänä vanhustenhuollossa, koska vanhuksen tarvitsema muu kuin eläkejärjestelmien kautta tuleva tuki liittyy keskeisesti hänen terveydentilaansa. Portin roolissa toimii toki muitakin: työssäkäyvillä työterveydenhuolto ja yhä tärkeämmässä roolissa erilaiset sähköiset palvelut. Niistä ajankohtaisin on palveleva ajanvarauksista vastaava puhelin, Call Center. Aivan uudenlaiset näkymät saattavat aueta siinä vaiheessa, kun sähköinen kaikkialta tietoverkoista avattavissa oleva sähköinen potilaskertomus otetaan käyttöön ja yhdennetään muihin tietopankkeihin.

Millaisen tulisi olla sen prosessin terveyskeskuksessa, joka parhaalla tavalla hyödyntää palvelevaa puhelinta, joustavaa pääsyä lääkärille ja omalääkärin aikaisempaa asiantuntemusta? TKK:n tuotantotalouden osastolla tehdyssä tutkimuksessa on arvioitu pääkaupunkiseudulla toimivan 42 000 hengestä vastaavan terveyskeskuksen toimintaa. Tutkimus osoitti, että tämän maan suurimpiin kuuluvan terveysaseman toimintaa voitiin olennaisesti tehostaa luopumalla yleisestä lääkärin väestövastuuperiaatteesta ja siirtymällä akuuttitapauksissa ajanvarauksesta ilman ajan varausta tapahtuvaan toimintaan. Myös VATT:n yleislääkärijohtoisia terveyskeskuksia vuonna 2003 koskevan tutkimuksen mukaan (Aaltonen 2005) lääkärin väestövastuuta noudattavat terveyskeskukset olivat merkitsevästi muita vähemmän tuottavia.

TKK:n tutkijoiden johtopäätös oli, että vuorokausitasolla tapahtuvaa palvelujen kysyntää tulisi käsitellä yhtä lääkäriä suurempana kokonaisuutena kuten solun tai väestövastuualueen tasolla, jotta tyhjiksi jääneiden vastaanottoaikojen ongelma voitaisiin paremmin ratkaista. Suurehkoissa yksiköissä on myös mahdollisuus jakaa ilman ajanvarausta tulevat potilaat jonoon kahdelle lääkärille. Toinen heistä hoitaa päivystyksessä pidempää konsultointia edellyttävät potilaat ja toinen vastaanoton hoitajan arvioin mukaan nopeasti hoidettavat potilaat. Tällä periaatteella toimittaessa jonotusaikoja onnistuttiin lyhentämään terveyskeskuksessa 38 %.

Näistä tuloksista lähtien asiantuntijat saivat arvioitavakseen seuraavan väitteen.

Väite 1.2. Diagnostiikkatoiminnan logistiikka toimii terveyskeskuksissa yleisesti 2015 seuraavasti. Malli soveltuu yli 20 000 hengen väestövastuun terveysaseman toiminnan organisointiin.

Potilas ottaa aina ensin yhteyden Call Centeriin. Erityisesti tähän tehtävään koulutettu sairaanhoitaja selvittää keskimäärin 5 minuutissa ja enintään 10 minuutissa, onko kyseessä vaiva,

- joka ei vaadi välitöntä hoitoa, mutta hyötyy lisätietoa tarjoavasta Internet-sivustosta
- jonka voi hoitaa sairaanhoitaja
- joka edellyttää käyntiä lääkärin vastaanotolla.

Lääkärin vastaanotto perustuu yleisesti ”noin” vastaanottoaikaan. Tapiolan suuresta terveyskeskuksesta saatujen kokemusten perusteella potilaat jaetaan neljään ryhmään: lyhyen ja pitkän lääkärinkontaktin vaativiin 20 minuutin ja 40 minuutin jonoihin.

Nykyisin vastaanottoaikoja tilaavat potilaat nimetään ”20 minuutin odotusaika” -jonoon. Potilaalle ilmoitetaan seuraava omalääkärin vastaanottoaika tai yleensä nopeammin saatavissa oleva muun lääkärin vastaanottoaika. Potilaan tullessa vastaanottoon hänen saapumisaikansa kirjataan. Sairaanhoitaja ohjaa hänet joko nopeasti käsiteltävien tapauksien tai pidempää käsittelyä vaativien jonoon ottaen kuitenkin huomioon

toiveen päästä omalääkärille. Jos potilas on odottanut 20 minuuttia ja vastaanotossa ei ole ennen häntä saapuneita ”20 minuutin jonoon” kuuluvia, potilaalla on oikeus päästä seuraavana vastaanotolle.

Päivystyspotilaat muodostavat ”40 minuutin odotusaika” -jonon. Call Centeristä heille ilmoitetaan, milloin omalääkäri seuraavan kerran päivystää, mutta käynnin ei edellytetä suuntautuvan omalääkärille. Sairaanhoitaja ohjaa potilaan joko nopeasti käsiteltävien tapauksien tai pidempää käsittelyä vaativien jonoon ottaen kuitenkin huomioon toiveen päästä omalääkärille. Palvelut mitoitetaan niin, että tähän jonoon kuuluvat voidaan hoitaa keskimäärin enintään 40 minuutissa.

Jos päivystävä lääkäri toteaa kyseessä olevan tapauksen, joka edellyttää tarkempaa diagnoosia, hän ohjaa potilaan diagnostiikan erikoislääkärille. Jotta lääkärikohtaisia eroja ohjauksessa voitaisiin tasoittaa, määritellään osuuksina lääkäriissäkäynneistä (suotava vaihteluväli), kuinka paljon potilaista tulee ohjata eteenpäin. Diagnostiikan erikoislääkäri on erityisen korkeatasoinen ammattilainen, joka on erityisen taitava käyttämään parhaiden hoitojen tietokantoja. Hän on myös hoitologiikan ammattilainen osaten tehdä erikoissairaanhoidon varten alustavan myös kustannukset huomioonottavan hoitosuunnitelman. Riippuen alueen väestöpohjasta diagnostiikan erikoislääkäri voi toimia yksin tai yhdessä toisten specialistien kanssa erityisessä diagnostiikkakeskuksessa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 15

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 7

Myöskin mielisiä ehdotukselle olivat tutkijat. Kaikki sitä kommentoineet viisi tutkijaa olivat sen kannalla. He esittivät seuraavia kommentteja:

- Ideatasolla tämä on mahdollista. Kuitenkin ongelmaksi tulee muodostumaan lääketieteen asiantuntijoiden koulutus, joka ei sisällä juurikaan hoitologiikan laajempaa ymmärrystä. Olen skeptinen suomalaisten lääketieteilijöiden halusta oppia tämänkaltaisia asioita kovan substanssin ohella. Toivottavasti olen väärässä. Joka tapauksessa erityisesti lääketieteen koulutus edellyttää uudistamista tältä osin – erikoislääkärikoulutukseen hoitologiikan erikoislääkäri!!! Hoitohenkilökunnan roolia tässä tulee hyödyntää uudella tavalla.
- Vanhusten palveluihin on tulossa aikarajat, missä vaiheessa on päästävä arviointiin yli 85-vuotiaana tai hoitotuen saajana. Nämä rajat voivat lisätä gerontologisten arviointiyksikköjen syntymistä 20 000–40 000 hengen alueille. Jo nyt näitä yksiköjä on olemassa Lieksassa ja Turussa.
- On pidettävä huoli siitä, että Call Centerissä on riittävän pätevät ihmiset tekemässä ensimmäisen arvioinnin. Jos tämä ei toteudu, malli ei toimi tai se johtaa siihen, että ihmiset eivät pääse asianmukaiseen hoitoon sitä tarvitessaan.

Myös keskushallinnon viisi kommentoinutta tukivat yhtä lukuun ottamatta mallia. Sen sijaan alueasiantuntijoista, profession edustajista ja yritysten edustajista puolet oli väitteen kannalla ja puolet sitä vastaan. Diagnostiikan erityislääkäriin ei uskottu. Mallia pidettiin liian kaavamaisena, jotta se soveltuisi kaikkialle:

- Voi olla yksi toimintamalli, mutta tuskin hyvin yleinen.
- Tuntuu teoriassa hyvin toimivalta ja järkevältä, mutta toimiiko käytännössä?
- Edellyttää isoa väestöpohjaa ja esim. suurimpien kaupunkien osalta alueen toimintatapojen tuntemusta.
- Eri puolilla maata on käytössä erilaisia ratkaisuja.
- Tanskassa perhelääkärijärjestelmä toimii hyvin. Pieni terveystakeskus voi olla joustava mm. ottaen jonon ohi. Voi olla kuten Porissa ”aktiivikäyttäjien klubi”, minkä rinnalla riittävästi resursoitu akuuttijono.

- Ulkoisella määräyksellä ei voida sanella, paljonko lääkäri lähettää konsultaatioihin. Lääketieteelliset kriteerit ovat ainoa joskin melko paljon lääkäristä riippuva vaihteleva kriteeristö, jolla erikoislääkärikonsultaatiot hoidetaan.

Perusteellisimman vasta-argumentin esitti Duodecim-seuran edustaja:

- Jos omalääkärin väestömäärä mitoitetaan kohtuulliseksi (keskimäärin noin 1 500 potilasta, joka mm. on omalääkärin potilaslistan yläraja Norjassa ja Kunnallislääkäreiden vaatimus Suomessa), ja potilaan ensikontakti tapahtuu pätevälle tilanteen arviointiin pystyvälle hoitajalle (niin kuin yllä on kuvattu), ei pitäisi olla mitään ongelmaa antaa potilaille täsmällisiä vastaanottoaikoja, jotka pitävät paikkansa 10 minuutin tarkkuudella. Niitä potilaita varten, joiden oma lääkäri ei ole tavoitettavissa, on paikalla päivystysvuorossa oleva lääkäri, jonka sen päivän ajat täytetään vasta samana päivänä. Tämän lääkärin vastaanotolle voi joutua joskus odottamaan, kuitenkin vain poikkeustapauksissa 20–40 minuuttia. Tällä päivystävälle lääkärille ohjautuu kuitenkin vain pieni osa kaikista potilaskäynneistä. Kenellekään lääkärille ei vuonna 2015 ole pitkiä jonoja, vaan aikoja annetaan ns. advanced access -periaatteella (ks. Murray M, Berwick D. Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003; 289:1035–1040) ”Diagnostiikan erikoislääkäreitä” ei vuonna 2015 ole. Terveysasemilla on kyllä eri asioihin perehtyneitä lääkäreitä ja seniorilääkäreitä, ja lääkäreiden keskinäinen konsultointi terveysaseman sisällä ja myös sairaalan erikoislääkäreiden konsultointi on nykyistä yleisempää ja (sähköisten työvälineiden avulla) myös paljon helpompaa kuin nykyisin. Jotkut konsultoitavista lääkäreistä (silloin kun potilaan ongelma on harvinainen) voivat olla maantieteellisesti hyvinkin kaukana. Erillisiä diagnostiikkakeskuksia ei ole, vaan samat keskuksat huolehtivat sekä diagnostiikasta että hoidosta. Kaikkien potilaiden hoidossa hyödynnetään riittävästi ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietämystä. Lääkäreille ei määrätä ”kiintiöitä” siitä, kuinka suuresta osasta potilaita heidän pitää konsultoida. Sen sijaan hoitoprotokollat ja osin automaattinen päätöksenteki ohjaavat konsultoimaan oikeista potilaista, ja jokaisen lääkärin työn olennainen osa on omien potilaiden seuranta myös sen jälkeen kun lähete on tehty – näin hän saa yksilöllistä palautetta ja ohjausta siitä, milloin on tarpeen konsultoida. Lääkäreiden konsultaatio/lahetefrekvenssit vaihtelevat myös vuonna 2015 (eivät kuitenkaan 18-, vaan ehkä 2–4-kertaisesti), riippuen heidän osaamistasostaan ja myös epävarmuudensietokyvystään.

Duodecim-seuran asiantuntijan kommentissa väitteeseen 1.2. viitattiin hoitoprotokolliin ja päätöksenteon tukeen, joka tulevaisuudessa liittyy sähköisiin potilaskertomuksiin. Terveydenhuollon uudistuksessa ja erityisesti sen alueellisessa järjestämisessä sähköisillä potilaskertomuksilla tulee olemaan keskeinen rooli, jota hahmoteltiin seuraavalla väitteellä. Väite sai vahvaa tukea yritysten edustajilta, alueasiantuntijoilta ja tutkijoilta. Myös enemmistö profession edustajista oli sen kannalla ja ainoa hoidettavien edustaja tuki sitä. Sen sijaan kuuden keskushallinnon edustajan mielipiteet hajosivat tasan puolesta ja vastaan.

Väite 1.3. Vuonna 2015 sähköisen potilaskertomuksen laatimiselle on määritelty yksikäsitteinen standardi, joka tekee hoidosta vastaavien lääkäreiden yhteydenpidon helpoksi. Henkilöllä itsellään tai hänen luottohenkilöllään on salasana, jolla potilaskertomus aukeaa missä tahansa Suomen terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Kun henkilö täyttää 18 vuotta, hänelle esitellään kaikki terveydenhuollon rekisterit, joissa on hänestä tietoa mukaan lukien ravinnon käyttöä ja geenitietoa mahdollisesti sisältävät rekisterit. Tällöin hän saa myös päättää, missä laajuudessa häntä koskevia rekisteritietoja saa käyttää. Ellei yli viisitoistavuotias toisin määrää, tämä päätösvalta on 18 vuoteen saakka hänen vanhemmillaan. Potilaskertomukseen liittyy vain lääkärin luettavissa oleva osa. Se ei saa kuitenkaan sisältää vuotta vanhempia merkintöjä.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 18

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 7

Samaa mieltä olleiden kommentteja olivat seuraavat:

- Erittäin tärkeää, on valittu malli mikä tahansa.
- Toivon onnistuvan joskin vaativa haaste.
- Sähköinen potilaskertomus toimiessaan hyvin vähentää päällekkäisiä tutkimuksia ja auttaa lääkäreitä hahmottamaan potilaan kokonaistilanteen. Potilastietojen saatavilla olossa vastaanottotilanteessa on tällä hetkellä puutteita. Tämä tuli esille mm. keväällä 2005 lääkäreille tehdyssä tutkimuksessa. Ajantasaisten tietojen saatavuus on myös potilasturvallisuuskysymys. Potilaskertomus pitäisi olla saatavilla myös muulla hoitohenkilökunnalla (harkiten, tietosuojakysymykset huomiioon ottaen). Myös apteekit voisivat liittää siihen seurantatietoja lääkehoitojen osalta.
- Tiedon aukeamiseen ei todennäköisesti riitä pelkkä salasana, vaan käyttäjä pitäneet tunnistaa ja varmentaa erillisellä käyttäjätunnistumenettelyllä.
- Henkilöllä on sähköinen tunniste (todennäköisimmin matkapuhelimen SIM-kortilla) ja siihen liittyvä PIN-koodi, joilla hän voi yllä kuvatun vision mukaisesti antaa haluamilleen henkilöille pääsyn potilaskertomustietoihinsa. Lisäksi hän on antanut valtuutuksen näihin tietoihin häntä säännöllisesti hoitaville henkilöille (jotka siis pääsevät tietoihin silloinkin, kun potilas itse ei ole paikalla – tämä on välttämätöntä, koska merkittävä osa potilastyöstä tapahtuu asynkronisesti potilaan käyntien kanssa). Ammattilaisen oikeus päästä potilaan tietoihin tarkistetaan tällöin valtakunnallisesta suostumusrekisteristä, jossa olevia suostumuksia potilas voi itse hallita. Lääkäri ei ole kuitenkaan velvollinen hoitamaan (muutoin kuin kiireellistä ensiapua vaativissa tapauksissa) potilasta, joka ei suostu antamaan potilaskertomustietojaan lääkärin käyttöön. Geenitietorekistereiden osalta toivottava käytäntö on yllä kuvattu.

Erikseen mainittakoon seuraava hoidettavien edustajan kommentti:

- Kaikki tieto pitää olla potilaan itsensä tiedossa, tarkastettavissa ja korjattavissa.

Kriitikot näkivät ongelmia ennen muuta tietosuojassa:

- Tähän liittyy erittäin isoja tietosuojaongelmia.
- En usko, että kansalaiset olisivat valmiita näin suuriin tietosuoja koskeviin muutoksiin.
- Eurooppalaisen historian havinassa Suomeen tulee myös voimakas kriittinen liike tämänkaltaisia rekistereitä ja Orwellin maailmaa vastaan. Väliin mahtuu jonkinlainen skandaali potilaiden tietojen vuotamisesta ja vahingoista. Jopa teknologiafriikki-Suomessa uudenlainen kriittisyys valtaa alaa. Potilaskertomuksen käyttö joudutaan miettimään vielä uudelleen, mutta se tulee käyttöön.
- Sähköinen potilaskertomus säilyy yksiköissä, ei potilaiden salasanan takana.

Selvä enemmistö asiantuntijoista uskoi väestövastuun olevan vallitseva käytäntö vielä vuonna 2015. Tätä mieltä olivat yksimielisesti profession edustajat, alueasiantuntijat, tutkijat ja potilaiden edustaja. Sen sijaan yritysten edustajien enemmistö ei tukenut väitettä ja keskushallinnon edustajien käsitykset jakautuivat. Erityisesti tutkijoiden kanta oli kiintoisa, koska he myös selvästi tukivat omalääkärijärjestelmää kyseenalaistavaa väitettä 1.2.

Väite 1.4. Yleislääkäreiden väestövastuu on vallitseva käytäntö 2015. Yleislääkäreiden väestövastuujärjestelmä on jo selvästi parantanut sairaanhoitopalvelujen saatavuutta perusterveydenhuollossa. Lääkärien käyttämä aika varsinaiseen vastaanotto toimintaan on merkittävästi lisääntynyt ja hoidon jatkuvuus on parantunut. Lääkärit ovat pitäneet parhaina puolina potilastuntemuksen paranemista, pitkäaikaisia potilas-

kontakteja ja mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä ja työaikaansa. Iltapäivystyskäyntien määrä on selvästi vähentynyt.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 18

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 5

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Potilaalla on oltava oikeus itse valita lääkäriinsä ja luoda pysyviä hoitosuhteita.
- Olisiko järkevää, että olisi ryhmävastuu? Esim. 3 lääkärin + 3 hoitajan tiimivastuu?
- Vuonna 1994 lääkäreille tehdyssä kyselyssä, jossa kartoitettiin apteekkien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä, tuli esille, että isot terveyskeskukset ja isot taajamat ovat ongelmallisia palvelujen tuottamisen ja toimivan yhteistyön rakentamisen suhteen. Tämän tutkimustulos, vaikkakin jo vanha, on osaltaan puoltamassa sitä, että terveyskeskusten koko pidettäisiin tietyissä maksimirajoissa. Lääkäreiden vastaanottotoimintaa tulisi tutkia enemmän potilaslähtöisesti ja kehittää menetelmiä, joilla voitaisiin arvioida normaalin vastaanottokäynnin rakenne ja sisältö sekä identifioida analyysin perusteella vastaanottotoiminnan kehittämistarpeet. Samalla saataisiin perustietoa siitä, miten potilaan roolia tulisi kehittää omassa hoidossaan ja miten hoidon toteutukseen voitaisiin ottaa mukaan muita terveydenhuollon ammattilaisia (-> tehtävien delegointi lääkäriltä muille ammattilaisille ja potilaille itselleen).
- Väestövastuuta on sovellettava, muttei kaavamaisesti. Omalääkärin vastaanotolle ohjataan potilaat, joille siitä katsotaan olevan selvää hyötyä tai jotka sitä erityisesti haluavat.
- Tyhjiksi jääneiden vastaanottoaikojen ”ongelmaa” en 20 vuotta terveyskeskuslääkärinä toimineena ymmärrä olleenkaan. Jokaisella lääkärillä on niin paljon odottavaa (mutta ei välttämättä juuri nyt tehtävää) työtä (laboratoriovastausten katsomista, todistusten laatimista, toisten lääkäreiden konsultointia puhelimitse), että saapumatta jääneen potilaan takia tyhjäksi jäänyt aika ei suinkaan ole tehotonta työaikaa. Kaikkien omat potilaansa tehokkaasti ja ajallaan hoitavan omalääkärin vapailta näyttävien aikojen täyttäminen keillä tahansa laajalta alueelta satunnaisesti ohjatuilla päivystyspotilailla vie oman työn hallinnan ja uuvuttaa tekijänsä. Oma kokemukseni on lisäksi se, että terveyskeskuksessa, jossa on vakiintunut omalääkärijärjestelmä, käyttämättä jääviä vastaanottoaikoja on erittäin vähän (omalle kohdalle sellainen sattuu ehkä kerran kolmessa viikossa) – potilaat peruuttavat puhelimitse ajan silloin, kun se on omalle lääkärille. Jos sen sijaan aikoja annettaisiin satunnaisesti kenelle tahansa tuntemattomalle lääkärille, peruuttamattomia pois jääntejä olisi todennäköisesti enemmän.
- Perusterveydenhuollon omalääkärin tulee ottaa vastuu ja konsultoida. Erikoissairaanhoidon pitää palvella tätä perusterveydenhuollon lääkäriä ja potilasta sitä kautta.
- Väestövastuu määritelmä kaipaa edelleen selkiyttämistä. Nykyisen laajuinen väestövastuu ei ole mahdollinen, yleislääkäritkin joutuvat ”erikoistumaan” sairausryhmiin ainakin haja-asutusalueilla.
- Todennäköisesti väestövastuulääkäriä ei määrätä organisaatioiden toimesta. Kansalaiset voivat hakeutua niiden lääkäreiden vastaanotolle, mihin he itse haluavat. Epäsuositut sairaalat ja terveyskeskukset joudutaan sulkemaan.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- 2015 vallitsee todennäköisesti lääkäripula, joten tämä ei toimi käytännössä.
- Väestövastuu on kovin ongelmallinen keskuksissa, joissa on henkilökuntapulaa tai voimakasta vaihtuvuutta.

- Väestövastuu voi houkutella hoitovastaanottojen lisäämiseen, kun painon tulisi olla ennaltaehkäisyssä.
- Pidän todennäköisenä, että ei. Syynä on, että palkkausjärjestelmää ei onnistuta rakentamaan tälle pohjalle.

Yksi tärkeä alueellisen terveydenhuollon toimija on apteekki. Sillä voisi ajatella olevan roolia varsinkin kroonikoiden hoidossa. Niukka enemmistö asiantuntijoista uskoi apteekkien lisääntyvään rooliin. Myönteisimpiä olivat yritysten edustajat, hoidettavien edustaja ja alueasiantuntijat. Enemmistö profession edustajista ei uskonut lisääntyvään rooliin. Kaikkein kriittisimpiä olivat tutkijat.

Väite 1.5. Kroonisten sairauksien pitkäaikaishoito ja useita käyntejä vaativat hoidot järjestetään vuonna 2015 mahdollisimman lähelle potilasta. Joustavasti toimivien paikallisten terveysasemien ohella haetaan ennakkoluulottomasti yhteistyötä myös apteekkien kanssa erityisesti ns. metabolisen oireyhtymän hoidossa. Farmaseuttien taitoja opitaan käyttämään nykyistä paljon paremmin hyväksi Terveysalueet tekevät 2015 apteekkien kanssa yleisesti sopimuksia kroonisesta diabeteksestä, sydäntaudista tai astmasta kärsivien hoidosta siten, että apteekin on edullista tarjota kustannusvaikuttavuudeltaan parasta lääkitystä sekä pyrkiä vaikuttamaan aktiivisesti hoidettavien elämäntapoihin.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 14

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Toimii etenkin jos apteekkimonopoli puretaan.
- Nykyresurssien tehokkaampi ja ennakkoluuloton käyttö puoltaisi farmaseuttisen koulutuksen saaneiden henkilöiden osallistumista hoitoketjuihin, joiden oleellinen osa on useimmissa tapauksissa lääkehoito.
- Etuna tässä mallissa on, että hoitava henkilökunta vaihtuu harvemmin.

Pisimmän myönteisen kommentin esitti ainoa väitettä tukenut tutkija:

- Minusta tämä on realistinen tavoite ja istuu siihen periaatteeseen, että hoitojen seuranta järjestetään mahdollisimman lähelle potilasta. Pitkäaikaissairaat joutuvat asioimaan vähintään kerran kolmessa kuukaudessa apteekissa hakiessaan seuraavaa lääke-erää. Lääkärissä ja muissa terveydenhuollon toimipisteissä käyntejä on yleensä huomattavasti harvemmin. Apteekkikäynteihin olisi siten mahdollista nivoa hoidon onnistumisen seuranta, joka sisältää tietyn, paikallisen terveyskeskuksen kanssa yhteistyössä sovitut toimenpiteet. Näistä apteekki voisi kirjata seurantatiedot potilastiedostoon niin, että ne olisivat lääkärin/muun hoitohenkilöstön käytettävissä (vuonna 2015 tämä voisi olla mahdollista jo sähköisesti).

Apteekit voisivat myös aktiivisesti vaikuttaa hoidettavien elämäntapoihin. Tällaisista kokonaisvaltaisista toimintamalleista on saatu hyviä kokemuksia muutamista raportoiduista pilottihankkeista: mm. Ulla Närhin väitöskirja, jossa kokeiltiin astmapotilaiden tehostettua hoidon seurantaa neljässä apteekissa eri puolilla maata yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa (väitöskirja internetissä: www.uku.fi), Haukivuoren apteekin ”Hunaja”-projekti, jossa diabeteshoitaja ja apteekkari kehittivät diabetespotilaille tehostetun seurannan ja elämäntapaohjannan konseptin, josta saatiin erinomaisia tuloksia. Konseptiin liittyi diabetesiltoja (käytännönläheistä tietoa diabeteksestä, sen ehkäisystä, hoidosta mukaan lukien ravinto, liikunta ym. ei-lääkkeellinen hoito).

Apteekkeilla on jo nyt valmiuksia väitteessä 1.5. esitetyn kaltaisiin toimintamalleihin. Suomen Apteekkariliitto on ollut aktiivisesti mukana rakentamassa valtakunnallisiin terveysohjelmiin apteekkiohjelmia, joissa on määritelty apteekin tehtävät osana potilaan hoidon kokonaisuutta. Ensimmäi-

senä apteekkiohjelmasta sovittiin osana valtakunnallista astmaohjelmaa ja se käynnistyi vuonna 1998. Apteekkiohjelma on toteutettu siten, että apteekit ovat nimenneet farmaseuttisesta henkilökunnastaan yhden henkilön ns. astmayhdyshenkilöksi, joka on perehtynyt astman hoitoperiaatteisiin, kouluttanut apteekin muuta henkilökuntaa ja rakentanut yhteistyötä paikallisen terveyskeskuksen kanssa sopien toimintaperiaatteista. Apteekkariliitto on säännöllisesti seurannut astmaohjelman toteutumista. Seurannan perusteella lähes kaikissa apteekeissa on astmayhdyshenkilö. Apteekkien kautta on myös toteutettu koko valtakunnallisen astmaohjelman seurantatutkimus (ns. astmabarometri) kyselytutkimuksena joka kolmas vuosi (v. 1998, 2001 ja 2004). Tutkimuksessa on kartoitettu astmapotilaiden oireilua, terveyspalvelujen käyttöä, astmalääkkeiden käyttöä, hoidon onnistumisen tukemista ja hoitoon sitoutumista.

Vastaava apteekkiohjelma käynnistyi vuonna 2001 diabeteksen ehkäisy- ja hoito-ohjelmaan (DEHKO) ja vuonna 2005 sydäntauteihin liittyen. Suomessa apteekeilla on erinomaiset edellytykset olla aktiivisesti mukana pitkäaikaissairauksien hoito- ja ehkäisytiimissä. Apteekit ovat tehneet oma-aloitteista pitkäjänteistä ammatillista kehittämistyötä jo 1990-luvun loppupuolelta lähtien, johon on liittynyt henkilökunnan koulutusta, potilaiden tarpeiden kartoitusta, uusien palvelumallien luomista ja yhteistyön kehittämistä paikalliseen terveydenhuoltoon ja potilasjärjestöihin. Vuosina 2000–2003 kehittämistyötä vauhditettiin valtakunnallisella viranomaisten tukemalla projektilla (TIPPA). Väitteessä 1.5. esitetty sopimuksentekomalli apteekkien ja terveysalueiden välillä mahdollistaisi jo nyt monissa apteekeissa pitkälle kehitetyn toiminnan nivomista ”virallisestikin” osaksi paikallisia terveyspalveluja. Se myös motivoisi apteekkeja panostamaan ko. toimintamalleihin ”tosissaan”.

Apteekkien toimintamalleista ja ammatillisista toimintaedellytyksistä on olemassa runsaasti sosiaalifarmasiassa tuotettua tutkimustietoa, joka on ollut farmasian alan sisällä ohjaamassa toiminnan edelleen kehittämistä. Osana tutkimusta on myös kartoitettu apteekkareiden asennoitumista ammatillisiin palveluihin: suurin osa suomalaisista apteekkareista on vahvasti sitoutunut ammatilliselta pohjalta toimivaan apteekkijärjestelmään ja he ovat valmiit satsaamaan sen suuntaiseen kehittämistyöhön (Lehtonen, 2004).

Tulevaisuudessa lääketaksaa on myös mahdollista kehittää niin, että apteekin tuotto perustuisi enemmän tuotettuihin lääkehoidon onnistumista tukeviin palveluihin, kuten potilasneuvontaan, hoidon seurantaan ja kokonaisarviointiin kuin pelkästään lääkkeen hinnasta jäävään marginaaliin. Palveluperusteinen lääketaksa ja katejärjestelmä olisivat siten hyviä keinoja ohjata apteekkien toimintaa terveystaloudellisesti haluttuun suuntaan edellyttäen, että apteekkien marginaali pysyy sellaisena, että se mahdollistaa farmaseuttisen henkilökunnan käytön palvelutuotannossa. Myös lääkekorvausjärjestelmän uudistuksilla voitaisiin ohjata apteekkien toimintaa tähän suuntaan.

Suomen Apteekkariliitto seuraa vuosittain apteekkien lukumäärää, joilla on yhteistyötä paikallisen terveydenhuollon kanssa ja se on ollut vahvassa nousussa 2000-luvulla niin, että reilusti yli puolella apteekeista on jo nykyisin toimiva yhteistyö olemassa. Olen itse ollut paljon mukana näissä yhteishankkeissa ja tiedän, että niille on tarvetta ja ne toimivat edellyttäen, että apteekin henkilökunnan osaamisesta on pidetty huolta ja että apteekkari on sitoutunut johtamaan apteekkia ammatilliselta pohjalta. Olen myös ollut mukana monissa asiaan liittyvissä tutkimushankkeissa.

Eri mieltä olleiden kommentteja on kiinnostavaa tarkastella taustaryhmittäin. Tässä tapauksessa taustaryhmä selvästi vaikuttaa näkökulmaan.

Tutkijat:

- Ei farmaseuteista tule hoitohenkilökuntaa, trendiä ei ole Euroopassa.
- Tämä on mahdollista, jos maassamme halutaan hoitaa asioita lääkkeillä, lääkeyritysten ehdoilla – silloin farmaseutit kehiin. Itsehoidon tukeminen ja myös ei-lääkkeellisten toimintojen (ehkäisevän työn) roolia tulee korostaa. Miksi suunnata ehkäisevän työn resursseja tällä kertaa apteekkien vahvistamiseen? (Suomessa todella suojattuun monopoliin!) Tavoitteena on tällöin mielestäni vain nykyisenkaltaisen apteekkien toiminnan valtion ylimääräinen tuki! Huvittavaa – kun on olemassa valmiit järjestelmät muun ehkäisevän terveydenhuollon puolella. Tosin apteekkimonopoli on viimein purettu 2015 useiden julkitulneiden ongelmatilanteiden vuoksi.
- Asiakkaalle oikeus ostaa lääkkeet myös netistä postiennakolla.
- Epäilen, ettei tällaiseen vastuun siirtämiseen apteekkeille ole uskallusta.

Profession edustajat:

- Ei liikaa painoa apteekkeihin – ovat LÄÄKKEIDEN asiantuntijoita, mutta terveydenhoidon ammattilaiset (lääkärit ja hoitajat etunenässä) ovat HOITAMISEN asiantuntijoita, muutkin aspektit kuin lääkkeet huomioon eikä ole mitään järkeä kouluttaa farmaseutteja siihen suuntaan.
- Olen samaa mieltä sikäli, että apteekkien rooli tulee lisääntymään, mutta ei kuitenkaan siinä mittassa kuin yllä on kuvattu. Kroonisten sairauksien hoidossa keskeisiä ovat elämäntapainterventiot, joihin muilla terveydenhuollon työntekijöillä (ennen kaikkea kroonisten sairauksien hoitoon perehtyneillä sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla) on v. 2015 nykyistä parempi koulutus. Apteekkien henkilökunnan koulutus keskittyy vielä 2010-luvun alussakin lääkehuoltoon, joskin siinä on nykyistä enemmän kokonaisvaltaista hoito-oppia. Kustannusvaikuttavien lääkkeiden valinta tapahtuu useimmiten jo lääkkeen määrääjän tasolla. Sen sijaan apteekkien henkilökunnan rooli tulee korostumaan itsehoitolääkkeiden ja apteekkeissa lisääntyvästi myytävien terveystuotteiden (muidenkin kuin lääkkeiden) käytön opastuksessa.

Keskushallinnon edustajat:

- Uhkana on lisääntyvä medikalistuminen.
- Parhaiten apteekit soveltuvat tuotevalistukseen.
- Useat hoidot vaativat silti myös vuonna 2015 raskaita fyysisiä ja osaamisintensiivisiä investointeja, jotka osittain on jo tehty. Luulen, että investointien keskittäminen on välttämätöntä ja potilaan siirtäminen on edelleen aika tavanomaista v. 2015, vuodesta 2075 ei taas tiedä.

Alueasiantuntija:

- Lääkkeiden jakelun logistiikka on muutettava totaalisesti. Nykyinen apteekkijärjestelmä ei voi vastata lääkkeiden jakelusta kustannustehokkaasti ja kansalaisen kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Erilliset apteekit tulee lakkauttaa ja lääkejakelu siirtää osaksi terveyspalvelujärjestelmän muuta logistiikkaa.

Vanhustenhuollon kannalta yksi avainkysymys on tehdä mahdolliseksi asuminen tavalla, joka parhaiten vastaa vanhuksen kuntoa. Tämä koskee varsinkin sängyssä makuuttamista. Laaja kansainvälinen synteetitutkimus osoittaa, että on ensiarvoisen tärkeää minimoida vuodelepo sitä ehdottomasti vaativan vaiheen jälkeen. Vetämällä yhteen monia tehtyjä tutkimuksia synteetitutkimus päättyy siihen, että vuodelevosta ei ole hyötyä mihinkään vaivaan, vaan se päinvastoin tyypillisesti olennaisesti heikentää vuodelevossa olevan vanhuksen kuntoa (Allen C, Glasziou P, Del

Mar C. Centre for General Practice, Graduate School of Medicine, University of Queensland, Australia).

Lähtien viitatusta tutkimuksesta usea haasteltu asiantuntija ehdotti, että liikuntakykyisten vanhusten makuuttaminen tulisi tehdä rangaistavaksi ja näin painostaa terveydenhuolto ja vanhustenhoidon tiiviimpään yhteistoimintaan. Tähän liittyvä väite sai taakseen asiantuntijoiden niukan enemmistön. Enemmistö yritysten edustajista, tutkijoista ja keskushallinnon edustajista sekä hoidettavien edustaja tukivat väitettä. Alueasiantuntijat suhtautuivat väitteeseen hyvin kriittisesti. Profession edustajien kannat jakautuivat tasaisesti.

Väite 1.6. Vuonna 2015 on käytössä järjestelmä, joka esim. sakkomaksuin estää sen, että kunnoltaan normit ylittävää henkilöä hoidetaan huonokuntoisimmille määritellyissä hoitopisteissä. Erityisesti tämä koskee hoitoa terveyskeskuksen sairausosastolla. Näin kunnille tai terveysalueille luodaan voimakas kiihoke yhdentää vanhusten terveydenhoito ja heidän asumisratkaisunsa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 13

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Tärkeää olisi, että kunnat panostaisivat pitkäaikaissairaanhoidon esim. ostopalveluina.
- Jatkojohtopäätös on, että terveyskeskussairaala katoaa ja vanhukset hoidetaan joko kunnallissairaalassa (kuntouttava geriatrinen sairaala) tai hoivakodissa.
- Tämä lienee välttämätöntä. Vanhusten makuuttaminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla on paitsi taloudellisesti myös eettisesti kestävämpi. Se ei ole vanhukselle parasta mahdollista hoitoa.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Toiminnan ohjauksen kannalta voimakkaampi vaikutus tulee olemaan potilailla ja heidän omaisillaan, jotka vaativat esim. asumispalveluja.
- Laatujärjestelmät ovat yksi mahdollisuus seurata potilaan hoitoa eri pisteissä ja hakea aina kustannustehokkain vaihtoehto. Verkostorakenteeseen ei kuulu sakkomaksu, vaan asia hoituu automaattisesti sovitun työnjaon mukaan.
- Onko Suomessa olemassa riittävästi potilaslähtöistä tutkimustietoa, jonka perusteella voitaisiin luoda ohjeistus eri kuntoisten potilaiden hoitoon/asumisratkaisuihin? Lähtökohtaisesti periaate siitä, että potilas hoidetaan kotona niin pitkään kuin on mahdollista, on kannatettava. On myös kannatettavaa minimoida hoitotoimenpiteiden jälkeinen sairaalassaoloaika. USA:ssa on menty ehkä pisimmälle hoitojaksojen minimoinnissa: onko sieltä mitään meille opittavaa? Mielestäni meillä pitäisi lähteä ennakkoluulottomammin rakentamaan uudenlaisia tapoja luoda tukipalveluita esim. kotona tai vanhusten palvelutaloissa asuville vanhuksille/sairaille. Miksei esim. koululaiset (yläaste/lukioikäiset) voisi osallistua tähän pakollisen yhdyskuntapalveluksen kautta? Esim. USA:ssa on tämä käytäntö. Toisaalta erityisesti terveydenhuollon opiskelijoiden koulutusohjelmaan voisi kuulua tällaista palvelua. Kolmas vapaaehtoisryhmä, joka voisi osallistua aktiivisemmin tukiverkkoon, ovat työttömät/eläkeläiset. Nämä ryhmät voisivat olla tukena myös omaishoitajille. Suomalaisissa kokeiluissa ehkä liiaksikin haetaan ratkaisuja uudesta teknologiasta: sitäkin tarvitaan, mutta pullonkaulaksi muodostunee kuitenkin humaani työvoima, jota ilman on varsin vaikeaa rakentaa laadukkaita tukipalveluita.

Terveydenhuollon yritysmuotoiset palvelut on ollut yksi ratkaisumalli terveydenhuollon alueellisen järjestämisen ongelmiin. Tätä teemaa tarkasteltiin seuraavalla väitteellä. Tässä muodossa esitettyä väitettä panelisteilta vahvan tuen. Väitteen hyväksyivät yksimielisesti tai lähes yksimielisesti yritysten edustajat, tutkijat, alueasiantuntijat ja hoidettavien edustaja. Epäilevimmiksi osoittautuivat profession edustajat ja keskushallinnon edustajat, joissa oli vastustavia tai epäileviksi ilmoittautuneita lähes puolet.

Väite 1.15. Yritysmuoto, olipa kyseessä yksityinen yritys tai osittain tai kokonaan julkisen toimijan kuten kuntien omistama, tehostaa terveystalouden tuottamista. Tämä koskee erityisesti erilaisia terveydenhuollon oheispalveluita kuten ruokailun järjestämistä sairaaloissa, kuvantamista ja laboratoriopalveluja. Myös esimerkiksi lonkkaleikkausten ja kaihileikkausten keskittäminen valtakunnallisesti palveleviin yrityksiin parantaa olennaisesti tällaisten toimintojen tuottavuutta.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 20

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä tai epäilen kehitystä: 7

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Toimii vain aidossa kilpailutilanteessa, jolloin tilaaja ja tuottaja ovat toisistaan riippumattomia.
- Karjaa on jo monta vuotta kilpailuttanut esimerkiksi kaihileikkaukset.
- Tietty erityistoiminnot kannattaa keskittää, harvinaisempi palvelu/hoido, joka on helposti tuotettavissa.
- Terveydenhuollolle on ollut ominaista tarjontajohteisuus eli tuottaja tuottaa, mitä osaa ja haluaa. Pitäisi päästä enemmän kysyntäjohteisuuteen esim. palvelusetelien avulla.
- Tämä oletus on olennainen lähtökohta Kela-mallissa (ks. jakso 4.3).
- Terveystalouden mallin (ks. jakso 4.3.) ongelma on saman tahon toimiminen tilaajana ja tuottajana. Tätä voitaisiin vähentää siirtämällä tuotantoa kunnallisille osakeyhtiöille.
- Kunnallinen yritys toimii parhaiten silloin, kun on suoritepohjaisesta toiminnasta kysymys. Jos kyse on perusterveydenhuollosta, tarvitaan pitkiä siirtymäaikoja. Saa nähdä, kuinka Karjaalla käy Folkhälsanin sopimuksen loppuessa 2007.
- Seuraava malli olisi tavoittelemisen arvoinen. Perusterveydenhuolto ja hajautettu erikoissairaanhoito yhdistetään palvelualueittain kunnallisiksi osakeyhtiöiksi. Yhtiöllä on oma aluesairaala, josta muodostuu päivystävä pääterveyskeskus. Kunnallisen mallin mukaisesti voisi lisäksi olla 0–2 alueellista terveysasemaa sekä joustavasti toimivia pieniä lähipalvelupisteitä. Tuotantoyhtiöiden yhdistäminen suuremmiksi kokonaisuuksiksi on yksi kehitysvaihtoehto. Erikoissairaanhoito organisoitetaan yliopistollisten keskussairaaloiden varaan rakentuviin julkisesti omistettuihin osakeyhtiöihin sekä tiettyihin erikoispalveluihin keskittyviin yhtiöihin.

Eri mieltä olleiden ja epäilijöiden kommentteja:

- Yrityksen tavoitteena on lisätä tuotteidensa myyntiä (= luoda kysyntää), kasvaa ja tuottaa voittoa. Terveydenhuollon tavoitteena ei ole luoda kysyntää eikä tuottaa rahaa omistajalleen. Yritys ei voi terveydenhuoltoalalla noudattaa yritystoiminnan yleisiä periaatteita. Tästä syystä myöskään yritys ei ole paras tapa organisoida terveystalouden tuottamista. Oheispalvelut soveltuvat paremmin yritysten tuottamiseksi. Niissä maissa, joissa terveydenhuolto perustuu enemmän yritystoimintaan, terveydenhuollon bruttokansantuotteeseen suhteutettut kustannukset ovat korkeammat kuin Suomessa.
- Kaikissa malleissa ja näkymissä on yhteistä: juristeja tarvitaan lisää ja rutkasti, jos kilpailuttaminen lisääntyy ehdotetulla tavalla – sopimuksia tehdään ja markkinaoikeudessa istumiseen menee

entistä enemmän aikaa. Vastaavasti entistä selvemmin erottuvat hallinnoijat, jotka tekevät sopimuksia kilpailutuksen perusteella, tiedon arvioijat ja käytännön tekijät.

- Kunnallinen osakeyhtiö ei ole parempi eikä huonompi kuin nykyinen käytäntö. Eli merkittäviä parannuksia tuskin seuraisi.
- Esimerkeistä olen eri mieltä. Lonkka- ja kaihileikkauksia tarvitaan erityisesti väestön vanhenemisen vuoksi paljon, joten keskittämisestä valtakunnallisesti ei ole suuresti hyötyä. Harvinaisemmista (lasten sydänleikkaukset ja syöpähoidot, elinsiirrot ym. erikoiset ja kalliit hoidot) on hyviä kokemuksia keskittämisestä.
- Yritysmuoto ei sinällään ratkaise toiminnan tehokasta tuottamista. Kyse on viime kädessä johtamisesta.
- Näissä keskittämistoimenpiteissä tulee kustannusvertailussa ottaa huomioon oikealla tavalla päivystystoiminnan jatkuva ylläpito.
- Esim. kokemukset USA:sta osoittavat, että yhtiöittäminen ei välttämättä johda edullisiin ja tehokkaisiin palveluihin, päinvastoin (vrt. IOM raportti: Crossing the Quality Chasm, 2001). Pitäisi tarkkaan tutkia eri vaihtoehtojen kustannusvaikuttavuus (tai hakea esim. kirjallisuudesta kokemuksia muista maista). Sinällään erilaisten palvelujen, kuten leikkausten keskittäminen kannatettava vaihtoehto, koska mahdollistaa osaamisen ja hoitoprosessien kehittämisen ko. lääketieteen osa-alueella.
- Kokemukset liikelaitoksellisista malleista ovat kovin lyhyeltä ajalta. Oletettavasti robottikirurgia lisääntyy, nanoteknologia ja psykiatriassa virtuaalinen psykoterapeutti korvaa keskitason psykoterapeutin melko suuressa osassa tapauksia.

4.2.2 Terveyskeskusten koko ja henkilökuntatarpeet terveyskeskusten eri toiminnoissa

Tukemalla terveyskeskuksen työn yleistä organisointia käsiteltyä väitettä 1.2. selvä enemmistö asiantuntijoista tuki pyrkimystä järjestää terveyskeskukset vastaamaan noin 20 000–40 000 hengen väestöstä. Arviota ei kuitenkaan jaettu mitenkään yksimielisesti. Terveyskeskuksille sopivia tehtäviä ja tätä kautta sopivaa väestöpohjaa tarkasteltiin vielä lähemmin kahdeksan väitteen valossa. Niitä tarkastellaan tässä jaksossa.

Hoitojen monipuolistuessa teknologian kehittyessä yksittäisen lääkärin tai muun hoitohenkilökuntaan kuuluvan on yhä vaikeampi omata ajan tasalla olevaa tietoa. Delfoi-prosessin I kierroksella tällä perusteltiin sitä, että perusterveydenhuoltoon tarvitaan suurempia hoitoyksiköitä. Tätä näkemystä testattiin väitteellä 1.7. Vain varsin harvat tukivat väitettä. Eniten tukea löytyi profession ja yritysten edustajilta, joista puolet tuki väitettä. Myös keskushallinnosta löytyi kolmanneksen verran tukijoita. Sen sijaan sekä alueasiantuntijat että tutkijat tyrmäsivät yksimielisesti väitteen.

Väite 1.7. Tautien diagnostisointi kehittyy vuoteen 2015 uusien tekniikoiden (mm. biosirut, kansainväliset monipuoliset hoitojen vaikuttavuuksia arvioivat tietokannat) niin, että alle 12 lääkärin yksiköt eivät vertaistuen puutteen vuoksi pysty suoriutumaan siitä riittävällä pätevyydellä.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 6

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 17

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- On vaikeaa rekrytoida pieniin yksiköihin erityisosaamista.
- En tiedä, onko 12 juuri se relevantti luku, se voi myös olla 10, 15 tai 20, mutta periaatteessa kyllä.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Vuonna 2015 12 lääkärin yksiköt suoriutuvat diagnostiikasta nykyistä paremmin juuri edellä mainittujen tekniikoiden ansiosta. He kyllä konsultoivat erityisosaajia useammin kuin nykyisin, mutta tämä ei tarkoita sitä, että potilaat siirrettäisiin kokonaan (ts. joutuisivat matkustamaan) erityisosaajien hoitoon. Silloin kun tarvitaan suppeaa erityisosaamista, se löytyy nykyistä useammin kaukaa, toisesta sairaanhoitopiiristä tai jopa ulkomailta. Parempi peruste yhdistämiselle on esim. työn/sijaisuuksien/koulutuksen parempi rationalisointi ja päivystysten järjestäminen.
- Tietokantoja hyödyntämällä pienetkin yksiköt ovat toimintakykyisiä ja voivat hyödyntää laajoja tietokantoja.
- Tietotekniikka parantaa yksinäisten toimijoitten edellytyksiä. Laajempi työyhteisö on kuitenkin muista syistä – jaksaminen, sosiaalinen kanssakäyminen etc. – välttämätön.
- Ei tarkempaa diagnostiikkaa tehdä nykyisinkään yleislääkärien vastaanotolla, vaan keskussairaloissa ja erikoislääkärivetoisissa yksiköissä. Biosirut lisäävät tietoa ja monimutkaistavat tilannetta, jolloin tieto tulee valmiina lääkärille erikoissairanhoidosta. Tiedon ymmärtäminen ja luettavuus eivät riipu vastaanottohuoneiden lukumäärästä.
- Mielestäni kaikki diagnostiikka ei voi mennä näin monimutkaiseksi eivätkä kaikki sairaudet ole perinnöllisiä (esim. raaja murtuu, kurkku kipeänä, humalainen puukottaa toista ym.). Lääkäreillä on oltava välineitä hakea vertaistukea myös muuten kuin olemalla fyysisesti samassa yksikössä. Ehkä vuonna 2015 voi olla järkevää hakea vertaistukea joissakin tapauksissa maailman huippuhoitoyksiköistä (esim. Johns Hopkins). Tähän tarvittava tietoteknologia on jo nyt olemassa. Satsaisin itse mieluummin siihen, että lääkäreillä olisi hyvä ammattitaito, he tuntisivat näyttöön perustuvat hoitokäytännöt, heillä olisi välineet ja taito niiden hyödyntämiseen, ja toisaalta he tuntisivat verkoston, josta voivat hakea mahdollisimman asiantuntevan vertaistuen sitä tarvitessaan. On myös oltava selkeät hoitokriteerit, jotka ovat sovellettavissa suurimpaan osaan potilaita.
- Yleensä IT-teknologian soveltamisnopeutta terveydenhuoltoon on yliarvioitu. Esim. Satakunnan Makropilotin perusteella ei ole saavutettu alkuunkaan niitä tavoitteita, joihin pyrittiin.

Sosiaaliset kontaktit ja lääkäreiden haluttomuus työskennellä ilman tapaamisiin perustuvaa vertaistukea tunnistettiin diagnoosien tekoa tärkeämmäksi perusteeksi suuremmille hoitoyksiköille. Kuitenkaan tällainenkaan väite ei saanut enemmistön tukea. Profession edustajat olivat kuitenkin suhteessa 3:1 väitteen kannalla ja tutkijoidenkin enemmistö tuki väitettä. Sen sijaan kommentoineet alueasiantuntijat olivat edelleen vastaan suhteessa 1:4. Myös keskushallinnon edustajat olivat vastaan suhteessa 2:4.

Väite 1.8. Lääkäreitä on vuonna 2015 erittäin vaikea saada tehtäviin, joissa he voivat henkilökohtaisin tapaamisin neuvotella vähemmän kuin 12 lääkärin kanssa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 10

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 13

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Riittävä määrä lääkäreitä samassa työpisteessä takaa riittävän osaamiskirjon (”mix of skills”), joka mahdollistaa keskinäisen konsultoinnin, helpon koulutukseen pääsyn (parin lääkärin poissaolo ei kuormita muita kohtuuttomasti) sekä oman työpaikan meeting-toiminnan, opiskelijoiden ohjauksen ja tutkimustyön ohjauksen (mestari-kisälli -periaate lääkäreiden perus- ja jatkokoulutuksessa),

riittävän monipuolisten moniammatillisten tiimien läsnäolon. 12 tai useamman (mutta ei liian monen, 25 alkaa jo olla liikaa) joukko on sellainen, että sen keskuudesta löytyy riittävästi osaamista ja aloitteellisuutta toiminnan kehittämiseen, mutta samalla niin pieni, että kaikki voivat sopia toimintalinjoista saman pöydän ääressä. 12 tai hieman useamman lääkärin joukko on myös riittävän suuri, jotta jotkut yksittäiset henkilöt (sosiaalisesti tai ammatillisesti ääripäätä edustavat ”outliers”) eivät vääristä yksikön työtapaa tai työilmapiiriä.

- On otettava huomioon myös muu kuin lääkärin ammatillinen osaaminen (hoitajat), lääkärin ammattikaaren eri vaiheet, ammattikunnan naisistuminen.
- Työn vastuukysymykset ovat kovia ja oikeudenkäynneistä lääkäreiden virheitä kohtaan on raportoitu entistä enemmän. Lääkärit edellyttävät myös juristipalveluja omiin yksiköihinsä.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Suomessa on kuitenkin hyvin erilaisia alueita ja olemme tottuneet päätöksiin pienissä yksiköissä. Vuonna 2015 uusien lääkäreiden rekrytointi vaikeampaa.
- Lääkärit voivat työskennellä kokonaan toisenlaisissa olosuhteissa. Vastaanottoa varten ei tarvita erityisiä organisaatiokeskeisiä asemia ja rakennuksia, joissa useat lääkärit ja hoitajat kokoontuvat tapaamaan potilaita.
- Uskon, että lääkärit tulevaisuudessa käyttävät lisääntyvässä määrin sähköisiä verkostoja, sähköpostia, Internetiä, etävideota konsultaatioihin.
- Itse asiassa pienissä yksiköissä toimivat keikkalääkärit kokevat voivansa hyvin vaikuttaa työhönsä.
- Tärkeämpää kuin henkilökohtaiset neuvottelut on lääkäreiden muiden työvälineiden ajanmukaistaminen niin, että he voivat hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti työssään näyttöön perustuvia tietokantoja, hoitosuosituksia ja konsultoida mahdollisimman hyviä asiantuntijoita tapauskohtaisesti. Esim. USA:ssa on jo ollut kauan käytössä tällaisia lääkärin työasemia (Computerised Physician Order Entry, CPOE). Näkisin työskentelyvälineiden ja toimintamallien muun kehittämisen ensisijaisena suhteessa yksikön kokoon. Hyvin järjestetyssä toimintamallissa lääkäriellä on asiantuntevampi ja laajempi tuki kuin ”suljetussa” 12 lääkärin yhteisössä.

Kolmas perustelu suuremmille terveyskeskusten työyhteisölle oli ajatus, että yksikön tulisi omata riittävä ammattitaito erikoissairaanhoidon tilaamiseen. Tämä perustelu jakoi kommenttoineiden mielipiteet lähes tasan. Tämä perustelu oli varsinkin keskushallinnon edustajien mieleen. He kannattivat sitä suhteessa 4:2. Myös yritysten edustajista löytyi kannatusta samassa suhteessa. Sen sijaan profession edustajien mielipiteet jakautuivat tasan puolesta ja vastaan. Kriittisimpiä olivat edelleen alueasiantuntijat, jotka olivat vastaan suhteessa 1:3. Myös tutkijat olivat vastaan suhteessa 1:2.

Väite 1.9. Erikoissairaanhoidosta saadun palvelun laadun pätevä arviointi edellyttää tuekseen vähintään 12 eri lääketieteen alan hallitsevan lääkärin keskinäisen ja kunnallisten päätöksentekijöiden kanssa tapahtuvan konsultoinnin.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 11

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 12

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Riippuu siitä, mitä toimintaa ja palvelua arvioidaan. Jos verrataan keskenään, tarvitaan laajaa asiantuntemusta.

- Keskeisiltä (suurivolyymisilta) erikoisaloilta erityisosaamista hankkineet ja omien potilaidensa kanssa jatkuvassa vuorovaikutuksessa olevat yleislääkärit pystyvät todennäköisesti paremmin kuin kukaan muu arvioimaan erikoissairaanhoidon palvelujen kokonaisvaltaista laatua sekä lääketieteelliseltä kannalta että (erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneitä) potilaitaan haastatteleamalla myös potilaiden kokeman palvelun laadun kannalta näitä asioita oikealla tavalla painottaen. Laadunarvioinnissa heillä on apunaan nykyistä paljon parempi vertaisarviointijärjestelmä, jonka myötä erikoissairaanhoidon yksiköiden antaman hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta voidaan vertailla ja arvioida.
- Maallikot on tärkeä pitää poissa tilauskuvioista.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Laatu järjestelmät toimivat automaattisesti.
- Erikoissairaanhoidon laadusta on saatavissa kansallista vertailutietoa netistä.
- Tässä unohtuu muut toimijat (hoitohenkilökunta, kotiutusjärjestelmät, kotipalvelu, kotisairaanhoido, fysioterapeutit), jos laatu kohdistuu myös toimintaprosesseihin.
- Potilas on paras laadun arvioija: onko potilas saanut vaivaansa asianmukaisen avun ja oikean hoidon oikeaan aikaan oikeassa paikassa.

Varsin suuri yksimielisyys vallitsi siitä, että kuvantaminen on mielekästä tehdä lähipalveluna, mutta kuvien tulkinta keskitetysti. Tutkijoiden edustajat olivat tästä yksimielisiä. Myös hoidettavien edustaja oli samaa mieltä. Alueasiantuntijat ja profession edustajat tukivat väitettä suhteessa 3:1. Suhteellisesti eniten epäilijöitä löytyi keskushallinnon ja yritysten edustajista. Näissä ryhmissä tukijoiden suhde eri mieltä oleviin oli 2:1. Kommentteja tarkastelemalla voi päätellä, että eri mieltä olleet pitivät vielä väitettä keskitetypää kuvannustoimintaa mielekkäämpänä.

Väite 1.10. Digitaalinen kuvantaminen yhdistettynä nopeaan tiedonsiirtoon puoltaa järjestelmää, jossa itse kuvantaminen tehdään hajautetusti lähipalveluna, mutta kuvia voidaan analysoida keskitetysti. Vuonna 2015 on riittävää, että ensihoitoon tarvittavat kuvantamispalvelut ovat puolen tunnin automatkan päässä kotoa. Potilaan tilan jatkuvaan seurantaan käytetään aktiivisesti nettikameroita.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 18

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 5

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Sopiva maksimi matka-aika tavalliseen kuvantamiseen on mielestäni 2–3 tuntia, vaativaan kuvantamiseen 6 tuntia.
- Peruskuvantamisen tulee onnistua kaikilla pääterveysasemilla, jotka tällöin pystyvät riittävän tasokkaaseen diagnostiikkaan. Erityiskuvantamista varten potilaat joutuvat matkustamaan yhtä kauas ja joskus kauemmaksikin kuin nykyisin, koska tehokkaimmat kuvauslaitteet (mm. magneettikuvauslaitteet) antavat enemmän informaatiota vähemmän haittavaikutuksin (pienemmällä säteeräsituksella) kuin esimerkiksi tietotokonekerroskuvauslaitteet.
- Kannatan esitettyä mallia, mutta en usko nettikameroiden jatkuvaan seurantaan, mutta ajoitellen kyllä...
- Nettikameroiden käyttö yleistyy jo aikaisemmin.

Eri mieltä olleet keskushallinnon edustajat perustelivat kantojaan seuraavasti:

- En ole varma hajautuksen mahdollisuuksista. Joudutaan nimittäin ehkä käyttämään miljoonia maksavia magneettiskannereita yms.
- Jos kuvantamislaitteet kehittyvät nykyistä vauhtia, niiden hinta tulee niin kalliiksi, ettei laitteita voida hankkia terveyskeskuksiin. Jos tarkoitetaan tavallisia yhden suunnan röntgenkuvia, voi näin käydäkin, mutta luulen, että kuvantamisissa kaiken kaikkiaan mennään tulevaisuudessa selekoidumpiin ja vähemmän riskejä omaaviin kuvantamisiin, jotka taas ovat kalliimpia.

Eri mieltä ollut yritysten edustaja esitteli seuraavan perustelun:

- Ensinnäkin pitää määritellä, mitä digitaalisella kuvantamisella tarkoitetaan. Tässä yhteydessä rajaisin sen tarkoittamaan perusterveydenhuollossa otettavia natiiviröntgenkuvia. Puolen tunnin ajomatka tarkoittaa käytännössä sitä, että huomattavassa osassa Pohjois- ja Itä-Suomen kuntia, osin myös Pohjanmaalla, tarvitaan yhden röntgenhoitajan röntgenosastoja, jotka ovat ainakin osapäiväisesti auki. Tulee siis määritellä myös minimi aukioloaika ennen kuin voidaan tehdä arvioita kunkin maantieteellisen alueen sentralisaation kannattavuudesta. Sädelainsäädäntö edellyttää, että kuvia ottaa vain koulutettu röntgenhoitaja, ei esimerkiksi vahtimestari tai ambulanssinkuljettaja. On huomattava, että jos kunnassa ei ole säännöllistä röntgenkuvaustoimintaa, vaikeutuu työterveys- huolto ja vanhustenhuolto, mikä saattaa merkitä kunnan infrastruktuurin pettämistä. Digitaalinen diagnostiikka auttaa erityisesti nopeissa hoitopäätöksissä, mutta tähän on nykyisessä hoitokulttuurissa melko harvoin tarvetta. Kunnan kannalta oleellinen radiologinen kysymys on, missä ultraäänipalvelut tarjotaan. Ne katsotaan jo nykyisin osaksi peruskuvantamista. Röntgenlääkärin on käytävä kunnassa viikon tai kahden välein, joten on luonnollista, että tämän röntgenlääkärin taustayhteisö huolehtii kaikesta kuvantamisen alan konsultoinnista, myös teleradiologiasta ja meeting-toiminnasta. Keskushallintojohtoinen kuntien röntgenlääkäripalvelu on vaatinut röntgenlääkärien palkkojen huimaa korottamista, kuten Pohjois-Karjalassa. Ainakaan lyhyellä aikavälillä ei tällä tavalla saavuteta kustannussäästöjä palvelun parantamisesta puhumattakaan. Nettikamerat eivät kuulu radiologiaan.

Alueasiantuntija kommentoi tilannetta kentällä lyhyesti seuraavasti:

- Puolituntia pääsyyn kuvantamiseen on liian lyhyt aika. Tunti riittää.

Asiantuntijat puolsivat melko yksimielisesti laboratorionäytteiden analysoinnin keskittämistä yliopistosairaaloihin. Tutkijat tukivat väitettä 1.11. yksimielisesti kuten myös hoidettavien edustaja. Keskushallinnon edustajat tukivat väitettä suhteessa 4:1 ja profession edustajat 3:1. Epäilevimpiä olivat yritysten edustajat ja alueasiantuntijat. Heistä niukka enemmistö vastusti väitettä. Yritysten edustajat eivät pitäneet hyvänä analysoinnin keskittämistä yliopistosairaaloihin. Voimakasta keskittämistä kannattaneen asiantuntijan mielestä yliopistosairaalat eivät ole näytteiden analysoinnissa tehokkuudeltaan parhaita. Vastaan olleet alueasiantuntijat olivat sitä mieltä, että analyysimenetelmien kehittyminen voi tehdä näytteiden kauas lähettämisen tarpeettomaksi tai vaatia niiden lähettämistä vieläkin kauemmaksi.

Väite 1.11. Laboratorioautomaatiikan kehittyminen puoltaa näytteiden analysoinnin keskittämistä viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Näytteenoton tulee säilyä hajautettuna, kuten myös perusanalytiikan. On riittävää, että ensihoitoon tarvittavat laboratoripalvelut ovat puolen tunnin automatkan päässä kotoa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 16

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 8

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Työnjako jopa ylikansallisten laboratorioiden kanssa.
- Olen samaa mieltä kahdesta jälkimmäisestä lauseesta, ensimmäisestä vain osittain. Keskitettäväksi soveltuva analytiikka tehdään nykyistä suuremmissa yksiköissä, todennäköisesti kuitenkin useammassa kuin viidessä – jokainen keskussairaala tarvitsee joka tapauksessa monipuolisen laboratorion, eivätkä keskittämisen mahdolliset edut ole niin suuria, että keskussairaalaista kannattaisi lähettää laboratorionäytteitä kovin kauas (nykyistä suurempi osa kuitenkin saatetaan lähettää, jopa ulkomaille). Kun sairaalahoidon pituutta pyritään lyhentämään (hoitopäivät ovat kalliita!), on tärkeää, että laboratoriovastaukset saadaan nopeasti. Hyvälläkin kuljetuslogistiikalla esim. 100 km:n matka laboratorioon viivästyttää vastauksen saantia usein liikaa. Laboratoriotekniikka tulee kehittymään siten, että valtaosa tarvittavista analyyseistä pystytään tekemään hyvin pienistä näytemääristä (mikä merkitsee myös pieniä reagenssimääriä ja analyysien yksikkökustannusten halpenemista) ja nykyistä halvemmilla laitteilla, jolloin itse analytiikan osuus laboratoriotuotannon kokonaiskustannuksista pienenee nykyiseen verrattuna. Tämä vähentää keskittämisen tuomia etuja, jotka siis todennäköisesti ovat suurempia tällä hetkellä kuin vuonna 2015.
- Todennäköisesti yo-sairaalat yhdistävät analytiikkansa. Kuvaa voi muuttaa paikan päällä esim. lääkäriambulanssissa tapahtuvan analytiikan kehittyminen.
- Liikkuva yksikkö on vielä ehkä parempi.
- On huomioitava kilpailu- ja hankintalainsäädäntö.
- Kannatan esitettyä mallia. Samalla kun kehitetään terveydenhuollon laboratoriopalveluja, tulisi myös pohtia, missä määrin esim. pitkäaikaissairaille tai riskiryhmissä oleville itselleen siirretään vastuuta testien tekemisestä ja kliinisen tilan seuraamisesta. Tässä olisi huomattavasti tehostamisen varaa ja tehostaminen olisi linjassa omahoidon periaatteiden kanssa. Esim. verenpainepotilaille tulisi opettaa verenpaineen omaseuranta (säännöllinen mittaus kotona + kirjanpito, joka voisi vuonna 2015 mennä suoraan netin tai matkapuhelimen kautta potilaan sähköiseen sairauskertomukseen). Myös astmapotilaiden keuhkojen toiminnan mittaus (PEF) voisi tapahtua omatoimisesti, samoin kuin metabolisesta oireyhtymästä kärsivien mittaukset. Myös monissa muissa sairauksissa potilaiden omatoimisuutta seurannassa voitaisiin kehittää. Toisaalta apteekkeja voitaisiin hyödyntää tässä nykyistä tehokkaammin samoin kuin terveydenhuollon muita henkilöstöryhmiä.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Laboratorio ja kuvantamistoiminta eriytyy kokonaan palvelujärjestelmästä. Voi olla, että ne ovat yliopistosairaaloiden kokoisia ainakin aluksi. Viiden miljoonan ihmisen analytiikka on järkevintä keskittää vain yhteen yksikköön.
- Laboratorioautomaatiikan kehitys kyllä puoltaa näytteiden analysoinnin voimakasta keskittämistä. Näytteiden keskittäminen tulisi tehdä niihin laboratorioihin, joiden tehokkuus on suurin mahdollinen. Yliopistosairaaloiden laboratoriot eivät edusta tehokkainta tuottamismallia, sillä todelliset tuottamiskustannukset ovat huomattavasti pienemmät tehokkaammin henkilöstöä käyttävällä yksityissektorilla. Lisäksi yliopistosairaaloiden laboratorioilla on huomattavia puutteita mm. pre- ja postanalyyttisessä palvelutasossa. Hankalan ongelman muodostaa myös vain sisäisestä tarpeesta lähtevä tuotantomalli sekä päivystyksen luoma epätarkoituksenmukainen tutkimusvalikoima ja toimintamalli. Keskittämisen mittakaavaetu pienenee lisäksi voimakkaasti tietyn tutkimusmäärien saturaatiopisteen jälkeen. Tähän tarvittava näytemäärä kertyy myös yliopistosairaaloita pienempiin yksityisen terveydenhuollon yksiköihin, jotka kykenevät paremmin myös muokkaamaan toimintaansa lyhyelläkin aikavälillä. Näytteenoton tulee säilyä hajautettuna järkevän kokosiin toi-

mintayksiköihin. Perusanalytiikka on terminä täysin avoin ja jää tässä määrittelemättä. Ensihoidon osalta väite pitää paikkansa.

- Pikatestit ja analysointimenetelmät kehittyvät hurjaa vauhtia.
- Ensihoito tarvitsee erittäin vähän laboratoriotutkimuksia. Lähinnä EKG ja muutamat pikatesti, jotka voidaan tehdä tapahtumapaikalla.
- Automaation kehittyminen on ilmeistä. Tätä trendiä on kiihdyttänyt bioanalytiikan asiantuntijoiden (siis hoitohenkilökunnan)/ammattilaisten kova pula.
- Potilaista jo nyt 70–80 % on päivystyspotilaita. Miten turvataan päivystyspotilaiden laboratorioanalyysit?

Profession edustajat ja alueasiantuntijat olivat yksimielisesti sitä mieltä, että anestesia-lääkäreitä ei yleisesti tarvita terveyskeskuksiin ensiaputoiminnan vuoksi. He olivat väitettä 1.12. vastaan. Sen sijaan kommentoineet keskushallinnon, tutkijoiden ja yritysten edustajat jakautuivat tasan väitteen hyväksyviin ja sitä vastustaviin.

Väite 1.12. Tehokkaan ensiavun antamiseksi tarvitaan anestesia-lääkäri hoitopisteeseen joka on enintään puolen tunnin automatkan päässä kotoa

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 6

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 17

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Anestesia-lääkäriä ei yleensä tarvita, koska koulutetut ensihoitajat pystyvät mm. turvaamaan potilaan hengitystien intuboinnilla, aloittamaan suonensisäisen nesteytyksen ja lääkityksen (mukaan lukien sydäninfarktin liuotushoito) sekä hoitamaan vakavat rytmihäiriöt defibrillaattorilla (”sähköiskulla”). Ensihoitolääkäriä (anestesia-lääkäriä) tarvitaan lähinnä vakavimpien vammojen hoidossa sekä monipotilastilanteissa – näissä tapauksissa hänet saadaan paikalle helikopterilla. Pääterveysasemalla (puolen tunnin matkan päässä) ei siis tarvita anestesia-lääkäreitä. Keskussairaala-paikkakunnilla anestesia-lääkäri luonnollisesti on alle puolen tunnin matkan päässä ilman helikopteriakin.
- Anestesia-lääkäreistä on VALMIIKSI PULAA – ei tosiaankaan tarvita joka terveyskeskuksessa, edes pää-sellaisessa. Kannattaisko mainita, että maallikkokin voi elvyttää deffaamalla laitteen ohjeen mukaan?
- Hyvä koulutettu yleislääkäri voi antaa ensiavun. Meillä ei riitä nukkumatteja joka terveyskeskukseen.
- Potilaista vain pieni osa (noin 1 %) sellaisia, jotka tarvitsevat anestesia-lääkärin apua. Ensihoidon kehittäminen on paljon tärkeämpää.
- Henkilöstön koulutuksella voidaan ensihoitovalmius turvata ilman anestesia-lääkäriä.
- Tehokas ensihoitoon pystyvä sairaankuljetus on vaihtoehto.
- Ei ole realistista koko Suomessa.

Lähes täysin yksimielisiä oltiin siitä, että anestesia-lääkäriä ei tarvita terveyskeskukseen, jos käytettävissä on tehokas ensihoidon yksikkö. Vain yksi keskushallinnon ja yksi yritysten edustaja ei hyväksynyt väitettä 1.13.

Väite 1.13. Anestesia lääkäriä eikä välttämättä laboratorio- ja kuvantamispalveluja tarvita puolen tunnin ajomatkan päähän kodista, jos käytettävissä on tehokas liikkuva ensihoidon yksikkö, joka voi aloittaa vaativankin hoidon jo tapahtumapaikalla ja kykenee päivystysyksikköön viettävien kriittisten potilaiden hoitoon myös matkalla.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 18

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 2

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Tämän kehittämiseen olisi Suomessa satsattava paljon.
- Lienee ainoa mahdollisuus haja-asutusalueella, helikopteriyksikkö?
- Medi-Heli tyyppiset palvelut lisääntyvät ja parantuvat.
- Tällaisen järjestäminen on mielekästä vain suurissa väestökeskuksissa ja hyvin harvaan asutuilla alueilla. Muualla kuljetukset toimivat.

Eri mieltä olleen kommentti:

- Tämä toimii isossa taajamassa, mutta esim. Kainuussa Suomussalmen pohjoisreunasta eteläreunaan on tietä pitkin 150 km. Ämmänsaaren keskustaan on pohjoispäästä 100 km. Haja-asutusalueille ei kannata perustaa ensihoidon yksiköitä. Keikkoja on niin harvoin, että ammattitaitoa ei millään voi pitää yllä.

Delfoi-prosessin tulokset puoltavat nykyisiä olennaisesti suurempia terveyskeskuksia, jotka yhdentävät vanhustenhuoltoa, perusterveydenhuoltoa ja peruserikoissairaanhoitoa. Ne saattaisivat rakentua nykyisten aluesairaaloitten varaan ns. Forssan mallin mukaisesti. Haastattelukierroksella esitettiin kuitenkin erilaisia käsityksiä siitä, kuinka nykyiset aluesairaalat soveltuvat tällaiseen tarkoitukseen. Ajatusta testattiin väitteellä 1.14. Vahvimman tuen ideaan kriittisesti suhtautuva väite sai profession edustajilta. He kannattivat sitä suhteessa 3:1. Myös enemmistö yritysten edustajia kannatti sitä. Alueasiantuntijoista yhtä moni oli puolesta ja vastaan. Keskushallinnon ja tutkijoiden niukka enemmistö oli väitettä vastaan. Vaikka mielipiteen jakautuivat suunnilleen tasan väitteen puolesta ja sitä vastaan, kommenttien pohjalta ainakin pienten aluesairaaloitten yhdistäminen terveyskeskuksiin sai asiantuntijoiden varsin vahvan tuen.

Väite 1.14. Pienten keskussairaaloitten tai niitä kooltaan vastaavien aluesairaaloitten (esim. Salon seudun sairaala) yhdistäminen terveyskeskuksiin ei ole yleisesti ottaen hyvä ratkaisu vuonna 2015. Jo saatujen yhdistymiskokemusten perusteella syntyy volyymiltaan alueen väestöpohjaan nähden liian suuria yksiköitä, joiden on pitää myydä palveluistaan 10–30 % omistajakuntien ulkopuolelle. Osana alueellista terveyskeskusta toimivien sairaaloitten palvelujen myyntimahdollisuudet ovat heikkommat kuin jos ne kuuluvat sairaanhoitopiiriin tai miljoonapiiriin. Eli pienten keskussairaaloitten tai niitä kooltaan vastaavien aluesairaaloitten tulisi jatkaa osina sairaanhoitopiiriä.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 11

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Samaa mieltä olleiden kommentteja:

- Ainoastaan pienet aluesairaalat kannattaa yhdistää terveyskeskuksiin. Isommat aluesairaalat ja pienemmät keskussairaalat kannattaa yhdistää sairaanhoitopiireihin siten, että erikoisalojen määrää vähennetään ja vastaavasti keskitetään tiettyjen alojen erityisosaamista näihin sairaaloihin.
- Aluesairaaloita varmaan tarvitaan jatkossakin, mutta ne ovat osa yhtynyttä perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa.

- Osa pienistä sairaaloista voitaisiin lopettaa tai kehittää erityisosaamisyksiköiksi. Eräissä tapauksissa yksityistäminen voisi tulla kysymykseen.
- Kunnilla on tapana epäterveelläkin tavalla puolustaa aluesairaaloitensa suurta työvoimamäärää. Ovat hyviä veronmaksajia.
- Ongelma ratkeaa toisin päin. Terveyskeskussairaaloihin sijoitetaan vain akuutti hoito. Maassa noin 5 000 sairaansijaa yhtyy aluesairaaloihin ja hoivaelementtinä toimivat 15 000 sairaansijaa muuttuvat hoivakodeiksi.

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Voi olla, että kaikkea kapasiteettia ei jatkossa tarvita tai sitä on kohdennettava uudelleen, mutta pienet sairaalat on järkevää integroida terveyskeskuksiin.
- Ymmärtääkseni näissä pienten aluesairaaloitten yhdistämisessä on onnistuttu varsin hyvin.
- Jos syntyy liian suuria yksiköitä, niitä voidaan pienentää.
- Liikelaitostamiseen vaan ja myymään palveluja!

4.2.3 Vaativa erikoissairaanhoito ja sen järjestämisen taloudellisesti ja hoidollisesti mielekäs väestöpohja

Erikoissairaanhoito muodostaa 15–16 % kuntien menoista. Se on kaikista kuntien toimialoista teknologisin ja nopeasti kehittyvän tieteen sovelluksiin eniten sidoksissa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtajan Aki Lindenin tuoreen muistion (Linden, 2006) mukaan missään muualla koko maailmassa ei tällaisen toiminnan rahoitusvastuuta ole säilytetty kunnille, joista puolet esimerkiksi Varsinais-Suomessa on alle 3 500 asukkaan suuruisia. Yliopistollisen keskussairaalan ja muidenkin sairaaloitten hoitokäytännöt ja diagnostiset menetelmät kehittyvät Lindenin mukaan niin nopeasti, että niiden voidaan sanoa erikoissairaanhoidon kehitykseen riippuen uusiutuvan kokonaan 5–10 vuodessa. Esimerkiksi Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) 20 eniten käytetyn (kustannuksilla mitaten) lääkkeen ryhmässä oli vuosina 1998 ja 2003 vain kolme samaa lääkevalmistetta. Usein uusi teknologia säästää yhteiskunnan ja potilaan kokonaiskustannuksissa: hoito- ja toipumisaika lyhenee, toimintakyky on parempi ja jälkikomplikaatioiden määrä on vähäisempi. Silti juuri teknologiassa tapahtuvien muutosten arvioidaan olevan eniten erikoissairaanhoidon kehitykseen ja kustannuksiin vaikuttava asiakokonaisuus. Esimerkiksi päiväkirurgian lisääntymisen edellytyksenä ovat olleet uudet anestesia-aineet ja täyhystystekniikat. Samalla hoito on tullut "kevyemmäksi" ja halvemmaksi ja tämä on avannut väestön vaurastuessa kokonaan uudenlaiset markkinat myös yksityiselle terveydenhuollolle. Hoidon yleinen käyttö on kuitenkin lisääntynyt, mikä on näkynyt kasvavina menoina. Toisaalta teknologinen kehitys on mahdollistanut myös aikaisempaa vaikeammin sairaiden ja ikääntyneempien potilaiden ottamisen tehokkaiden ja raskaiden hoitojen piiriin, mikä on lisännyt myös osaltaan terveydenhuollon kustannuksia – ja samalla luonnollisesti parantanut hoidon tuloksia. Kuten myöhempi tarkastelu osoittaa, näin näyttäisi olevan käymässä varsinkin syöpähoitojen osalta liittyen geenitekniikan ja erityisesti farmakogenomiikan nopeaan kehitykseen.

Delfoi-prosessin II kierroksella vaativan erikoissairaanhoidon alueellisen järjestämisen teema liitettiin päälohkoon 2 eli teemaan ”Hoitojen kehitys ja niiden kustannusten hallinta”. Tästä ratkaisusta seurasi, että väitteitä arvioivat osin toiset asiantuntijat kuin kahta edellä käsiteltyä alueellisen järjestämisen teemaa. Kannanotto erikoissairaanhoidon järjestämiseen uusimman teknologisen kehityksen valossa edellyttää perehtyneisyyttä uusiin hoitotekniikoihin. Tällaista asiantuntemusta oli paneelissa harvemmin kuin

sitä asiantuntemusta, joka liittyi terveystieteiden toiminnan järjestämiseen. Erityisesti tutkijoiden sekä keskushallinnon ja hoidettavien edustajien kommentit jäivät muutamien henkilöiden varaan.

Olenainen osa erikoissairaanhoidossa tehtävistä ratkaisuista ja annettavista hoidoista on joko nopeita päivystyksiin liittyviä ratkaisuja tai liittyy erikoisasiantuntemukseen, jota Suomessa on vain harvoilla. Tällaisten palvelujen tilaamisesta on hyvin vaikea neuvotella. On pakko hyvin pitkälle luottaa hoitavien lääkäreiden ratkaisuihin. Haastateltu suuren kaupungin terveysjohtaja kuvasi kokemuksiaan erikoissairaanhoidon tilaamisesta niin, että hän luulee tilaavansa pihvin ja saa kuitenkin hernekeiton tai päinvastoin. Lähtien tällaisista kokemuksista asiantuntijoille esitettiin väite 2.18.

Kuten yksi asiantuntija kommentoi, väite oli varsin epäselvä. Erityisesti väitteen viimeinen päivystyksiin liittyvä lause aiheutti paljon hämmennystä. Vastauksissaan asiantuntijat eivät myöskään yleensä erottaneet tärkeitä kustannuksiltaan hallittavia aloja niistä, joiden kustannukset kasvavat. Hämmennys näkyi annetuissa arvioissa niiden palvelujen meno-osuuksissa 2015, joihin kuntapäätäjien ei katsottu voivan vaikuttaa. Vaihteluväli oli peräti 25–80 %. Väitteen moniselitteisyyden vuoksi sen pohjalta on vaikea vetää johtopäätöksiä.

Kaikissa taustaryhmissä joko kaikki olivat tai selkeä enemmistö oli väitteen kannalla. Myönteisten kannanottojen voi tulkita tukevan ainakin käsitystä, että hyvin olennainen osa erikoissairaanhoidon palveluista on sellaisia, että niiden kustannusten hallinta tulisi organisoida valtakunnallisella tasolla vuonna 2015.

Väite 2.18. Erikoissairaanhoidossa on vuonna 2015 merkittävä osa-alue, joista muodostuviin kuluihin edes Helsingin kokoisen kunnan palvelujen tilaajat eivät voi olennaisesti vaikuttaa. Näiden palvelujen tilaaminen olisi siirrettävä asiantuntevalle valtakunnalliselle tilaajalle. Jopa 2/3 erikoissairaanhoidon menoista muodostuu päivystyksistä.

Mitä ennakoitte tärkeimmiksi tällaisiksi aloiksi vuonna 2015? Missä arvioitte tapahtuvan voimakkainta kustannusten nousua vuoteen 2015?

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 10

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 3

Tärkeiksi aloiksi, joita vain vähintään miljoonapiirit voivat tehokkaasti hallita ja joilla erityisesti tapahtuu kustannusten nousua, ennakoitiin seuraavia:

- elinsiirrot, dialyysit, ongelmaiset raskaudet, päihdeongelmat, raskas psykiatria, palovammat
- täsmälääkehoidot vakaviin ja vammauttaviin syöpäsairauksiin ja pitkäaikaissairauksiin, elinsiirrot, mekaaniset tekoelimet, vaativimmat kirurgiset toimenpiteet, kalliit geeniterapiat, vaikeiden reumasairauksien uudet lääkehoidot, rappeuttavien hermoston sairauksien tietyt hoidot
- kardiologiset päivystykset ja sisätautiset sairaudet lisääntyvät
- kirurgia, anestesia.

Yksi erikoissairaanhoidon erityisen hyvin tunteva alueasiantuntija perusteli kielteistä kantaansa väitteeseen seuraavasti:

- Kysymys on epäselvä. Jos sillä tarkoitetaan harvinaisia erityisen ”kalliita” (po. vaikeasti hoidettavia) sairauksia, niin ei tarvita tilaajaa, vaan tarve on melko lailla yksiselitteinen, hoitomahdollisuudet rajalliset ja enemmän on kyse riittävän osaamisen järjestämisestä ottaen huomioon kysynnän satunnaisvaihtelu. Tämä siivu erikoissairaanhoidosta on pienehkö. Olennaisempaa kustannusten hallinnan ja osaavan päämiehen määrittelyn kannalta on se paljon suurempi potilasmäärä, jota esiintyy tasaiseen tahtiin Helsingin kokoisessa kaupungissa, mutta jonka hoidossa on saavutetta-

vissa mittakaava- ja osaamisetua keskittämällä hoito maassamme jopa harvempiin kuin nykyiseen 5 ERVA-alueeseen (lue: yliopistosairaalaan). Myös kolmas osapuoli voi tässä olla tuottajana. Tämän erikoissairaanhoidon osan määrittelytyö olisi pikimmiten aloitettava. Sitä voitaisiin kutsua vaikkapa vaativaksi erikoissairaanhoidoksi (lempinimi kentällä on nyt erikois-erikoissairaanhoido).

Toinen arvioitavaksi esitetty väite puuttui suoraan kysymykseen siitä, millä tasolla erikoissairaanhoidoa pitäisi kilpailuttaa. Näin yleisesti muotoiltuna – eroa ei tehty vaativan ja muun erikoissairaanhoidon välillä – väite jakoi mielipiteet tasan. Eniten väitettä tukivat profession edustajat suhteessa 3:1. Myös alueasiantuntijoiden enemmistö oli suhteella 2:1 väitteen kannalla. Sen sijaan tutkijoiden ja yritysten edustajien enemmistö sekä ainoa kommentoinut keskushallinnon edustaja olivat väitettä vastaan.

Väite 2.19. Kyky ammattitaitoisesti ja tehokkaasti kilpailuttaa erikoissairaanhoidon tuottajia vuonna 2015 edellyttää, että kilpailuttaja vastaa vähintään miljoonan hengen erikoissairaanhoidon tilaamisesta.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 7

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 7

Väitettä tukeneiden kannanottoja:

- Väite pätee vain osaan erikoissairaanhoidosta. Merkittävä osa erikoissairaanhoidosta on yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja laadunhallinnan ansiosta siinä määrin tasalaatuista ja yhtä kustannusvaikuttavasti toteutettua, että kilpailuttaminen ei ole keskeinen tapa hallita kustannuksia. Kärjistetysti voitaisiin sanoa, että kilpailuttaminen ja koko tilaaja-tuottajamalli on tarpeeton, jos a) hoitosuosituksukset ovat päteviä ja kustannus-vaikuttavuusnäkökohdat huomioon ottavia, b) hoitosuosituksia noudatetaan ja c) hoitojen toteuttamistavasta ja organisoinnista on hyödynnettävissä empiiristä tietoa, jonka avulla voidaan valita tehokkaimmat menettelytavat.
- Rahoituksen ja ohjauksen välinen kuilu on ratkaistava nykyistä paremmin.
- Kilpailuttamisen asiantuntemukseen ja tasapuolisuuteen tulisi ehdottomasti kiinnittää huomiota. Tällä hetkellä terveydenhuoltopalveluihin liittyvät valitukset markkinatuomioistuimeen ovat voimakkaassa kasvussa.
- Jos siirrytään kiinteään hintaan, voi tarjoukset teknisesti käsitellä 1–2 pisteessä.

Väitettä vastustaneiden kannanottoja:

- Erikoissairaanhoido tulisi määritellä (vaativa ja vähemmän vaativa).
- Pienempikin ihmismäärä riittää, mikäli seurantajärjestelmät ovat kunnossa.
- Luulen, että koko on liian suuri. Olen kuitenkin taipuvainen uskomaan, että nykyisellään monet erikoissairaanhoidopiirit ovat liian pieniä ja niitä pitäisi yhdistää, mutten usko että miljoonaan henkeen saakka. Piirien kasvattaminen mämmittimaiseksi ei enää lisää tehokkuutta.
- Peruserikoissairaanhoidon järjestämiseen/kilpailuttamiseen riittää selvästi pienempi väestöpohja. Siinä tulee myös huomioida maan eri osien erilainen tilanne, 500 000 väestöpohja pääkaupunkiseudulla on eri asia kuin Syrjä-Suomessa.

NordDRG on erikoissairaanhoidon potilasluokittelujärjestelmä, jota on viime vuosina kehitetty kaikissa Pohjoismaissa. Suomessa sen kehittämisestä vastaa erityisesti Kansallinen DRG-keskus. Se on osa Kuntaliiton tytäryhtiötä Efeko Oy:tä. NordDRG perustuu vastaaviin mm. USA:ssa käytettäviin luokitusjärjestelmiin. NordDRG:n yhteispohjoismaisten kotisivujen mukaan (www.nordclass.uu.se) sitä käytetään nyt Suomessa ja Ruotsissa kolmessa neljäsosassa kaikista sairaanhoidopiireistä ja Norjassa kaikissa sairaalois-

sa. Tanskassa on kansallinen luokittelujärjestelmä, joka perustuu NordDRG:hen. Järjestelmää on kokeiltu tai tutkittu myös Islannissa, Virossa ja Latviassa.

DRG:n suomalaisten kotisivujen mukaan (<http://norddrg.kuntaliitto.fi/>) sen avulla pystytään tuotteistamaan ja hinnoittelemaan erikoissairaanhoidon palvelut sekä seuraamaan erikoissairaanhoidon kustannuksia ja laatua. Tästä näkökulmasta DRG:n käytöstä hyötyvät sekä erikoissairaanhoidon palvelun tuottajat (sairaanhoitopiirit ja sairaalat) että palvelujen tilaajat (kunnat ja kaupungit). Kansallinen DRG-keskus on aloittanut toiminnan, jonka tavoitteena on tuottaa sairaaloille/sairaanhoitopiireille kustannuksiin pohjautuvat valtakunnallisesti vertailukelpoiset ja yhdenmukaiset painokertoimet. Yhdenmukaisen järjestelmän on tarkoitus mahdollistaa valtakunnalliset kustannusvertailut.

NordDRG:llä ennakoitiin Delfoi-haastatteluissa olevan merkittävä vaikutus pienten yksikköjen mahdollisiin tilata erikoissairaanhoidon palveluja suuremmilta tuottajilta. Se voisi myös mahdollistaa käytännön, missä suurempi tilaaja (ostopooli, ”tukkukauppa”) tekee tilauksia pienemmän hankkijan lukuun (kunta, peruspalvelualueen ostopooli; vrt. yhden panelistin kommentti) Tätä näkemystä testattiin väitteellä 2.20. Väite sai yksimielisen hyväksynnän yksityisen sektorin edustajilta. Profession edustajat hyväksyivät väitteen suhteessa 3:1, alueasiantuntijat ja tutkijat 2:1. Myös ainoa hoidettavien edustaja hyväksyi väitteen. Sen sijaan ainoa keskushallintoa edustanut oli väitettä vastaan.

Väite 2.20. Vuoteen 2015 mennessä erikoissairaanhoido pystyy mm. DRG-laskennalla (diagnosis related groups) tuotteistamaan palvelut sisällön mukaisiksi hoitojaksoiksi ja kokonaisuuksiksi. Tilajaat saavat näin todellisen tiedon siitä, mitä palveluvastinetta tilauksille tulee ja sairaalat tietävät tarkasti, mitä heiltä odotetaan saamiensa tulojen vastineena. Tämä tekee mahdolliseksi aidot ja sisällölliset keskustelut tilaajarenkaiden ja palvelua tarjoavien yksiköiden välillä. Sen sijaan että tilaajarengas kävisi neuvottelun suuren sairaanhoitopiirin kanssa, tilaukset voitaisiin kohdentaa suoraan niitä tuottaville klinikoille. Esimerkiksi Varsinais-Suomessa 5–6 tilaajaa kävisivät neuvottelut 12–15 tuottajan kanssa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 11

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 4

Väitettä tukeneiden kannanottoja:

- DRG ei ole hinnoittelujärjestelmä. On kehitettävä myös todellista kustannuslaskentaa (esim. ABC).
- Tekee mahdolliseksi yhteiset tilaukset ja tarjouspyyntökierrokset.
- DRG-järjestelmä on kehitetty 2015 kuvatuslaiseksi. Sen sijaan tilaajarengas voi olla kyseenalainen. Kehitys voi johtaa siihen, että maassa on 5 sairaanhoitopiiriä, jotka toimivat tilaajaorganisaatioina.
- Entä yksilön mahdollisuus/oikeus myydä ”saasteensa” eli luopua tietyistä hoidoista? Entä jos hän haluaa vaihtaa 5 vuotta sairaalariippuvaisena kahteen vuoteen riippumattomaa elämää. Voiko sairaanhoitopiiri palkita hänet viidesosalla ennakoiduista kustannuksista?

Väitettä vastustaneiden kannanottoja:

- DRG on ymmärtääkseni laskennallinen luku, joilla kunnat ostavat erikoissairaanhoidon palveluita. Toimenpidevaltaisilla alueilla tämä toimii jo nykyisellään, mutta suuri osa sairauksista ei ole toimenpiteitä... Suurissa taajamissa monen tuottajan malli ehkä toimii, mutta Suomi on suurelta osin haja-asutusta. Tuottajia on yhden käden sormilla mitattava määrä. Luulen että vastaisuudessaakaan ihmisillä ei ole halua matkustaa maan ääriin hoitamaan itseään ja sairauksiaan. Luulen, että sen sijaan konservatiivisilla alueilla on pakko kehittää hoitoketjuja ja etäkonsultaatioita, erityisesti alueille, joissa etäisyydet ovat suuret.

- DRG on todennäköisesti vielä vuonna 2015 liian karkea luokittelu ennustamaan ja kuvaamaan tarkoituksenmukaisia palveluja eri tilanteissa. Sitä voidaan käyttää suurempien potilasjoukkojen keskimääräisten kustannusten ja palvelutoteumien arvioinnissa. DRG-luokitusta tärkeämpi tieto tilaajille on, missä määrin hoitosuosituksia ja hoitoprotokollia noudatetaan, ja erityisesti se, annetaanko joissakin tilanteissa enemmän ja kalliimpaa hoitoa kuin protokollat edellyttäisivät.
- Haluammeko tähän maahan amerikkalaisen systeemin, missä 30 % kuluista menee hallintoon? DRG kyllä kehittyy mutta on ainakin toistaiseksi tylsä työkalu muussa kuin episodisairastavuudessa.

4.3 Haastattelujen pohjalta muodostetut neljä terveydenhuollon alueellisen järjestämisen mallia

Terveydenhuollon alueellista järjestämistä haarukoineet tulevaisuusväitteet valottivat erilaisia näkökohtia, jotka on otettava huomioon terveydenhuoltoa alueellisesti kehitettäessä. Terveydenhuolto muodostaa kuitenkin kokonaisuuden, jossa osien hyvyys keskeisesti riippuu kokonaisuuden toimivuudesta. Niinpä jo haastatteluissa ja varsinkin Delfoi-prosessin II kierroksella huomio kohdistettiin ensi sijassa terveydenhuollon alueellisen järjestämisen kokonaisratkaisun hahmotteluun.

Haastattelukierroksen perusteella muodostettiin neljä terveydenhuollon tulevan alueellisen järjestämisen mallia, joita asiantuntijat panivat paremmuusjärjestykseen ja kommentoivat Delfoi-tutkimuksen II kierroksella.

Ensimmäiselle mallivaihtoehdolle annettiin nimi **Kunnamon malli**. Nimi perustuu haastatteluun, joka ensisijaisesti vaikutti mallin muotoiluun. Mallin keskeiset lähtökohdat määritteli Ilkka Kunnamo, joka tunnetaan laajassa käytössä olevan Lääkärin käsikirjan toimittajana ja valtakunnallisten elektronisten hoitosuosituksen kehittäjänä Lääkäriseura Duodecimissa. Näiden töiden ohella hän toimii terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Ennen mallin lähettämistä muun paneelin arvioitavaksi, Kunnamo tarkasti mallin ja antoi suostumuksensa, että hänen nimeään saa käyttää mallin yhteydessä.

Lähin esimerkki Kunnamon mallista on kuntien kesken tasattujen terveystieteiden puolesta Kainuun malli. Sen voi tosin tulkita myös esimerkiksi terveydenhoitopiirimallista. Mallia muistuttaa ns. Forssan malli, jota Markku Puro ja Riitta Suhonen ovat esitelleet Stakesin tulevaisuusraportissa (Aiheita 1/2005). Väkiluvultaan (36 000) Forssan seutu on lähempänä mallin perusajatusta kuin Kainuu. Vastaavia aluesairaaloiden ja terveystieteiden yhdistämisellä muodostettuja terveysalueita ovat: Jämsä (väestöpohja 24 000 henkeä), Imatra (30 000), Kemijärvi (10 000), Pieksämäki (25 000), Raahe (36 000), Mänttä (13 000) ja Rauma (33 000). Kemijärveä ja Mänttää lukuun ottamatta vastuualueet ylittävät Kunnamon mallissa asetetun 20 000 hengen minimivaatimuksen terveysalueelle.

Terveydenhoitopiirimalli on ollut kehittelyn kohteena jo ainakin vuodesta 2002 lähtien. Sen paneelin arvioitavaksi annetut piirteet vastasivat paljolti niitä ratkaisuja, joita ehdotettiin ensimmäisessä Stakesin tekemässä selvityksessä liittyen terveydenhuoltopiirimalliin. Kohteena oli maan pienin sairaanhoitopiiri eli runsaan 65 000 hengen Itä-Savon sairaanhoitopiiri. Mallin esittelyn yhteydessä kuitenkin todettiin, että väkimäärältään ko. piiri soveltuisi paremmin Kunnamon malliin kuin terveystieteiden malliin. Samalla

1 Markku Pekurinen, Marja-Liisa Junnila ja Ulla Idänpää-Heikkilä (2003). Itä-Savon terveydenhuoltopiiri. Selvitystyön loppuraportti, Stakesin kehittämissektoria 8/2003

viitattiin Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä käynnistyneeseen piirikokeiluun. Se vastaa väestöpohjaltaan paremmin arvioitua piirimallia.

Kelan mallin synty voidaan ajoittaa samoihin aikoihin terveydenhoitopiirimallin kanssa. Mallia käsiteltiin jo kansallisen terveydenhuoltoprojektin valmistelun yhteydessä, mutta sitä ei sisällytetty hankkeen vuonna 2002 julkaistuun loppuraporttiin. Laajaan julkisuuteen malli tuli, kun Kelan pääjohtaja Jorma Huuhtanen julkisti mallin Helsingin Sanomissa 29.3.2003. Kelan mallin perusratkaisun keskeinen kirjallinen lähde on Mikael Forssin ja Timo Klaukan mallin esittely Suomen Lääkärilehdessä.² Perusratkaisua oli kuitenkin kehitelty eteenpäin haastattelujen pohjalta.

Laajan ostopoolin malli on prof. Olli-Pekka Rynäsen kehittämä malliversio. Se yhdisteli piirteitä muista malleista ja nosti erityisesti Kuntaliiton keskeiseen asemaan palvelujen järjestämisessä. Mallia ei tässä muodossa ollut esitetty aikaisemmin, mutta se sen pohjana olevista ratkaisuista kuten miljoonapiirien toiminnasta palvelujen tilaajina on keskusteltu jo kauan.

Kaikki mallit esiteltiin samaa kaavaa noudattaen vastaten oheisen taulukon kysymyksiin. Lisäksi mallista esitettiin lyhyt tiivistelmä. Asiantuntijoita pyydettiin asettamaan mallit lupaavuusjärjestykseen ja perustelemaan kannanottonsa tähän tarkoitukseen varatussa kommentointitilassa. Kommentointitilaan kirjoitetut kannanotot luvattiin julkaista tutkimusraportissa. Ne on esitetty tämän raportin liitteessä 1.

Mallikuvauksissa on korostettu selkeää kannanottoa, miten rahoittaminen, tilaaminen ja tuottaminen toteutetaan mallissa. Tilaamista ja tuottamista terveydenhuollossa on eritelty mm. tuoreessa KTM:n raportissa³. Raportin kirjoittajien tavoin on syytä uskoa, että hyvin hallittuun tilaaja-tuottajasuhteeseen perustuva taloudellinen läpinäkyvyys, toiminnan ohjattavuus, mahdollisuus lisätä tuotannon autonomiaa ja terveydenhuollon erityispiirteet huomioon ottava markkinakilpailu voivat johtaa paitsi kustannusten parempaan hallintaan myös palvelujen laadun paranemiseen.

2 Mikael Forss ja Timo Klaukka (2003). Yleinen terveystakuutus –idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi, Suomen Lääkärilehti 16-17/2003

3 Paul Lillrank- Pirjo Haukkapää-Haara: Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli , KTM Rahoitetut tutkimukset 1/2006

Seuraavassa on esitetty mallit siinä muodossa kuin ne esitettiin Delfoi-prosessin II kierroksen lomakkeessa:

1. Kunnan malli

Rahoittajat	Terveydenhoitoalueen eli terveysalueen kunnat maksavat hoidosta väestön määrän suhteessa. Valtio tasaa alueiden välisiä eroja avustuksilla kunnille tai alueille. Terveysalueen väkiluku on vähintään 20 000, tavoiteltu koko 30 000–70 000 tai tämän kokoinen tai suurempi kunta. Monen kunnan alueen ylärajan muodostaisi suunnilleen Kainuun maakuntaa (85 000) vastaava alue.
Tilaaja	Terveysalueen kunnat ostopoolina. Alue ostaa aktiivisesti palveluja miljoonapiireiltä, sairaanhoitopiireiltä ja muilta tuottajilta (julkiset yhtiöt, yksityiset, yhdistykset). Yhdistettynä toisiin järjestämismalleihin erityisesti vaativimman erikoissairaanhoidon ostoista voisi kuitenkin vastata myös joku suuri taho kuten Kela vakuuttajana tai valtakunnallinen ”terveyskonserni”.
Tuottajat	Alueella on oma tyypillisesti pääterveyskeskus, joka voi olla muodostettu terveyskeskuksesta ja aluesairaalarasta. 4 Pääterveyskeskuksen ohella on 0–2 alueellista pääterveysasemaa sekä joustavasti toimivia pieniä lähipalvelupisteitä. Valtaosan alueella asuvista tulee tavoittaa pääterveyskeskus ja kaikkien pääterveysasema autolla 45 minuutissa. Lisäksi ostopalveluja.
Oikeus palvelujen käyttöön	Terveydenhoitoalueella, alueen sopimuksin muualla
Moni-ammattilinen yhteistyö	Yhteistyö terveydenhoitoalueilla perustuu ennen muuta hyvään henkilökohtaiseen tuntemukseen eri ammattilaisten ja kunnallisten päättäjien kesken. On mahdollista sopia asioita saman pöydän ääressä vaihtelevin kokoonpanoin. Perusterveydenhuolto ja vanhustenhuolto vanhusten asumista myöten voidaan luontevasti käsitellä yhdessä. Alueen koosta riippuen palvelut voidaan organisoida lapsiperheiden, aikuisten ja vanhusten palveluiksi.
Erikoissairaanhoido	Vaativan erikoissairaanhoidon antajina toimivat terveysalueen tilauksin sairaanhoitopiirien ja miljoonapiirien ylläpitämät sekä yksityiset sairaalat, joissa toimintoja on keskitetty nykyistä suurempiin ja erikoistuneempiin yksiköihin (kuten tekonivelsairaala Coxa). Suppeidenkin erikoisalojen osaamista on erikoissairaanhoidon yksikössä tarjolla myös päivystysaikana, ja sitä ulotetaan perusterveydenhuollon yksiköihin etäkonsultaatiotekniikoin. Alueen oma erityisesti akuuttihoitoa palveleva erikoissairaanhoido on keskitetty pääterveyskeskukseen ja joustavasti elvyttävää hoitoa tarjoaviin liikkuviin yksiköihin. Esimerkiksi sydäninfarktien tai vakavien liikenneonnettomuuksien tapauksessa terveysalue vastaa nopeasta kuljetuksesta (alle 90 minuuttia) erikoistuneeseen yksikköön, joka voi esimerkiksi tehdä välittömästi pallolaajennuksen. Pääterveyskeskuksen yleislääkäreillä on lääketieteen eri alueiden riittävä asiantuntemus ja erikoisalojen specialistit muodostavat tyypillisesti vähemmistön.
Perusterveydenhuolto ja vanhusten palvelut	Keskitetty pääterveyskeskukseen, joka vastaa akuutteisairaanhoidosta ja pitkäaikaissairauksien hoidosta niin, että yksikössä on lääketieteen eri alueiden riittävä asiantuntemus ja hyvä teknologinen varustus. Hoidosta vastaavat pääasiassa väestövästuisesti toimivat yleislääketieteen erikoislääkärit, joista kukin on hankkinut erityisosaamista joltakin osa-alueelta, ja heidän työpareinaan toimivat sairaanhoitajat. Suuremmissa aluesairaaloitten yhteyteen muodostetuissa yksiköissä toimii myös muiden alojen erikoislääkäreitä. Keskeistä on kollegiaalisessa yhteistyössä (ei alle 12 lääkärinä pääterveyskeskuksessa!) kyvykyys päteviin hoitoon johtaviin diagnooseihin sekä kyky jakaa työtä oman tuotannon ja tilausten kesken kyeten arvioimaan muualta saadun palvelun laatua. Tämä edellyttää selkeää kustannuslaskentaa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon osalta. Perusterveydenhuollon säännöllinen päivystys tapahtuu alueen koosta riippuen pääterveyskeskuksessa ja 0–2 pääterveysasemalla. Kaikki alueen omaan toimintaan kuuluvat perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon yksiköt aina vanhusten asumisen järjestämiseen asti kuuluvat pääterveyskeskuksen tai jonkun pääterveysaseman työyhteisöön. Pääterveyskeskuksessa/pääterveysasemassa työskentelee 12–25 lääkärinä, joista osalla on vastaanottoja myös joustavasti toimivissa ja pääasiassa sairaanhoitajien miehittämässä lähipalvelupisteissä. Yhteyksien hoitamisessa pääterveyskeskuksen, muiden pääterveysasemien ja lähipalveluyksiköiden kanssa käytetään tehokkaasti sähköisiä yhteyksiä. Perusterveydenhuollon ja vanhusten palveluihin ohjataan koko terveysalueen kattavan, terveyskeskuksen osana toimivan Call Center -palvelun kautta.

4 Vuonna 2003 sairaanhoitopiirien ylläpitäminä toimi 5 yliopistollista sairaalaa, 16 keskussairaalaa ja 33 muuta kunnallista sairaalaa. Pääterveyskeskusten kehittelyn lähtökohtina näistä voisi toimia ehkä noin 40 kpl. Samana vuonna toiminnassa oli 279 terveyskeskusta (niistä sairaansijallisia 240) eli terveysalueet muodostuisivat tyypillisesti noin neljän terveyskeskuksen yhteenliittyminä.

Ennaltaehkäisy, lääkehuolto ja työterveyshuolto	Alue on niin suuri, että sillä voi toimia vähintään kaksi toisiaan tukevaa työterveyslääkäriä vastaten erityisesti alueen pienten yritysten työterveydenhuollosta. Ainakin 30 000 hengen terveysalue on niin pieni, että se tuskin voi itse ottaa vastatakseen alueensa lääkehuollosta ottaen vielä huomioon nettiapteekkien mahdollisuuden. Tähän se tarvitsisi kumppaniksi suuren toimijan kuten Kelan vakuuttajana tai valtakunnallisen ”terveyskonsernin” (vrt. terveyspiirimalli). Kannusteen luomiseksi ennaltaehkäisyyn Kelan vakuutusmaksun tulisi kuitenkin olla sellainen, että se luo kiihokkeen säästää lääkemenossa ja sairauspäivärahoissa. Ennalta ehkäisyä voidaan suunnata pienellä alueella hyvin alueen erityisiin ongelmiin.
---	--

Mallin tiivis kuvaus:

Keskeisenä toimijana mallissa on (perus)terveydenhuoltoalue joka on vähintään 20 000 hengen alue tai kunta. Tavoiteltu koko olisi noin 30 000–70 000 henkeä, mutta suurempaa kuntaa ei jaettaisi moneksi alueeksi. Näin määriteltynä alue vastaisi kooltaan suunnilleen Kelan 84 vakuutuspiiriin mediaanikokoa. Tällainen alue pystyisi erityisosaamista hankkineiden yleislääketieteen erikoislääkäreiden voimin ylläpitämään pätevään diagnoositoimintaan ja akuuttihoitoon kykenevää pääterveyskeskusta. Se kykenisi myös käsittelemään potilasvirtaa kustannustehokkaasti. Se voisi myös tehokkaasti organisoida vanhustenhuollon alueellaan eli sosiaali- ja terveystoimi yhdistyisivät tältä osin. Pääterveyskeskus omaisi vähintään 12 lääkäriään riittävän ammattitaidon lääketieteen diagnoosien teon kannalta keskeisillä erikoisaloilla. Ammattitaito riittäisi kustannuslaskentaa tehostaen myös alueen erityiset tarpeet huomioonottavaan tilaamiseen. Yhdistettynä toisiin järjestämismalleihin ostoista voisi kuitenkin vastata myös jokin suurempi taho kuten Kela hoidon vakuuttajana. Pääterveyskeskuksen ohella alueella olisi 0–2 pääterveysasemaa. Näillä olisi paikallisia lähipalvelupisteitä, joista osa voisi olla liikkuvia ja vain ajoittain avoinna. Ne olisivat ensisijaisesti sairaanhoitajien hoitamia. Keskeinen peruste terveysalueen määrittelylle olisi matka-aika pääterveysasemaan. Se ei saisi ilman STM:ltä haettua erikoislupaa koskaan ylittää automatkana yleensä 30 minuuttia eikä koskaan 45 minuuttia, mikä voitaisiin kirjata myös lain perusteluihin.

2. Terveystoimipiirimalli

Rahoittajat	Terveydenhuoltopiiriin eli lyhyemmin terveyspiiriin kunnat. Nykyisiin sairaanhoitopiireihin perustuvia terveyspiirejä olisi noin 20. Pienin piiri noin 80 000 henkeä, mediaani noin 200 000 henkeä. Kunnanvaltuuston hyväksymän hyvinvointisuunnitelman pohjalta kunnat tekevät palvelusopimuksen terveydenhoitopiirin kanssa. Nykyisen kaltainen kunnallinen valtionapu tasaa kustannuseroja kuntien kesken.
Tilaaaja	Piiriin kuntien omistama terveyspiiri tai valtakunnallinen piirien yhdessä muodostama ”terveyskonserni”
Tuottajat	Terveyspiiri organisoii sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon alueellaan. Itse tuotetut palvelut organisoidaan yhteispalveluiksi, aluepalveluyksiköiksi (Itä-Savon kokeilussa 8 000–12 000 henkeä) ja kuntien lähipalvelupisteiksi. Kokeilukohteeksi tarjoutuneessa Päijät-Hämeen terveydenhoitopiirissä piiri on suunniteltu jaettavaksi viiteen alueeseen, joista yksi olisi Lahti ja muut kuntaryhmiä sen pohjois-, itä-, etelä- ja länsipuolella. Ostopalvelut muilta sairaanhoitopiireiltä ja muilta tuottajilta (julkiset yhtiöt, yksityiset, yhdistykset)
Oikeus palvelujen käyttöön	Terveyspiirissä, kansallisen ”terveyskonsernin” ja kuntien sopimuksin muualla
Moni-ammattillinen yhteistyö	Terveydenhoitopiiri ja sen yhdessä toisten piirien kanssa muodostama valtakunnallinen ”terveyskonserni” tarjoaa erinomaiset mahdollisuudet terveydenhoidon valtakunnalliseen suunnitteluun. Terveydenhuoltopiirien johtajien kokous voi sopia yhteisistä toimintaperiaatteista hoitojen käytännön järjestämisestä koko maassa. Piireissä palvelut organisoidaan lapsiperheiden, aikuisten ja vanhusten palveluiksi. Aluepalveluyksikkö tuottaa oman alueensa lähipalveluja sekä huolehtii alueen moniammatillisesta yhteistyöstä (myös yritykset ja kolmas sektori). Kullakin kunnalla on lähipalvelutiimi ja vastuulääkäri, jotka vastaavat sen väestön terveyspalveluista kokonaisuutena.

Erikoissairaanhoito	Toteutetaan piirin yhteisenä palveluna useassa toimipisteessä. Ostopalvelut muilta sairaanhoitopiireiltä ja muilta tuottajilta hoidetaan keskitetysti. Erikoissairaanhoidon konsultaatiot hoidetaan sähköisinä tai puhelimitse aluepalveluyksiköissä tai lähipalvelupisteissä. Koska suuri osa palveluista tuotetaan itse, kustannuslaskenta ei ole aivan yhtä välttämätöntä kuin Kunnan mallissa.
Perusterveydenhoito ja vanhusten palvelut	Kunnalliset lähipalvelut tuotetaan jokaisen kunnan alueella olevissa lähipalvelupisteissä säännöllisesti ja kunnan toivomassa laajuudessa. Lääkäri toimii vastuuväestönsä omalääkärinä ja vastaavasti hoitaja toimii omahoitajana. Perusterveydenhuollon ja vanhusten palveluihin ohjataan koko piirin kattavan Call Center -palvelun kautta. Lähipalvelua ovat kaikki vanhusten kotihoidon muodot ml. palveluasumisen. Vuodeosastohoidosta vastaa aluetaso. Lapsiperheiden ja aikuisten peruspalvelut jakautuvat aluepalveluiden ja lähipalveluiden kesken. Laboratorio-, kuvantamis-, vammais- ja työterveyspalvelut sekä muiden kuin vanhusten kuntoutuspalvelut hoidetaan kuitenkin koko piirin tasolla.
Ennaltaehkäisy, lääkehoito ja työterveys-huolto	Työterveydenhuolto toteutetaan koko piirin yhteisenä toimintana. Piiri on niin suuri, että se voi ottaa vastatakseen pienten yritysten ohella myös suurehkojen yritysten työterveydenhuollosta. Ennaltaehkäisy ja hyvinvoinnin yleinen edistäminen voidaan suunnata piirin erityisiin ongelmiin. Erityisesti olisi mahdollista kehittää lääkkeiden käyttöä piirin alueella, kun terveyspiiri ottaisi vastatakseen lääkekorvauksista.

Mallin tiivis kuvaus:

Mallin keskeinen lähtökohta on vahvan valtakunnallisen terveydenhuollon tilaamis- ja tuottamisjärjestelmän kehittäminen, mikä pystyisi hyödyntämään suuruuden ekonomiaa ja kykenisi vastaamaan asiantuntevasta ja tehokkaasta terveydenhoidosta myös poikkeusoloissa. Maa jaettaisiin noin 20 sosiaali- ja terveydenhoitopiiriin. Piirien tavoiteltu koko olisi 150 000–400 000 henkeä. Pienimpien ryhmään kuuluisi noin 85 000 hengen Kainuu. Vaikka piirien rajat yleisesti vastaisivat nykyisten sairaanhoitopiirien rajoja, esimerkiksi Itä- ja Etelä-Savon yhdistämistä samaan piiriin tulisi pitkällä aikavälillä harkita kuten myös suurimpien piirien jakamista. Malli ei kuitenkaan edellyttäisi sairaanhoitopiirien yhdistämistä tai jakamista, vaan sen kehittäminen voisi perustua siihen, että nykyiset sairaanhoitopiirit ottaisivat vastuulleen alueensa kuntien perusterveydenhuollon. Terveyspiiri olisi siihen kuuluvien kuntien omistama. Piiriin kuuluvan kunnan terveydenhuolto toimisi valtuuston hyväksymien palvelusopimuksin terveyspiirin alaisena. Terveyspiirit ottaisivat vastuun ennaltaehkäisevän työn, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhusten hoidon järjestämisestä alueillaan kilpailuttaen muita palvelujen tuottajia. Palvelut jaettaisiin lapsiin, aikuisväestöön ja vanhuksiin kohdistuviin sekä toisaalta piirin yhteisiin palveluihin, alueiden tuotamiin palveluihin ja lähipalveluihin. Piirien johtajat sopisivat yhteisissä tapaamisissaan ”valtakunnallisen terveystalouden” johdon kanssa noudatettavista toimintaperiaatteista. Monia palveluja kuten kuvantamis- ja laboratoriopalveluja järjestettäisiin valtakunnallisesti ja kaikessa tuotannossa voitaisiin hyödyttää ”suuruuden ekonomiaa”. Terveystalouden voisi myös ottaa vastuulleen Kelan nyt maksamat lääkekorvaukset. Koska alueellisesta toimintamallistaan huolimatta konserni olisi valtakunnallinen, palveluja voisi helpommin saada asuinpaikasta riippumatta.

3. Kelan malli

Rahoittajat	Riittävän suuren aluekokonaisuuden esim. miljoonapiirin, sairaanhoitopiirin tai muun yhtenäisen alueen kunnat ottavat henkilökohtaisen vakuutuksen asukkaalleen. Jos Kela on vakuuttaja, alue muodostuu Kelan vakuutuspiireistä. Valtio tasaa vakuutusmaksuja.
Tilaaaja	Kela tai muu julkinen vakuuttajana toimiva
Tuottajat	Vakuuttaja ostaa kaikki palvelut valtakunnallisesti niiden tuottajia kilpailuttaen ja laatutasoa tiukasti valvoen.
Oikeus palvelujen käyttöön	Oikeus käyttää kaikilla vakuutetuilla alueilla, vakuuttajan tekemin sopimuksin muualla
Moni-ammattilinen yhteistyö	Riippuu aluekokonaisuudesta, jolla mallia toteutetaan. Suurina alueina mahdollistaa Kelaan luontevasti yhdistyvän palvelujen tuotannon suuruuden ekonomian kuten valtakunnallisten rekistereiden tehokkaan hyödyntämisen. Kelan rahoittamat muut palvelut voidaan yhdistää palvelukokonaisuuteen.

Erikoissairaanhoito	Tuotettavat palvelut kilpailutetaan tehokkaasti valtakunnallisesti taaten, että parhaat käytännöt leviävät nopeasti ja palvelutaso on mahdollisimman samanlainen kaikilla vakuutetuilla alueilla. Joustava valinnan mahdollisuus tavoitellussa laatutasossa, jos Kela vakuuttaa kaikille peruspalvelut, mutta antaa mahdollisuuden esimerkiksi yrityksille ottaa kattavamman lisävakuutuksen henkilöstölleen.
Perusterveydenhoito ja vanhusten palvelut	Mahdollistaa valtakunnallisten parhaiden käytäntöjen levittämisen tehokkaasti kaikille niille alueille, joista vakuuttaja vastaa. Hoitoa voidaan hankkia mistä tahansa vakuutusalueen yksiköstä, mikä vertailujen kautta parantaa hoidon tasoa.
Ennaltaehkäisy ja työterveyshuolto	Malli soveltuu erityisen hyvin työssäkäyvän väestön terveydenhuoltoon. Erityisen suotuisat mahdollisuudet sillä olisi ennalta ehkäisevään toimintaan, koska vakuuttajan kannattaa kustannustensa pienentämiseksi toimia voimaperäisesti sairauksia ja haittoja ennalta ehkäisten. Maksuihin voitaisiin yhdentää lääkekorvaukset ja sairauspäivärahat. Ravinnon käyttöä koskevaa tietoa ja geenitietoa voitaisiin ryhtyä käyttämään systemaattisesti valtakunnallisesti. Valtakunnallinen voittoa tavoittelematon toimija voisi käyttää tällaista tietoa vastuullisesti. Vakuutusmaksut voitaisiin myös jossain määrin sitoa terveelliseen käyttäytymiseen. Esimerkiksi hammashoitoa vakuutettaessa voitaisiin myös luoda omavastuuosuuksilla kiihokkeita hampaiden parempaan hoitoon. Kaikissa ratkaisuissa kuitenkin varmistettaisiin, että elämänsä heikoimmin hallitseva ryhmä ei joudu kärsimään.

Mallin tiivis kuvaus:

Mallissa riittävän suuren ja yhtenäisen alueen kunnat, kuten yhden sairaanhoitopiirin tai monen sairaanhoitopiirin muodostaman miljoonapiirin kunnat ottavat asukkailleen kansalliselta vakuutuslaitokselta (esim. Kelalta) vakuutuksen. Jos vakuuttajana on Kela, pienin mahdollinen liittyvä alue on Kelan vakuutuspiiri (84 kpl). Palvelujen järjestämisvastuu siirtyy vakuuttajalle. Alueelliset vakuutuspiirit huolehtivat palvelujen järjestämisestä, seurannasta ja rahaliikenteestä keskitetysti ohjattuina ja yhteisen tietojärjestelmän turvin. Palveluja tuottavat tasaveroisin kilpailijoina kunnalliset yksiköt sekä yksityinen ja kolmas sektori. Kunnista voi myös tulla kilpailutettujen hoitolaitosten omistajia tai osakkaita. Keskitetty järjestelmä takaisi tilaajalle vahvan aseman tuottajiin nähden vahvistaen perusterveydenhuollon asemaa suhteessa erikoissairaanhoitoon. Se mahdollistaa myös parhaiden käytäntöjen tehokkaan levittämisen koko maahan. Hoitoon voisi hakeutua ilman erillisiä maksusitoumuksia koko vakuutetulla alueella. Tämä avaa mahdollisuuksia käyttää vaihtoehtoisia hoitopaikkoja. Jos järjestäjänä on Kela, lääkekorvauksiin ja sairauspäivärahoihin liittyvä monikanavaisuus vähenee.

Vakuutusmaksuun vaikuttavat kunnan väestön palvelujen tarve ja käyttö sekä kunnan kantokyky. Perusosa määräytyisi väestömäärän mukaan. Lisäosan maksaisi valtio suhteessa sairastavuuteen. Vakuutus ei olisi täysvakuutus, vaan siihen liittyisi asiakkaiden omavastuuosuuksia. Yksilökohtaisesti turvaa voisi täydentää toimeentuloturvakatuus tai omavastuita vähentävä itse maksettava osuus. Kunnallispolitiikkojen rooli muuttuisi alueellisten neuvottelukuntien jäsenyyksiksi ja potilaiden etujen valvojiksi.

4. Laajan ostopoolin malli

Rahoittajat	Terveydenhuollosta vastaa ja sen rahoittavat kunnat, jotka toimivat kuntien muodostaman ostopoolin/ostopoolien kautta. Valtionosuudet suoritetaan suoraan ostopoolille. Kelan sairasvakuutuksen päivärahojen, sekä lääke- ja matkakorvausten maksatus siirretään ostopoolin vastuulle. Yksityislääkärin palkkioita ei korvata. Kunnat maksavat ostopoolille palveluiden arvioitua käyttöä vastaavan summan. Osa sosiaalitoimesta (lasten, vanhusten ja päihdeongelmaisten palvelut, psykiatristen potilaiden eilääkinnälliset palvelut) kuuluvat myös ostopoolille.
Tilaaja	Kunnat muodostavat ostopoolin/ostopoolia, jotka ovat selvästi suurempia kuin nykyiset kuntaliittymät. Ostopooli on myös suurempi kuin nykyinen sairaanhoitopiiri. Ostopoolia voi olla viisi vastaten nykyisiä miljoonapiirejä tai vain yksi valtakunnallinen ostopooli. Pooli ostaa tekemiensä tilaussopimusten mukaisesti palvelut terveydenhoitopiireiltä ja muilta tuottajilta. Potilaille ostopooli korvaa lääkkeitä, matkat ja sv-päivärahat. Näiden maksatuksen pooli ostaa Kelalta. Poolilla on poliittinen johto.

Luku 4 – Terveydenhuollon alueellinen järjestäminen

Tuottajat	Nykyiset sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset muodostavat terveyspiirejä, jotka huolehtivat sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta. Toisin kuin terveydenhuoltopiirimallissa nämä eivät ole suoraan alueen kuntien hallinnoimia, vaan hoitavat tehtävänsä kuntien ostopoolilta saamiensa tilausten pohjalta. Ostopoolilla on erityisen hyvät mahdollisuudet kilpailuttaa eri terveyspiirejä tai yrityksiä. Lainsäädäntö edellyttää, että terveyspiirin on alueellisesti huolehdittava päivystyksestä, lähipalveluista ja sairauksien ennaltaehkäisystä. Terveyskeskukset (nyt peruspalvelukeskukset, kun sosiaalitoimen osia on yhdistetty terveyskeskukseen) toimivat terveydenhoitopiirin osana. Nykyisiä kuntayhtymiä laajemmin toimii pääterveyskeskuksia, joissa on peruserikoissairaanhoidon valmiuksia. Terveydenhoitopiiri on osakeyhtiö- tai liikelaitosmuotoinen, omistajana on säätiö. Piirillä on asiantuntijajohto koostuen lääketieteen ja liiketoiminnan asiantuntemuksesta.
Oikeus palvelujen käyttöön	Jokaisella kansalaisella on omalääkäri tai oma terveysasema, joka koordinoi tutkimusten ja hoitojen toteutumista. Omalääkäri voi olla myös yksityislääkäri ostopoolin kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti. Potilaalla on oikeus hakeutua hoitoon minne tahansa poolin alueella.
Moni- ammattillinen yhteistyö	Hoitoa toteuttaa hoitotiimi (lääkäri – sairaan/terveydenhoitaja). Useita nykyisiä lääkärin tehtäviä on siirretty muun työntekijän kuin lääkärin tehtäväksi.
Erikoissairaan- hoito	Peruserikoissairaanhoito (koskee kansansairauksia ja joka ei vaadi erityislaitteistoa) ja pääosin diagnositoinen toiminta toteutetaan pääterveyskeskuksissa ja erityisissä diagnostiikkakeskuksissa. Hoitoprotokollat (clinical pathway) kattavat 2/3 kaikista potilasvirrasta. Vaativa erikoissairaanhoito toteutetaan nykyisissä keskussairaaloissa. Erittäin vaativan tason hoitojen koordinointi toteutetaan terveydenhoitopiirien yhteistyöllä. Tietyissä erikoisosaamista vaativissa toiminnoissa hoito voidaan keskittää erityisyksiköihin (kuten Coxa-sairaala). Terveydenhoitopiirit kilpailtavat keskenään ja yksityissektorin kanssa palvelujen järjestämisestä. Ostopooli tekee terveydenhoitopiirin kanssa palvelujen ostosopimukset, jotka sisältävät tilattavat palvelut kuten nykyisessä hoidonohjauksessa. Ostopooli voi halutessaan osoittaa potilaan hoitoon nopeutusti (esim. jos sairasloma uhkaa pidentyä ilman hoitoa). Ostopooli asettaa myös laatuavoitteita, jotka koskevat hoitoon pääsyn viivettä sekä erityisesti hoidon vaikuttavuuden seurantaa. Terveydenhoitopiiri on velvollinen seuraamaan hoidon vaikuttavuutta ja tekemään hoito-ohjelman muutoksia tai priorisointitarkoituksia, jos hoidon kustannusvaikuttavuus ei ole tyydyttävä. Kustannusvaikuttavuudelle asetetaan valtakunnalliset tavoiterajat. Kokeellisia hoitoja voidaan toteuttaa vain luvanvaraisesti. Ostopooli varaa tietyn rahasumman kokeellista toimintaa varten. Kustannusvaikuttavuuden seurannalla ja prioriteettien asettamisella pyritään estämään erikoissairaanhoidon menojen hallitsematon kasvu.
Perus- terveydenhuolto ja vanhusten palvelut	Perusterveydenhuolto, neuvolat, sairauksien ehkäisy, potilaskuljetus ja perusterveydenhuollon päivystys on lakisääteisesti toteutettava määritellyllä maantieteellisellä alueella. Terveydenhoitopiiri pitää omaa sijaispankkia. Vanhusten lääkinnälliset ja sosiaaliset palvelut on hallinnollisesti yhdistetty, siten että sama taho vastaa sekä lääketieteellisestä että muista palveluista. Samoin psykiatristen potilaiden lääkinnällinen ja muu hoito on keskitetty. Ostopooli ostaa palvelut terveydenhoitopiiriltä, joka voi edelleen käyttää alihankkijoita yksityissektorilta.
Ennaltaehkäisy, lääkehuolto ja työterveyshuolto	Ennaltaehkäisy kuuluu lakisääteisesti terveydenhoitopiirin velvollisuuksiin. Perusterveydenhuolto pitää yllä neuvoloita ja toteuttaa ympäristöhygieniää, terveysvalvontaa, tarttuvien tautien ehkäisyä ja alueellisia toimia terveyden edistämiseksi (esim. erilaiset kampanjat). Lääkehuolto toimii pääosin nykyiseen tapaan. Terveydenhoitopiiri voi tarjota myös työterveyshuollon palveluja ja palvelujen tarjoajana se kilpailee yksityissektorin kanssa.

Mallin tiivis kuvaus:

Mallilla on tilaaja-tuottaja -rakenne. Tilaajana toimii kuntien muodostama ostopooli, joita voisi olla 1–5 kpl. Oleellista on, että ostopooli on kooltaan suurempi kuin palveluiden tuottajaorganisaatiot. Ostopooli voisi toimia omana organisaationaan tai se voidaan perustaa esim. Kuntaliiton yhteyteen. Monikanavaisen rahoituksen ongelmien ratkaisemiseksi osa Kelan toiminnoista siirretään ostopoolin vastuulle. Ostopooli voitaisiin hallinnollisesti integroida Kelan kanssa tai pooli voi ostaa maksatuspalveluja Kelalta. Palvelut tuottaa pääosin nykyisten sairaanhoitopiirien pohjalle rakennetut terveydenhoitopiirit, jotka huolehtivat myös perusterveydenhuollosta. Laajasta mallista on esitetty myös suppeampi versio, jossa ostopoolit omistaisivat terveyskeskukset. Tätä on perusteltu ostopoolien kyvyllä oikeasti ostaa palveluja ja mahdollisuudella käyttää perusterveydenhuoltoa portinvartijana erikoissairaanhoitoon. Kaikilla malleilla on kaksi

oleellista ongelmaa: kuntien pelko palveluiden menettämisestä ja kuntien pelko varsinkin erikoissairaanhoidon kustannusten lopullisesta valumisesta ostopooliin tai terveydenhoitopiiriin ”avoimeen piikkiin”. Mallit on toteutettava siten, että palveluiden alueellinen saatavuus on lainsäädännöllisesti turvattu. Erikoissairaanhoidon kustannuskehitys on saatava hallintaan siten, että ostopooli esittää tilauksensa yhteydessä hoidon laatuksiteerit, joihin kuuluu myös kustannusvaikuttavuuden seuranta ja selkeä valtakunnallinen prioriteettien asettaminen tapauksissa, joissa vaikuttavuus ei tyydytä ostopoolia. Kustannusvaikuttavuuden seurannassa ja prioriteettien asettamisessa on huomioitava eettinen ulottuvuus.

4.4 Delfoi-prosessin II-kierroksen tulosten pohjalta muotoillut alueellisen järjestämisen mallit

4.4.1 Kuinka kahteen päämalliin päädyttiin?

Yhteensä 30 panelistia esitti käsityksensä alueellisen järjestämisen neljän mallin paremmuusjärjestyksestä. Vastaukset olivat seuraavat:

	1. sija	2. sija	3. sija	4. sija
Kunnamon malli	14	8	3	1
Terveyspiirimalli	14	6	6	1
Kelan malli	2	3	4	17
Laaja ostopooli	4	6	12	4

Merkitsemällä 1. sijalle asettanutta 1:llä, 2. sijalle asettanutta 2:lla jne., voidaan laskea eri tahojen keskimääräinen kannatus malleille.

	Yhteensä (n=30)	Keskus- hallinto (n=7)	Kunta- sektori (n=7)	Tutkijat (n=8)	Duode- cim ym. (n=5)	Yksityi- nen sektori (n=3)
Kunnamon malli	1,7	1,7	1,2	2,1	1,2	2
Terveyspiirimalli	1,8	1,4	1,8	1,6	2,2	3
Kelan malli	3,4	3,5	3,3	3,5	3,7	2,3
Laaja ostopooli	2,6	2,8	2,3	2,6	2,7	2,7

Havaitaan, että erityisesti kuntasektorin ja Duodecim seuran ym. edustajat tukivat Kunnamon mallia. Terveyspiirimalli oli varsinkin keskushallinnon, mutta myös tutkijoiden suosikki. Yksityisen sektorin edustajat tukivat eniten Kunnamon mallia ja Kelan mallia. Laajan ostopoolin malli sai tasaisesti kannatusta kaikista ryhmistä. Kiinnostavasti se sai kuntasektorin edustajilta terveyspiirimallia lähenevän kannatuksen. Puolet mallia kommentoineista kuntasektorin edustajista olivat valmiita nostamaan sen ensimmäiseksi tai toiseksi.

Tutkijat=T Duodecim ym.=D Yksityinen=Y	1.sija			2.sija			3.sija			4.sija		
	T	D	Y	T	D	Y	T	D	Y	T	D	Y
Kunnamon malli	3	4	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0
Terveyspiirimalli	4	1	1	3	1	0	1	2	0	0	0	2
Kelan malli	0	0	1	1	0	1	2	1	0	4	3	1
Laaja ostopooli	1	0	0	2	2	1	3	1	2	1	1	0

Keskushallinto=Ke Kuntasektori=Ku	1. sija		2. sija		3. sija		4. sija	
	Ke	Ku	Ke	Ku	Ke	Ku	Ke	Ku
Kunnamon malli	2	4	4	1	0	0	0	0
Terveyspiirimalli	5	3	1	1	1	2	0	0
Kelan malli	1	0	1	0	0	1	5	4
Laaja ostopooli	1	2	0	1	4	2	1	

Tulosten tulkinnan kannalta on kiintoisaa tarkastella paitsi erillisiä arvioita myös mallipareja, joita panelistit asettivat sijoille 1 ja 2. Tämä on erityisen valaisevaa, koska monet asiantuntijat asettivat kaksi mallia tasavertaisesti tärkeimmiksi. Parivertailut perustelevat kahta päämallia, jotka voidaan muodostaa synteettinä asiantuntijoiden kannanotoista ja kommenteista neljään päämalliin. Kymmenen asiantuntijan voidaan tulkita varsin yksiselitteisesti tukevan toista päämallia, jolle on annettu nimeksi *Neli- tai kolmiportainen terveys- ja sosiaalipiirimalli*. Lisäksi arviot, joissa Kunnamon malli asetetaan ensimmäiseksi ja terveyspiirimalli toiseksi, ovat ehkä tulkittavissa enemmän tämän mallin kuin vaihtoehtoisen mallin suuntaiseksi.

Toiselle päämallille on annettu nimeksi *Terveyden- ja vanhustenhuollon vahvan kunnallisen tai maakunnallisen tilaajan malli*. Selkeimmin tätä mallia tukevat ne kahdeksan panelistia, jotka asettivat ostopoolimallin ja Kunnamon mallin kärkisijoille. Laajan ostopoolin idea on vahvasti mukana myös Kelan mallissa. Niinpä on melko luontevaa tulkita toisen perusmallin tukijoiksi myös ne kolme panelistia, jotka asettivat Kelan ja Kunnamon mallit kärkisijoille. Myös yksi panelisti, joka liputti vahvasti Kunnamon mallin suuntaan pitäen terveyspiiriä selvästi liian suurena yksikkönä vastaamaan kunnallisesta perusterveydenhoidosta ja vanhustenhuollosta, voidaan tulkita toisen päämallin tukijaksi. Tulkinnallisesti hankalimpia tapauksia ovat ne neljä, jotka asettivat terveyspiirimallin ensimmäiseksi ja Kelan mallin tai ostopoolimallin toiseksi. Tulkiten heidät kuitenkin lievästi enemmän kakkosmallin tukijoiksi, päästään siihen tosin hyvin epävarmaan tulkintaan, että 30 vastaajan joukko jakautuisi suunnilleen tasan kahden päämallin kannattajiin.

Vastanneet lkm	Ensimmäisiksi (1) ja toisiksi (2) arvioidut parit
<i>Neli (kolmi) portainen terveys- ja sosiaalipiirimalli</i>	
4	Terveyspiiri 1, Kunnamo 1
4	Terveyspiiri 1, Kunnamo 2
2	Terveyspiiri 1
4	Kunnamo1, Terveyspiiri 2?
<i>Terveyden- ja vanhustenhuollon vahvan kunnallisen tai maakunnallisen tilaajan malli</i>	
4	Kunnamo 1, Laaja ostopooli 2
3	Laaja ostopooli 1, Kunnamo tai Terveyspiiri 2
1	Laaja ostopooli 1
2	Kelan malli 1, Kunnamo 2
1	Kunnamo 1, Kelan malli 2
1	Kunnamo 1
2	Terveyspiiri 1, Laaja ostopooli 2??
2	Terveyspiiri 1, Kelan malli 2??

4.4.2 Kaksi terveydenhuollon alueellisen järjestämisen päämallia

Päämalli 1. Neliportainen terveys- ja sosiaalipiirimalli

Delfoi-prosessin kuluessa monet asiantuntijat esittivät mallin suuntaisia näkemyksiä. Paitsi panelistien esittämiä käsityksiä mallin yksityiskohdissa on käytetty Stakesissa terveystieteiden tutkimuskeskuksesta tehtyjä selvityksiä ja erityisesti Markku Pekurisen esitelmää ”Terveystieteiden Terveydenhuollon arvioinnin seuran seminaarissa 17.5.2005.

Toiminnan tasot mallissa

Neliportaisessa piirimallissa terveyden- ja vanhustenhuoltoa toteutetaan ja ohjataan neljällä tasolla: kunnallinen lähipalvelu, terveys- ja sosiaalialue, terveys- ja sosiaalipiiri sekä terveyden- ja sosiaalihuollon valtakunnallinen koordinaatioryhmä. Koska mallin toimivuuden kannalta on usein ratkaisevaa, ketkä tekevät tiivistä yhteistyötä eri tasoilla, kutakin päätöksenteon tasoa havainnollistetaan ”pöydällä”, jonka ympärillä istuu 10–20 päättäjää.

Perustason mallissa muodostavat kunnat, jotka valtionosuuksien ohella rahoittavat sen terveystieteiden toiminnan, johon ne kuuluvat. Kunnat säilyisivät mallissa hyvin keskeisinä vaikuttajina. Kunnan tavat vaikuttaa terveystieteisiin olisivat kolmenlaiset. Ensinnäkin se osallistuisi piirin keskeisten toimielimien valintaan. Niitä olisivat kuntayhtymäkokous, terveystieteiden ohjausryhmä ja terveystieteiden johtaja. Toiseksi kunnalla olisi mahdollisuus päättää itsenäisesti paitsi lähipalveluista myös hankinnoista ohi terveystieteisiin. Kolmanneksi kunta voisi riittävän pitkän siirtymäkauden vaihtaa terveystieteitä.

Kunnilla olisi suora vastuu asukkaille järjestettävistä ja tuotettavista lähipalveluista. Kunnat maksaisivat nämä palvelut täysimääräisesti ja määräsivät niiden mitoituksen. Näistä palveluista vastaavan ”perustason pöydän ääressä” eli kunnan sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmässä olisivat kunnan ylimmät luottamushenkilöt ja viranhaltijat sekä paikallisen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen edustus. Lähipalveluun kuuluisi (vrt. Pekurinen 2005):

- hoitajien ja lääkäreiden avovastaanotot ml. erikoissairaanhoidon konsultaatiot sekä kouluterveydenhuolto
- ennaltaehkäisy kuten ehkäisevä hoito, mielenterveystyö, suun terveydenhuolto, perheneuvonta, oppilashuolto ja mielenterveystyö
- vanhusten, vammaisten ja päihdeongelmaisten kotihoito ja asumispalvelut
- dementian peruserviointi, (tehostettu) palveluasuminen, omaishoidon tuki, pitkäaikaishoito kotisairaanhoidossa.

Kaksi seuraavaa tasoa olisivat terveys- ja sosiaalipiirit ja niiden alaisuudessa toimivat alueet. Tässä mallissa terveys- ja sosiaalialue olisi – toisin kuin muissa tarkasteltavissa malleissa – vain palvelujen tuotantoon eikä lainkaan tilaamiseen liittyvä taso. Alueen vastuulla olisivat mm. seuraavat tehtävät (vrt. Pekurinen 2005):

- erikoissairaanhoidon konsultaatiot ja työterveyshuolto
- laboratorio ja röntgen (päivystystarve, tulosten käsittely piiritasolla)
- akuutti vuodeosastohoito ja kuntoutus (nykyiset terveyskeskusten sairausosastot)
- korjaava hammashoito

- lastensuojelu
- dementiayksikkö
- perhepalvelukeskus ja vanhusneuvola.

Terveyspiirimallin tärkeimmät elimet toimisivat koko terveyspiirin tasolla. Näitä jäljempänä lähemmin tarkasteltavia elimiä olisivat kuntayhtymäkokous, ohjausryhmä ja terveyspiirin johtaja. Piiritason keskeinen päätöspöytä olisi piirin ohjausryhmä. Koko terveyspiirin yhteisinä palveluina hoidettaisiin (vrt. Pekurinen 2005):

- erikoissairaanhoito ja päivystyshoito
- laboratorio- ja röntgenpalvelut pääosin
- kuntoutusarvointi, kuntoutus- ja apuvälinehuolto
- dementia- ja geriatrinen arvointi ja neuvonta
- pääasiassa sopiminen ostopalveluista.

Keskeinen terveyspiiriin liittyvä ajatus on ollut, että eri aluetasojen toimijat on nivottu tiiviiseen yhteistoimintaan kokoamalla palvelut pikemminkin niiden kohderyhmän kuin alueellisen toimintatason perusteella. Kokoavia periaatteita ovat toimintojen jakaminen lapsiperheiden palveluihin, aikuisten palveluihin ja vanhusten palveluihin. Vanhusten hyvinvoinnin edistäminen olisi kokonaisvaltaisesti terveys- ja sosiaalipiiriin vastuulla. Lasten ja työssäkäyvien osalta vastuu olisi osittaista.

Neljäs koordinaatitaso mallissa olisi valtakunnallinen. Tällä tasolla pöydän ääressä istuisivat terveyspiirien johtajat ja keskeiset keskushallinnon virkamiehet. Heihin voisivat kuulua myös lapsiperheiden, aikuisten ja vanhusten hyvinvoinnista valtakunnallisesti vastaavat virkamiehet. Valtakunnallinen koordinaatioryhmä keskustelisi tapaamisissaan paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön järjestämisestä Suomessa myös kansainvälisestä toiminnasta ja työnjaosta. Näin voitaisiin toteuttaa monia palveluja kuten kuvantamis- ja laboratoriopalveluja myös valtakunnan rajat ylittäen. Kaikessa tuotannossa voitaisiin hyödyttää ”suuruuden ekonomiaa”. Koordinaatioryhmä kykenisi vastaamaan asiantuntevasta ja tehokkaasta terveydenhoidosta myös poikkeusoloissa. Koordinaatioryhmän johtama terveyskonserni voisi myös ottaa vastuulleen Kelan nyt maksamat lääkekorvaukset.

Terveyspiirin päätöksenteko

Kuntayhtymäkokous olisi piirin ylin päättävä elin. Päätökset siinä tekisivät kuntien valitsemat luottamushenkilöt. Kokous päättäisi piirin strategiasta ja talousarviosta. Kuntayhtymäkokouksen kautta säilytettäisiin mallin kannalta keskeinen tiivis yhteys perustason kuntiin ja niiden päätöksentekoon. Vaihtoehtoinen malli on monissa sairaanhoitopiireissä käytössä oleva valtuustomalli. Esimerkiksi Pirkanmaalla ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto, johon sairaanhoitopiiriin 34 jäsenkuntaa ja Tampereen yliopisto valitsevat yhteensä 84 edustajaa. Jäsenet valitaan kunnallisvaalikaudeksi. Valtuustolla on kaksi sääntömääräistä kokousta, toinen keväällä ja toinen syksyllä. Tämän mallin etuna on, että edustajat sitoutuvat sairaanhoitopiiriin työhön. Monet panelistit kuitenkin huomauttivat, että tämä on myös ongelma. Edustajista tulee helposti sairaanhoitopiiriin edustajia kuntien suuntaan, kun heidän tulisi olla kuntien edustajia sairaanhoitopiirissä. Tämä voi muodostua melkoiseksi ongelmaksi, kun teknologian kehityksen ja ikääntymisen vuoksi yhä tärkeämmäksi kysymykseksi muodostuu hoitojen kustannusten hallinta. Niinpä terveyspiiriin perusratkaisuksi on päädytty esittämään kuntayhtymäkokousmallia.

Tärkein piiriin ”20 hengen pöytä” olisi sen ohjausryhmä. Siihen nimeäisi jäsenkunta tai kuntien muodostama tilaajarengas edustajan. Tämä elin ohjaisi toimintaa kuntayhtymäkokouksen hyväksymän strategian

ja kuntien tahdon mukaisesti. Sen tehtävänä olisi sovittaa yhteen kuntien palvelutilaukset ja varmistaa, että piirin palvelutuotanto järjestetään koko piirin alueella taloudellisesti ja tarkoituksenmukaisesti.

Piirin palvelujen tuottamisen periaatteet määriteltäisiin sen strategiassa, joka heijastelisi alueen kunnanvaltuustojen hyväksymiä kunnallisia hyvinvointisuunnitelmia. Omien hyvinvointisuunnitelmien pohjalta kunnat tekisivät taloudellisesti sitovan palvelusopimuksen terveyspiirin kanssa. Käytännössä pienten kuntien osalta neuvotteluosapuoli olisi kuitenkin yleensä noin 50 000 hengen tilaajarengas. Pienet kunnat valmistelisivat tilaajarengaspiiriltä tai muilta tahoilta hankittavat palvelut. Vahvana ohjausvälineenä terveyspiirillä olisivat sille yhteisten palvelujen hoitoon ohjatut valtionavut. Kunta ei olisi kuitenkaan sidottu vain sen palvelujen käyttöön. Kunta voisi vapaasti hankkia palveluja myös muilta terveydenhuollon ja vanhusten palvelujen tuottajilta. Eri osapuolien kannalta kohtuullisella siirtymäajalla kunta voisi myös siirtyä toiseen terveyspiiriin vieden mukanaan valtionapunsa.

Millaisia terveyspiirit ja terveysalueet olisivat?

Olennaista mallissa on, että kunnalle annettaisiin suuri itsenäinen päätösvalta siitä, mihin terveyspiiriin ja terveysalueeseen se liittyy. Aluejaot uudistettaisiin kuntien kesken neuvotellen periaatteella ”kenen kanssa samaan piiriin kunta haluaa kuulua”. Lähtökohtana olisivat myös selkeästi terveydenhuollon tulevaisuuden haasteet eivätkä vain vanhat perinteet. Luonnollisen lähtökohdan neuvotteluille muodostaisivat kuitenkin nykyiset sairaanhoitopiirit. Seuraavassa on yhden panelistin ehdotus siitä, mitä sairaanhoitopiirejä neuvottelujen lähtökohdiksi asetettavat terveyspiirit sisältäisivät ja kuinka monta aluetta kussakin olisi. Väkilukulaskelmat perustuvat vuoden 2004 tietoihin.

	Terveys- ja sosiaalialueita kpl	Tuhatta henkeä
Helsingin ja Uudenmaan terveyspiiri (Helsinki, Espoo, Kauniainen ja Vantaa yksi terveysalue, 977 000 henkeä)	4	1 425
Pohjois-Suomen terveyspiiri (Pohjois-Pohjanmaa, Länsi-Pohja, Lappi)	6	562
Pirkanmaa	5	459
Varsinais-Suomi	5	458
(Etelä-)Pohjanmaan terveyspiiri (Vaasa, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa)	5	437
Keski-Suomen terveyspiiri	3	266
Pohjois-Savon terveyspiiri	3	250
Satakunta	3	228
Päijät-Hämeen terveyspiiri	3	208
Kymenlaakson terveyspiiri	2	181
Pohjois-Karjalan terveyspiiri	2	171
Etelä-Savon terveyspiiri (Etelä-Savo, Itä-Savo)	2	170
Kanta-Hämeen terveyspiiri	3	167
Etelä-Karjalan terveyspiiri	1	129
Kainuu	1	83

Ehdotetussa mallissa on siis 14 terveyspiiriä, joissa on yhteensä 48 terveysaluetta. Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen muodostaisivat yhden terveysalueen. Sen väkiluku poikkeaisi selvästi muista terveysalueista. Vuonna 2004 tällä alueella asui 977 000 henkeä. Ehdotuksessa siis lähdetään siitä, että pääkaupunkiseudun ongelmat poikkeavat niin paljon muun maan ongelmista, että niihin on löydettävä oma ratkaisunsa. Muiden terveysalueiden keskimääräinen koko olisi laskelman mukaisesti noin 90 000 eli tyyppillinen terveysalue olisi väestömäärältään lähellä Kainuun nykyistä väkilukua. Yleisesti ottaen kommenttikierroksella terveyspiirimallia kannattaneiden näkemykset piirien määrästä ovat vaihdelleet 5 ja 20 välillä. Mikäli terveyspiirejä olisi 5, ne muodostettaisiin miljoonapiireinä Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistollisten sairaaloiden toiminta-alueille.

Terveysalueiden osalta esitettyä 48:aa voi pitää paneelin yleiseen näkemykseen nähden varsin alhaisena. Yleinen näkemys alueiden määrästä on ollut pikemminkin lähellä 80, kuten arvioinnin kohteena olleessa Kunnamon mallissa. Näin tulkiten terveysalueiden tyypilliseksi väestöpohjaksi muodostuisi suunnilleen yllä ehdotettu kuntien tilaajarenkaiden koko eli 50 000.

Paljon sekaannusta terveystiirimallista käytyyn keskusteluun on aiheuttanut, että eri vaiheissa terveystiireillä on tarkoitettu hyvin erikokoisia yksiköitä. Sekaannuksen syynä on ollut mallin perustuminen ole-massa oleviin sairaanhoitopiireihin. Näiden väestöpohjat vaihtelevat Itä-Savon sairaanhoitopiirin runsaas-ta 60 000:sta HUS -alueen lähes 1,5 miljoonaan henkeen. Jotkut ovat viitanneet terveystiirillä lähellä alarajaa oleviin yksiköihin, toiset taas jopa miljoonapiiriin kokosiin yksiköihin. Joissain kaavailuissa aluepalveluyksiköt ovat olleet huomattavasti yllä esitettyä pienempiä. Stakesin myötävaikutuksella teh-dyssä suunnitelmassa Itä-Savon terveydenhoitopiiriksi (Pekurinen ym., 2003) alueyksiköiden väestöpoh-jaksi ehdotettiin vain 8 000–12 000 henkeä.

Hanke Itä-Savon terveystiiristä on edelleen vireillä. Stakesin selvityksen pohjalta jatkovalmistelu käyn-nistyi vuoden 2003 keväällä. Selvityksen suositusten mukaisesti tavoittelemisen arvoisena pidettiin niin kuntarajojen, sektorirajojen kuin myös palvelurakenteiden porrasteisten rajojen häivyttämistä niin paljon kuin mahdollista. Peruseriaatteena on ollut "koko hoitoketju hallintaan". Perusterveydenhuolto on tar-koitus järjestää samassa organisaatiossa peruskuntien järjestämän sosiaalitoimen ja erityisesti vanhusten palvelujen kanssa. Stakesin raportissa ehdotetulla tavalla palvelut on tarkoitus järjestää uudelleen las-ten/lapsiperheiden, työikäisten ja vanhusten palvelukokonaisuuksina.

Itä-Savon terveydenhuoltopiirin lähtökohta on väestön terveydentilan ja hyvinvoinnin edistäminen. Tässä työssä sairaanhoidon palvelut on nähty tärkeäksi, mutta vain yhdeksi vaikuttamistavaksi. Terveydenhuol-topiiriin keskeiseksi tehtäväksi on asetettu tukea sekä jäsenkunnissa että itse palveluorganisaatiossa tapah-tuvaa ehkäisevää terveydenhuoltotyötä ja hyvinvoinnin laaja-alaista edistämistä. Terveydenhuoltopiiriin ehkäisevän työn yhtenä keinona pidetään jäsenkunnissa laadittavaa hyvinvointisuunnitelmaa. Kunnat te-kevät hyvinvointisuunnitelmansa yhteistyössä terveydenhuoltopiirin kanssa.

Tavoitteena on käynnistää Itä-Savon terveydenhuoltopiiri 1.1.2007. Jäsenkuntien valtuustot ovat tehneet keväällä 2006 käynnistämiseen liittyviä päätöksiä. Käynnistävää piiriä voi kuitenkin rinnastaa edellä ku-vattua noin 200 000 hengen piirimallia luontevammin seuraavassa mallissa ehdotettavaan peruspalvelu-maakuntaan.

Päämalli 2. Terveyden- ja vanhustenhuollon vahvan kunnallisen tai maakunnallisen tilaajan malli

Malli on alun perin muotoiltu erityisesti perustuen kolmeen liitteessä 1 esitettyyn kannanottoon. Koska malli näytti keväällä 2006 vielä varteenotettavammalta vaihtoehdolta kuin kesällä 2005, sitä on kehitelty eteenpäin 10.8.2005 Kunta- ja palvelurakennetyöryhmälle esitetystä mallista. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotossa esitetty alueellisen järjestämisen malli seuraa pääpiirteissään päämalli 2:n hyvinvointipiiri-versiota. Toisin kuin tässä päämallissa 2 valiokunnan kannanotossa ei ole kuitenkaan lainkaan otettu kan-taa kuntarakenteen kehittymiseen. Valiokunnan mallin "terveystiiriin" vastine tässä päämallissa 2 on vuonna 2015 kunta tai (perus)palvelumaakunta. Valiokunnan mallin "terveysalue" muodostuu yleisesti kunnasta, mutta palvelumaakunnassa se voi muodostua myös useasta "vaakunakunnasta".

Tilaajat mallissa

Mallissa on vuonna 2015 kaksi terveystiirien tilaamisen tasoa: kunta tai peruspalvelumaakunta sekä näiden lukuun tilauksia tekevä vähintään miljoonapiiriin (ERVA-alue) kokoinen ostopooli/hyvin-vointipiiri. Hyvinvointipiirille sopivia tehtäviä tarkastellaan lähemmin myöhemmin. Kuntien tai palvelu-

maakuntien tyypillinen koko on 20 000–150 000 lukuun ottamatta suuria kaupunkeja ja niiden ympäristöjä. Jotta itsenäiseksi jäävien, mutta toimintavaltuuksiltaan olennaisesti nykyistä rajatumpien, kuntien maakunta voidaan muodostaa, siihen tulee kuulua vähintään 60 000 henkeä. Siirtymävaiheessa monet vuoden 2015 kunnat ja peruspalvelumaakunnat ovat olleet vain terveydenhuollosta vastaavia terveysalueita. Terveysalueet ovat vaiheittain kehittyneet vuoteen 2015 mennessä kaikkien peruspalvelujen yhdenmisenä kunniksi tai palvelumaakunniksi.

Kunnan, peruspalvelumaakunnan tai terveysalueen terveydenhuollossa ja vanhustenhuollon ”tilauksista päättävä pöytä” vaihtelee sovittavista asioista riippuen kuitenkin niin, että mukana ovat aina vastuulääkärit, vanhustenhuollon vastaavat virkamiehet ja keskeiset kunnalliset/maakunnalliset päättäjät. Kunnan omien terveyspalvelujen tuottajien edustajat voivat myös istua tässä pöydässä, ellei kunta ole yhtiöittänyt perusterveydenhuoltoaan. Ostopoolin/hyvinvointipiirin johtelimityksessä kuntien tai peruspalvelumaakuntien edustajat ovat hallitsevassa asemassa. Erityisesti hyvinvointipiirimallissa piirin tehtävänä on toimia myös terveydenhuollon valtakunnallisen koordinaation välineenä. Tällä perusteella sen johtelimityksessä olisi mielekästä olla myös sosiaali- ja terveysministeriön edustaja.

Ostopoolia voi rinnastaa monia paikallisia liikkeitä palvelemaan tukkukauppaan (esim. SOK:n alueosuuskaupat ja Tradeka palveleva INET Partners). Tällaiselle toiminnalle tarjoavat entistä parempia edellytyksiä käyttöön otettavat yhteispohjoismaiset DRG-luokitukset. Jos ratkaisuksi tulee hyvinvointipiiri, ostojen organisoinnin ohella hyvinvointipiiri on vastuussa alueensa väestön yleisestä terveydentilasta/hyvinvoinnista ja sen jakautumisesta väestöryhmittäin ja asuinpaikan mukaan.

Terveydenhuollon valtakunnallinen keskushallinto ohjaa järjestelmän toimintaa piirien yhteistoimintaa koordinoimalla, valtionavustuksilla ja suoraan mm. kriisitilanteiden varalta tuottajien kanssa tekemillään sopimuksilla. Lisäksi ohjausta tapahtuisi palvelusetelijärjestelmän kautta. Varsinkin siinä tapauksessa, että ratkaisuksi muodostuu hyvinvointipiirimalli, piirien toiminnan koordinoimista varten perustetaan sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen uusi valtakunnallinen toimija, *terveydenhuollon alueellisen järjestämisen neuvosto*. Tähän neuvostoon kuuluisivat kaikkien piirien johtajaylilääkärit ja valtuustojen puheenjohtajat sekä valtion tiede- ja teknologianeuvoston tapaan STM:n ja Stakesin ja KTL:n johto, Kuntaliiton edustaja(t) sekä muita korkean tason poliitikkoja ja muita yhteiskunnallisia vaikuttajia. Neuvoston keskeisin tehtävä olisi erikoissairaanhoidon valtakunnallinen organisointi ja koordinoiminen.

Lähtien Suomen Kuntaliiton ylilääkärin Liisa-Maria Voipio-Pulkin tekemästä aloitteesta neuvoston keskeisenä valmistelevana elimenä olisi *erikoissairaanhoidon jaosto*, joka koostuu terveydenhuollon toimijoiden, rahoittajien ja asiantuntijaelinten edustajista (esim. kaikkien piirien johtajaylilääkärit ja valtuustojen edustajat, lääketieteellisten tiedekuntien, FinOHTAn, Stakesin, KTL:n ja Kuntaliiton edustajat, kiertävä edustus ei-yliopistollisista sairaanhoitopiireistä, erikoisalayhdistyksistä ja suurista kaupungeista). Neuvostolla voisi olla myös terveydenhuollon *taloudellisen arvioinnin jaosto*. Jaoston tehtävänä olisi erityisesti seurata terveydenhuollon taloudellisesti mielekästä toimeenpanoa maassa.

Neuvoston tulisi jaostojensa valmistelemana hyväksyä suosituksia niistä periaatteista, joilla erikoissairaanhoidon toimintoja Suomessa järjestetään. Neuvoston tulisi suosituksessaan ottaa huomioon kyseisestä toiminnasta annetut tieteelliset arviot ja kansainväliset suositukset ja nimetä indikaattorit, joilla toiminnan laatua ja kustannusvaikuttavuutta voidaan yhdenmukaisesti seurata. Sen tulisi myös toimia tiiviissä yhteistyössä terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) kanssa.

Tuottajat mallissa

Tuottajina mallissa ovat perustasolla joko kunnallinen/maakunnallinen perusterveydenhuolto sekä vanhustenhuolto tai terveysalueittain perusterveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta vastaavat kunnalliset osakeyhtiöt. Näiden hallussa on pääosa välittömistä kaikille annettavista palveluista, jotka hoidetaan kapi-taatiolaskutuksella. Näiden toimintaan kuuluu myös vaihtelevasti perustason erikoissairaanhoidtoa, joista sovitaan yleensä kokonaislaskutuksena tai suorittepohjaisena laskutuksena. Jatkuvassa päivystyksessä ja erikoissairaanhoidossa kunnallinen peruspalvelu tai osakeyhtiö tukeutuu omistamaansa aluesairaalaan tai pieneen keskussairaalaan. Alueen koosta riippuen tilattavat palvelut voidaan organisoida lapsiperheiden, aikuisten ja vanhusten palveluiksi.

Pienin mahdollinen julkisena palveluna toteutettava terveyskeskus tai kunnallinen osakeyhtiö hallinnoi ainoastaan yhtä terveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta vastaavaa pääterveyskeskusta ja sen joustavasti toimivia pieniä lähipalvelupisteitä. Yleisesti kunnallisella peruspalvelulla/yhtiöllä on pääterveyskeskuk-sen ohella hallinnoitavanaan 0–3 samalla terveysalueella toimivaa pääterveysasemaa lähipalvelupistei-neen. Kunkin pääterveyskeskuksen/pääterveysaseman väestöpohja on siis 20 000–40 000. Perustervey-denhuollosta ja vanhustenhuollosta terveysalueella vastaava kunnallinen yhtiö voi kuitenkin ottaa vasta-takseen monista terveysalueista. Aluevastuun voi ottaa myös yksityinen osakeyhtiömuotoinen toimija tai järjestö kuten Folkhälsan Karjaan alueella.

Yhteyksien hoitamisessa pääterveyskeskuksen, muiden pääterveysasemien ja lähipalveluyksiköiden kans-sa käytetään tehokkaasti sähköisiä yhteyksiä. Perusterveydenhuollon ja vanhusten palveluihin ohjataan koko terveysalueen kattavan, terveyskeskuksen osana toimivan yhtiöitetyn Call Center -palvelun kautta.

Erikoissairaanhoidon tuottajia ovat lisäksi nykyisten sairaanhoitopiirien ja yliopistollisten sairaaloiden pohjalta muodostettavat tuotantoyksiköt sekä yksityiset erikoissairaanhoidon tuotantoyhtiöt. Ostopoo-li/hyvinvointipiiri kilpailuttaa niitä. Kunnat ja palvelumaakunnat voivat myös tehdä suoria tilauksia niiltä. Ostopoolilla/hyvinvointipiirillä voi erityisesti muodostamisvaiheessa olla myös omaa tuotantoa. Tämä johtopäätös lähtee siitä, että ne on mielekästä muodostaa nykyisistä yliopistosairaanhoitopiireistä. Alku-vaiheessa näiden sairaanhoitopiirien tuotanto siirtyisi ostopoolille/hyvinvointipiirille. Asteittain yliopisto-sairaanhoitopiirien tuotantotoiminnot kuitenkin yhtiöitettäisiin. Käytännössä on erittäin tärkeää, että eri-koissairaanhoidon tilaajilla säilyy tässäkin vaiheessa hyvä tuntuma ja osaaminen liittyen erikoissairaanhoidtoon.

Kilpailuttamisessa edetään asteittain lähtien tähän parhaiten soveltuvista suoritteista. Näitä on luontevasti suoritteina mitattavissa olevat ja laskutettavat palvelut. Toimintoja on keskitetty nykyistä suurempiin ja erikoistuneempiin yksiköihin (kuten tekonivelsairaala Coxa). Tukipalvelut (esim. laboratoriot, kuvanta-minen, kiinteistönhoito, ruokailu) on yleisesti yhtiöitetty ja toiminta organisoidaan valtakunnallisesti kil-paileviksi yhtiöiksi. Potilastietojen arkistointia varten perustetaan yksi valtakunnallisesti toimiva palvelu-yhtiö.

Hyvinvointipiirin ostopoolista laajennetut tehtävät

Arvioinnin II kierroksella Stakesin silloinen vt. ylijohtaja Juha Teperi teki ehdotuksen, että miljoonapiiriin ostopoolista tulisi kehittää alueen kuntien omistama hyvinvointipooli. Sopivampi nimi seuraavassa kuvat-tavalle hyvinvointipoolille on hyvinvointipiiri, joka paremmin korostaisi piirin luonnetta paitsi erikoissai-raanhoidon järjestäjänä myös ennaltaehkäisevän terveystyön vastuualueena. Teperi on tarkistanut ja hy-väksynyt oheisen päivitetyn tulkinnan hyvinvointipiirin piirteistä. Hän on myös antanut suostumuksensa, nimensä käyttöön sen yhteydessä. Hyvinvointipiirissä ostopoolin tehtävää on laajennettu alueensa hyvin-voinnista yleisesti vastaavaksi tahoksi. Vaikka hyvinvointipiiri toimisi myös ostopoolina, se mittaisi toi-

mintansa tuloksellisuutta kustannustehokkuuden ohella joukolla hyvinvointi-indikaattoreita. Näitä voisivat olla väestön yleisen ikävakioidun terveydentilan ohella alueelliset ja sosiaaliryhmien väliset terveys-erot.

Hyvinvointipiirille voitaisiin myös uskoa erityisiä ennalta ehkäisevään terveydenhoitoon liittyviä tehtäviä. Sen intressinä olisi myös verrattuna pelkkänä ”tukkukauppana” toimivaan ostopooliin seurata lääkkeiden ja hoitojen vaikuttavuutta. Sille voitaisiin pelkkää ostopoolia perustellummin uskoa päätöksentekoa sairaus-uskorvauksista ja sairausvakuutuksen päivärahoista.

Palvelusetelit hoidon tukena

Kansalaiset pyritään ensisijaisesti hoitamaan heidän kotikuntansa terveysalueella. Jotta hoitoa olisi mahdollista saada kuitenkin kaikkialla maassa joustavasti, otetaan käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon keskushallinnon, miljoonapiirien ostopoolien ja Kelan yhdessä hallinnoima vakuutusmaksuin toimiva moderni palveluseteli. Palveluseteli tarjoaa erilaiset tukiasteet erilaisiin hoitoihin niiden suorituspaikasta riippumatta. Uusi järjestelmä yhdentää Kelan palvelut ja ostopoolien tilaamat palvelut. Jos palveluseteliä vastaan palveluja tuottaville varataan vielä mahdollisuus itsenäiseen hinnoitteluun, tämä tehostaa valtakunnan tasolla järjestelmän toimintaa.

4.5 Terveydenhuollon alueellisen järjestämisen mahdollisuuksia Delfoi-prosessin ja muiden tuoreiden tutkimustulosten perusteella

Delfoi-prosessin II kierroksella arvioitiin terveydenhuollon alueellista järjestämistä kahdella tavalla. Selvä päämenettely oli pyytää asiantuntijoita asettamaan tärkeysjärjestykseen neljä haastattelukierroksen pohjalta muodostettua terveydenhuollon järjestämisen mallia. Asiantuntijoita myös pyydettiin kirjallisesti perustelemaan valintansa. Heille luvattiin, että heidän tässä kohdassa esittämä kirjallinen kommentti liitetään kirjoittajan henkilöllisyyttä paljastamatta sellaisenaan arvioinnin loppuraporttiin. Kirjoitetut kommentit ovat liitteessä 1 jäsenneltyinä niihin toimintamalleihin, jotka asiantuntijat asettivat ensisijaisiksi. Nimet on liitetty joihinkin kannanottoihin esittäjän suostumuksella. Kuten edellisessä jaksossa esitettiin, nämä valinnat ja kommentit olivat pääasiallisina lähtökohtina edellisessä jaksossa esitetyille kahdelle terveydenhuollon alueellisen järjestämisen päämallille.

Toinen ratkaisumallien hahmotteluun vaikuttanut menettely olivat tulevaisuusväitteet. Ne erittelivät jäsennellysti perusteita sille, miksi ja miten terveydenhuollon alueellista järjestämistä kannattaa uudistaa: Kuinka ottaa mielekkäällä tavalla huomioon tietotekniikan kehityksen perusterveydenhuollolle tarjoamat mahdollisuudet? Mitä vaatii vanhustenhuollon yhdentäminen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon? Miksi väestöpohjaltaan 15 000–40 000 perusterveydenhuollon hoitoyhteisöt ovat mielekkäitä? Miksi erikoissairaanhoidon on mielekkäämpi järjestää miljoonapiireittäin kuin mediaanina noin 200 000 hengen hoidosta vastaavina nykyisinä sairaanhoitopiireinä?

Delfoi-prosessista saatuja tutkimustuloksia voidaan rinnastaa muihin tuoreisiin tutkimustuloksiin. Näin on tehty erityisesti jaksossa 4.5.2.

4.5.1 Terveydenhuollon järjestämisen päämallien vertailua ja mahdollisuuksia edetä niiden suuntaan

Päämallissa 2 jaksossa 4.4.2. esitetty vuoden 2015 kunta- ja palvelumaakuntarakenne rinnastuu niihin ratkaisuihin, joihin päädyttiin Tanskassa toteutetussa aluerakenneuudistuksessa. Suomen väestöstä asui vuonna 2003 46,8 % kunnissa joiden väkiluku oli alle 25 000 ja 71,8 % kunnissa joiden väkiluku oli alle 100 000. Samana vuonna Tanskassa vastaavat luvut olivat 44,1 % ja 78,8 %. Suomessa oli mainittuna vuonna 444 kuntaa ja Tanskassa 275 kuntaa (Putkonen 2005). Vuonna 2003 Tanskan sisäministeriö julkaisi useita selvityksiä, joissa osoitettiin, että tehtävistä selviytymiseksi kunnassa tulee olla 30 000–50 000 asukasta. Nämä selvitykset vaikuttivat keskeisesti Tanskassa tänä vuonna käynnistyneeseen kuntareformiin. Kuntareformin tuloksena Tanskassa on enää noin 100 kuntaa vuonna 2007. Nämä kunnat ovat lähes kaikki kooltaan yli 20 000 asukasta. Kuntien mediaanikooksi on arvioitu noin 50 000.

Vaikka Tanskan ja Suomen asukasluvut ovat suunnilleen yhtä suuret, toki kunnallishallinnon lähtökohdat Tanskassa ovat hyvin erilaiset kuin Suomessa. Manner-Tanskan pinta-ala on vain 13 % Suomen pinta-alasta (Putkonen, Carita 2005, Tanska keskittää terveyspalvelut ja vähentää kuntia Chess online 2/2005). Pitkät etäisyydet ja vuosisataiset paikalliset perinteet puolustavat Suomen hajanaista kuntarakennetta. Pelkästään yhteydenpidon näkökulmasta on kuitenkin liioittelua väittää, että nykyisenä tehokkaiden liikenne- ja teleyhteyksien aikana enintään noin puolen tunnin ja keskimäärin noin viidentoista minuutin ajomatkat kunnan keskusta hyvin olennaisesti vaikuttaisivat kunnan sisäiseen yhteydenpitoon. Tutustumalla Tanskan kuntareformin aineistoon (www.kl.dk/kommunalreformen) voi päätyä johtopäätökseen, että Tanska pitkien paikallista itsehallintoa korostaneiden perinteidensä mukaisesti hakee uudistuksellaan todelliseen itsehallintoon nykyaikaisissa olosuhteissa pystyvää kuntarakennetta. Tämä ilmeisesti edellyttää Tanskassa tavoiteltavaa kuntakokoa. Suurempien kuntien todellinen vaihtoehto on tehtävien hoito suuremmilla toimijoilla, kuten voisi ennakoida käyvän 4-tasoisessa terveystiimimallissa.

Paitsi pienten kuntien taloudelliset ongelmat kuntien vapaaehtoisia liitoksia ovat viime vuosina vauhdittaneet liitoksista kunnille maksettava tuki. Tällaista tukea voisi olla perusteltua antaa myös peruspalvelumaakuntien perustamiseen. Kysymys, johon on vaikea ottaa kantaa ilman laajempaa keskustelua, on, tulisiko suurempien kuntien tai palvelumaakuntien muodostamiselle asettaa määräaika. Yksi mahdollisuus on, että yhteenliittymiselle annettava tuki vähenee asteittain. Myös valtionavustukset tavoiteltua pienemmille kunnille voitaisiin määritellä jostain vuodesta lähtien enimmäistasoltaan olennaisesti alhaisemmiksi kuin muille kunnille tai palvelumaakunnissa toimiville. Tämä antaisi mahdollisuuden varakkaille ja hyvin asiansa hoitaneille kunnille säilyä itsenäisinä.

Tiukempaa linjaa edustaisi puitelaki, jossa asetettaisiin esimerkiksi seuraavat velvoitteet:

- 1) Kuntien tulisi määräajassa ryhtymään vähintään 20 000 hengen alueiksi keskeisten peruspalvelujen tuottamiseksi. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon osalta tämä merkitsisi alueen kuntien perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhdistämistä ja vähintään kuntien erikoissairaanhoidon yhteisen ostopoolin muodostamista. Pyrkimyksenä olisivat yhtenevät alueet pääpalvelutyyppeihin eli erityisesti terveydenhuollon/vanhustenhuollon sekä koulutoimen osalta (peruspalvelualue). Tätä ei kuitenkaan vielä tässä vaiheessa edellytettäisi.
- 2) Seuraavassa vaiheessa edellytettäisiin yhteistyön syvenevän määräajassa siten, että kunnat joko yhdistyisivät tai muodostaisivat keskeisiä palveluja yhteistyössä hoitavan maakunnan kanssa (vrt. Kainuu). Jotta maakunta voitaisiin muodostaa, sen väestöpohjan tulisi olla vähintään 60 000 henkeä. Jos kunnat eivät kykenisi sopimaan näin suuresta aluekokonaisuudesta, niiden olisi yhdistytävä vähintään 20 000 hengen kunniksi.

Kunta- ja palvelurakennetyöryhmän ehdotukset kesäkuussa 2006 voidaan tulkita 1) kohdan mukaiseksi askeleeksi. Kaavailtu syvenevä peruspalveluyhteistyö voidaan liittää niin terveystuotantomalliin, laajan ostopoolin malliin kuin hyvinvointipoolimalliin. Suurinta hyötyä siitä olisi kuitenkin ehkä terveystuotantomallille, missä pienten kuntien kesken tapahtuva yhteistyö tuottaisi ehkä suurimmat vaikeudet. Se poistaisi 4-tasoisesta mallista yhden tason (alle 20 000 kunnat) tehden mahdolliseksi toiminnan vain alueiden, piirien ja valtakunnan tasoilla.

Seuraavassa on vertailtu erilaisia Delfoi-prosessista nousseita terveydenhuollon alueellisen järjestämisen malleja siltä pohjalta, mitkä järjestämisen tasot nousevat malleissa erityisen vahvoiksi ja kuinka ne täyttävät yhden keskeisen panelistin esille nostamia arviointikriteerejä (ks. liitteen 1 kannanotto 1). Järjestämistasojen keskinäiset suhteet nousevat tärkeiksi koska yhtä tuotantotoiminnan yleisiä ehtoja hyvin tuntevaa panelistia lainaten terveydenhoito ei ole sisäisesti homogeeninen toimiala (industry), vaan klusteri, jossa on erilaisia toimintalogiikoita seuraavia osia. Useissa haastatteluissa terveydenhuoltoa rinnastettiin tämän panelistin tavoin kaupan rakenteisiin. On suurivolyyminen, rutiininomainen, ennakoitavissa oleva perusterveydenhuolto eli ”vähittäiskauppa” johon soveltuu per capita -rahoitus. On pienivolyyminen toimenpidekeskeinen osa, ”erikoistavarakauppa”, johon soveltuu suoritepohjainen laskutus. On avoin, vaikeasti ennustettava ongelmanratkaisu (syöpä), joka rinnastuu projektiliiketoimintaan ja jota on mielekästä hoitaa pitkäaikaisin sopimuksin, ja vihdoin on jatkuvaa ylläpitoa (kroonikot, dementia, diabetes), johon soveltuvat huoltosopimukset ja erityistoimenpidemaksut.

Lähtökohtana taulukossa on terveydenhuollon ja vanhustenhoidon järjestäminen alle 20 000 asukkaan kunnalle. Seuraavassa ovat vielä lyhyesti vertailtavien vaihtoehtojen keskeisimmät piirteet.

- 1) Terveystuotantomalli, 4-tasoinen. Kunta tilaa palvelut terveystuotantomallilta siten, että se voi suoraan sisällöllisesti vaikuttaa vain lähipalveluihinsa. Muista palveluista päätetään terveystuotantomallin hallintoelimityksessä, joiden kokoonpanoon kunta vaikuttaa kuntien kokouksessa, jotka omistavat piirin. Lisäksi vaikutus ostopoolin edustajan kautta piiriin ohjausryhmään. Ei edellytä kuntarakenteen merkittäviä muutoksia, mutta pääsääntöisesti kaikki kunnat hankkivat erikoissairaanhoidonsa vähintään 20 000 hengen ostopoolina.
- 2) Terveystuotantomalli, 3-tasoiseksi kehittyvä. Valtaosa tai kaikki kunnat ovat ryhmittyneet vähintään 20 000 peruspalvelualueiksi, jotka muuttuvat siirtymäajan jälkeen kunniksi tai vähintään 60 000 hengen peruspalvelumaakunniksi. Kaikilla näillä on edustus piiriin ohjausryhmässä eli kaikkien vaikutusmahdollisuus piiriin päätöksentekoon on välitön.
- 3) Vahvan kunnallisen/maakunnallisen tilaamisen malli. Valtaosa tai kaikki kunnat ovat ryhmittyneet vähintään 20 000 peruspalvelualueiksi, jotka muuttuvat siirtymäajan jälkeen kunniksi tai vähintään 60 000 hengen palvelumaakunniksi. Verrattuna piirimalleihin näillä alueilla on huomattavasti enemmän harkintavaltaa erityisesti perusterveydenhuollon ja vanhustenhoidon järjestämisessä. Erikoissairaanhoidon osalta miljoonapiiri toimii terveystuotantomallien toimittajia kilpailuttavana ”tukkurina” kuitenkin siten, että alueilla on selvä päävastuu hankinnoistaan ja niillä voi myös olla kunnallista/maakunnallista ei kilpailutettua tuotantoa.
- 4) Hyvinvointipiiromalli. Kunnat ovat ryhmittyneet vähintään 20 000:n peruspalvelualueiksi, jotka muuttuvat siirtymäajan jälkeen kunniksi tai vähintään 60 000 hengen palvelumaakunniksi. Erityisesti tavoitellen terveyserojen vähentämistä alueiden ja väestöryhmien kesken ko. alueet jakavat vastuun palvelujen järjestämisestä miljoonapiiriin kanssa. Miljoonapiiriin roolina on kuitenkin tukkurin roolin ohella vain epäsuorin esim. hinnoitteluun ja terveystuotantomallien perustuvien keinoin edistää tasa-arvotavoitteita. Eli järjestämisen päävastuu on tässäkin mallissa, kuten mallissa 3, selkeästi kunnilla tai peruspalvelumaakunnilla.

Vertailutaulukko 8. Eri tasojen vaikutus päätöksentekoon järjestämismalleissa

	Terveyspiirimalli 4-tasoinen	Terveyspiirimalli 3-tasoiseksi kehittyvä	Vahvan kunnal- lisen /maa- kunnallisen tilaamisen malli	Hyvinvointipiiri- malli
I Peruskunnat 0–20 000	Vahvahko	Heikko	Heikohko	Heikohko
II Aluetaso 20 000–150 000	Heikohko	Vahva	Erittäin vahva	Vahva
III Piiritaso 85 000–500 000	Erittäin vahva	Vahva	Heikohko	Heikko
IV Miljoonapiiritaso 0,7–1,5 milj.	Heikko	Heikko	Vahva	Erittäin vahva
V Valtakunnan taso	Vahva	Vahvahko	Heikohko	Vahvahko

Vertailutaulukko 9. Rahoittaminen, tilaaminen ja tuottaminen järjestämismalleissa

	Terveyspiirimalli, 4-tasoinen	Terveyspiirimalli, 3-tasoiseksi kehittyvä	Vahvan kunnal- lisen/maa- kunnallisen ti- laamisen malli	Hyvinvointipiiri- malli
1. Tilaajien ja tuottajien erottuminen	Sama taho (piiri ja hyvin rajoitetusti kunta) tilaajana ja tuottajana	Kunta, peruspalvelualue tai maakunta vahvemmin tilaaja erottuen selvemmin tuottavasta, mutta myös tilaavasta piiritasosta	Yli 20 000 kunta, terveysalue tai maakunta sekä miljoonapiiri ”tukkukauppana”, selvästi tuotantoyhtiöistä erottuvia tilaajia Perusalueella voi olla omaa tuotantoa	Yli 20 000 kunta, terveysalue tai maakunta sekä miljoonapiiri ”tukkukauppana” ja hyvinvoinnin edistäjänä selvästi tuotantoyhtiöistä erottuvia tilaajia. Perusalueella voi olla omaa tuotantoa
2. Rahoittajan ja tilaajan yhteys	Välillinen, kunnat ja valtio rahoittajia, piiri pääasiallinen tilaaja	Yli 20 000 kunnat, ostopoolit tai maakunnat 4-tasomallia aidommin rahoittajia ja tilaajia	Yli 20 000 kunta, terveysalue tai maakunta selvästi tilaaja ja rahoittaja Sen kautta myös valtionavut	Yli 20 000 kunta, terveysalue tai maakunta sekä miljoonapiiri hyvinvoinnin edistämiseen varoja saaneena rahoittajia ja tilaajia
3. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tasavertaisuus	Julkinen korostuu piirin oman tuotannon kautta	Julkinen lievästi vahvemmassa asemassa	Tasavertaisia, jos kunta/maakunta päättyy kunnallisiin yhtiöihin. Muuten peruspalvelut suosivat julkista.	Julkinen lievästi vahvemmassa asemassa hyvinvointitavoitteiden korostuessa
4. Kunnalliset liikelaitokset ja osakeyhtiöt	Lisääntyvät jonkin verran	Lisääntyvät	Lisääntyvät paljon	Lisääntyvät paljon
5. Poliitikkojen osallistuminen operatiiviseen päätöksentekoon	Vähemmän	Hieman vähemmän tai nykytasoa	Nykytasoa tai hieman enemmän	Hieman vähemmän

6. Peruserikoissairaanhoidon ja nykyisen perusterveydenhuollon yhdistäminen	Yhdistyvät	Yhdistyvät	Alueellisesti erilaisia ratkaisuja	Alueellisesti erilaisia ratkaisuja
7. Riittävän suuret perusterveydenhuollon toimintayksiköt	Yleensä, mutta riippuen peruskuntien tahdosta	Muodostuvat	Muodostuvat	Muodostuvat
8. Erikoissairaanhoidon työnjaon (ja erikoistumisen) edistyminen	Jossain määrin	Jossain määrin	Edistyy selvästi	Edistyy selvästi
9. Potilaan valinnanvapaus	Edistyy terveyspiirien yhteistyönä	Edistyy terveyspiirien yhteistyönä	Edistyy palvelusetelienä	Edistyy palvelusetelienä
10. Rahoituksen monikanavaisuus	Vähenee hieman	Vähenee hieman	Vähenee ratkaisevasti palvelusetelijärjestelmällä	Vähenee ratkaisevasti palvelusetelijärjestelmällä
11. Erilaiset mallit maan eri osissa	Jossain määrin	Hieman enemmän kuin 4-tasomallisissa alue-tason vahvistuessa	Erilaiset mallit korostuvat	Erilaiset mallit, kuitenkin syntyvät hyvinvointierot tehokkaassa seurannassa

4.5.2 Teesi väestöpohjaltaan 15 000–40 000 perusterveydenhuollon hoitoyhteisöistä ja sen perusteluja

Johdanto

Delfoi-prosessin II kierros tuotti varsin paljon perusteluja sille, että perusterveydenhuoltoa, peruserikoissairaanhoitoa ja vanhustenhuoltoa kannattaa toteuttaa noin 15 000–40 000 hengen ”moduleina”, jotka muodostavat noin 20 000–150 000 alueita lukuun ottamatta suuria kaupunkeja ja niiden lähialueita. Tälle näkemykselle löytyy myös muita sitä perustelevia tuoreita tutkimustuloksia.

Johtopäätös voidaan kiteyttää seuraavaksi teesiksi:

Teesi: Perusterveydenhuolto, peruserikoissairaanhoito ja vanhustenhuolto on suuria keskuksia lukuun ottamatta mielekästä jaotella etäisyystekijät huomioonottaen noin 15 000–40 000 hengestä vastaaviksi yksiköiksi, jotka yhdessä vastaavat noin 20 000–150 000 hengen alueen perusterveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta. Alueella tulisi aina olla pääterveyskeskus, jonka hoitovastuualueen tulisi olla vähintään 20 000 henkeä. Lisäksi siihen voisi kuulua terveys- ja sosiaalialueita, jonka väestöpohjan ei tulisi olla alle 15 000. Perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon järjestäjä alueella muodostuisi näin pääterveyskeskusalueesta ja sen rinnalla mahdollisesti toimivista terveys- ja sosiaalialueista.

Lukuun ottamatta jatkuvasta päivityksestä vastaavaa, tiettyssä paikassa sijaitsevaa, tyypillisesti aluesairaalaan tai pieneen keskussairaalaan yhdistettyä pääterveyskeskusta, terveydenhuollon paikallisen järjestämisen tulisi olla joustavaa ja sen tulisi tehokkaasti hyödyntää uuden tieto- ja viestintätekniikan mahdollisuuksia. Paikallisten yksiköiden tulisi olla joustavasti toimivia lääkäreiden, sairaanhoitajien, vanhustyöntekijöiden ja muiden sosiaali- ja terveyssektorin ammattilaisten työyhteisöjä. Pääterveyskeskuksen vähimmäisväestöpohja on samalla mielekäs vähimmäiskoko kunnalle. Hyvin harvaan asutuilla alueilla vaatimuksesta voitaisiin kuitenkin joustaa.

Teesiä arvioidaan seuraavassa kolmelta kannalta. Ensimmäisen tarkastelukulman muodostaa se, missä määrin teesi tukee jo tehtyjä päätöksiä ja toteutetuista pilottihankkeista saatuja kokemuksia. On mielekästä lähteä siitä, että kehittämistyö jatkuu jo tehdyistä päätöksistä ja ottaa huomioon toteutetut pilotit.

Toinen teesin arviointitapa testaa teesiä siltä kannalta, kuinka kustannustehokkaasti palvelut on voitu tuottaa erikokoisissa yksiköissä. Ongelmana tässä lähestymistavassa, jota erityisesti VATT on Suomessa edustanut, on vaikeus ottaa huomioon palvelujen laatu ja ne erityiset olosuhteet, joissa palvelut on tuotettu. On toki aivan eri asia järjestää palveluja suuressa kaupunkikeskuksessa kuin pienessä saaristokunnassa tai Lapin erämaassa. Ongelmana on myös muutoksen ennakointi. Teknologian nopeasti kehittyessä ei voida ongelmitta lähteä siitä, että 2000-luvun alussa toimivat ratkaisut ovat hyviä vielä vuonna 2015. Esimerkiksi geenitekniikan kehityksen vuoksi erikoissairaanhoito voi olla hyvin erilaista kuin nyt.

Kolmas tapa edetä mielekkäiden ratkaisujen etsimisessä on pyytää erityisen kokeneita, alan viimeistä kehitystä tuntevia ja eri intressitahoja tasapuolisesti edustavia asiantuntijoita arvioimaan eri palveluratkaisujen mielekkyyttä. Terveydenhuoltojärjestelmä muodostaa erittäin monitahoisen kokonaisuuden, jonka vaikuttavuutta tulevaisuuden kansanterveyteen on erittäin vaikea arvioida. Mittaamalla vain jotain puolta – kuten eri ratkaisujen menneisyydestä projisoituja tulevia kustannuksia – voidaan joskus päätyä hyvin harhaanjohtaviin tuloksiin. Ottamalla käyttöön alan parhaiden tuntijoiden ”hiljainen tieto” voidaan tavoitella syvällisempää näkemystä tulevaisuuden tarpeista ja mahdollisuuksista. Ongelmana on kuitenkin, että asiantuntija tarkastelee intressitahonsa ”silmälasien” läpi tulevaisuuden mahdollisuuksia, varsinkin kun hän esittää julkisia kannanottoja. Tämä ongelma voidaan ainakin osittain ratkaista asiantuntijoiden tarkasti harkitulla valitsemisella ja välttämällä kannanottojen leimautumista niiden esittäjän mukaan. Näin meneteltiin kevään 2005 Delfoi-prosessissa.

Kuinka teesi vastaa aiempia kehittämispäätöksiä ja kokemuksia piloteista?

Teesi on samansuuntainen valtioneuvoston 11.4.2002 tekemän periaatepäätöksen kanssa, missä se määritteli terveydenhuollon alueellisen kehittämisen lähtökohtia.

Vuonna 2003 sairaanhoitopiirien ylläpitäminä toimi 5 yliopistollista sairaalaa, 16 keskussairaalaa ja 33 muuta kunnallista sairaalaa. Pääterveyskeskusten kehittelyn lähtökohtina näistä voisi toimia ehkä noin 40 kpl. Samana vuonna toiminnassa oli 279 terveyskeskusta (niistä sairaansijallisia 240) eli uudet terveysalueet muodostuisivat tyypillisesti noin neljän terveyskeskuksen yhteenliittyminä. Alesairaaloiden ympärille rakennettuja perusterveydenhuollon yhteenliittymiä on toteutettu Forssan seudulla siten, että yhteenliittymän väestöpohja on 36 000. Jämsän seudulla vastaavan yhteenliittymän väestöpohja on 24 000 henkeä, Imatralla 30 000, Kemijärvellä 10 000, Pieksämäellä 25 000, Raahessa 36 000, Mäntässä 13 000 ja Raumalla 33 000. Kemijärveä ja Mänttää lukuun ottamatta vastuualueet ylittävät asetetun 20 000 hengen minimivaatimuksen pääterveyskeskukselle.

Kainuu on esimerkki itsenäisistä kunnista muodostetusta palvelumaakunnasta, joka on järjestänyt toimintansa pääterveyskeskuksen ja terveys- ja sosiaalialueiden mallilla. Kajaanin seudun sairaalan yhteyteen on muodostettu pääterveyskeskus, jonka väestöpohja on 44 000 henkeä. Yksi pääterveysasema toimii Suomussalmella (väestöpohja 17 000). Kuhmon ja Sotkamon muodostamalla terveysalueella (väestöpohja 22 000) ei ole selvää yhtä keskusta vaan toiminnat on jaettu Sotkamon ja Kuhmon terveyskeskusten kesken. Etäisyystekijät huomioon ottaen ratkaisu on epäilemättä mielekäs.

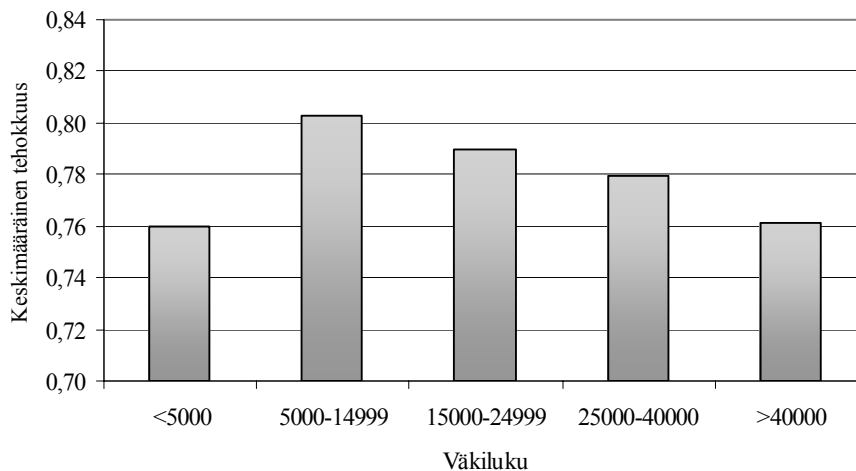
Tuoreita kokemuksia mallin toimivuudesta on saatu varsinkin Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä (FSTKY). FSTKY vastaa viiden jäsenkuntansa kaikista terveyspalveluista niitä itse tuottamalla tai tilaamalla. Kuntien kaikki terveydenhuollon kulut ovat vuodesta 2001 lähtien kulkeneet kuntayhtymän kautta (Puro 2005). Kunnat ovat kuuluneet Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin, mutta kuntayhtymä on voi-

nut ostaa palvelut tarkoituksenmukaisesta ja haluamastaan organisaatiosta. Perusterveydenhuollon osalta kuntayhtymässä on korostettu hoidon saatavuutta, toimivuutta ja vaikuttavuutta. Merkittävänä tapana edistää tätä on ollut omalääkärin ja -hoitajan työnjako sekä heidän toimintansa hoidon koordinaattoreina. Erikoissairaanhoidon peruspalvelujen tuottaminen on ollut Puron (2005) mukaan toinen kuntayhtymän kulmakivi. Toiminta on ollut valikoivaa ja avohoitoa korostavaa. Jatkuvasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä on luovuttu kuten myös synnytysistä. Erikoissairaanhoidossa ja muissakin toiminnoissa on pyritty mielekkääseen työnjakoon ostopalvelujen ja itse tuotettujen palvelujen välillä.

FSTKY:n budjetoinnin mukaisen tarkastelun perusteella itse tuotettujen palvelujen osuus on ollut noin 60 % ja ostopalvelujen noin 40 %. Forssan kokemusten pohjalta voidaan päätellä, että yli puolet terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluista on sellaisia, että 20 000–120 000 hengen alue voi niiden osalta mielekkäästi valita oman tuotannon ja ostopalvelujen välillä. Tätä voidaan perustella erityisesti sillä, että vanhusten perushoito ja asumispalvelut on perusteltua järjestää lähipalveluna, vaikka asiantuntijakuumisen perusteella nimenomaan vaativan erikoissairaanhoidon (erityisesti syöpähoidot) kulut tullevat kasvamaan vuoteen 2015. Forssan seutua vastaavia tuoreita kokemuksia on saatu myös terveydenhuollon järjestämisestä Kainuussa.

Tuloksia erikokoisten terveystenkesten toiminnan tehokkuudesta

VATT:n yleislääkärijohtoisia terveystenkesten vuonna 2003 koskevan tutkimuksen mukaan (Aaltonen ym., 2005) terveystenkesten tehokkaimman kymmenyksen mediaaniväestöpohja oli noin 16 000 asukasta, kun kaikkien yleislääkärijohtoisien terveystenkesten väestöpohjan mediaani oli vajaa 10 000. Tämä viittaisi siihen, että pääterveystenkekeskus + joustavat alayksiköt malli olisi tehokkaampi kuin alle 10 000 hengestä vastaavan itsenäisen terveystenkeksen malli. Siihen, että myös liian suuret terveystenkekeskukset voivat olla ongelmallisia, viittaa toisaalta se, että myös aineiston suurimmat terveystenkekeskukset olivat keskisuuria tehottomampia.



Kuvio 1. Terveystenkesten tehokkuusluvun mediaani terveystenkeskusalueen väkiluvun mukaan vuonna 2003

Kuten yllä oleva kuva osoittaa, VATT:n tutkimus viittaa erityisesti pienimpien alle 5 000 hengen ja suurimpien yli 40 000 hengen terveystenkesten ongelmallisuuteen. Tutkimuksen yhteydessä tehdyssä regressioanalyysissä terveystenkesten sisäisten tekijöiden muutoksilla pystyttiin selittämään 11,0 prosenttia

varianssista. Merkitseviä muuttujia löydettiin neljä: lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan osuudet, asiakaspalveluostojen osuudet ja omalääkärijärjestelmä.

Henkilöstörakenteella näytti VATT:n tutkimuksen mukaan olevan selkeä merkitys terveystieteiden tehokkuuteen. Lääkäreiden suhteellisen osuuden kasvu näytti nostavan terveystieteiden tehokkuutta ja hoitohenkilökunnan osuuden kasvu päinvastoin laskevan sitä. Tätä tulosta Aaltonen ym. (2005) selitti sillä, että lääkärivajeen vuoksi moni terveystietokeskus on joutunut turvautumaan ostopalveluihin. Tätä johtopäätöstä tuki se, että asiakaspalveluiden ostopalveluiden lisääntymisellä havaittiin selkeä terveystieteiden tehokkuutta laskeva vaikutus. VATT:n tutkimus päätteli, että palveluiden tuottajien vähäisyydestä johtuen kunta voi vain harvoin kilpailuttaa ostopalveluiden tuottajia.

Ongelmallinen tulos VATT:n tutkimuksessa oli omalääkärijärjestelmän käyttöönoton kielteinen vaikutus terveystieteiden tuottavuuteen. Se on varsin jyrkässä ristiriidassa Delfoi-tutkimuksen asiantuntijoiden keuhalla 2005 omalääkärijärjestelmälle antaman vahvan tuen kanssa. Hoidettavan kannalta omalääkärijärjestelmän etuihin viittaa se, että omalääkärijärjestelmään kuuluvien terveystieteiden potilasjonot ovat Aaltosen mukaan lyhyemmät.

Kuten tulevaisuusväitteiden tarkastelun yhteydessä viitattiin, mikrotasolla ja astetta syvällisemmin terveystieteiden toiminnan tehokkuutta on arvioitu TTK:n tuotantotalouden osastolla tehdyssä tutkimuksessa. Siinä arvioitiin osallistuvalla havainnoinnilla ja haastatteluin pääkaupunkiseudulla toimivan 42 000 hengestä vastaavan terveystieteiden toimintaa (Lillrank ym., 2004). Tutkimus osoitti, että tämän maan suurimpiin kuuluvan terveystieteen toimintaa voitiin olennaisesti tehostaa luopumalla kaavamaisesti toteutetusta lääkärin väestövastuuperiaatteesta ja siirtymällä akuuttitapauksissa ajanvarauksesta ilman ajan varausta tapahtuvaan toimintaan.

Kaksi teesin kannalta olennaista muuta asiantuntijoiden kuulemistä

Kauko Aronen teki kesällä 2005 Kuntaliitolle asiantuntijakyselyn erilaisten kunnallisten palvelujen tuottamiseen soveltuvista väestöpohjista. Kyselyssä tiedusteltiin erilaisiin kunnallisiin palveluihin liitettäviä vähimmäis-, optimi- ja maksimiväestöpohjia. Kyselyyn vastasi 31.8. mennessä taustaltaan jaotellen seuraavat 119 henkeä.

Vastaajien asema	Yhteensä lkm	Yhteensä %
Kunnan- kaupunginjohtajat (myös apulaiskaupunginjohtaja)	33	27,7
Substanssialan johtajat/päälliköt kunnissa tai kuntayhtymissä	45	37,8
Substanssialan viranhaltijat kunnissa	11	9,2
Tutkijat	12	10,1
Järjestöjen asiamiehet, johtajat	8	6,7
Johtajat valtionhallinnossa	8	6,7
Muut kuten seutuhallinto, luottamushenkilö	2	1,7
Yhteensä	119	100,0

Sillä varauksella, että vastaajien määrät erityisiin kysymyksiin jäivät alhaisiksi – terveydenhuoltoon liittyviin kysymyksiin vastasi vain 26 henkilöä – annetut vastaukset tukevat selkeästi useimpien palvelujen järjestämisen kannalta sopivaksi väestöpohjaksi 20 000–120 000. Järjestämisen jakaminen edelleen 15 000–40 000 yksiköihin sosiaali- ja terveydenhuollon osalta sai vastaajajoukolta varsin vahvan tuen. Asiantuntijoista 71 % katsoi, että terveystieteiden vastaanottotoiminnan päivystys vaatii vähintään 20000 hengen väestöpohjan.

Perusteluja teesille antaa myös Itä-Savon terveydenhuoltopiiriä koskeva selvitys. Vuonna 2003 järjestettiin jokaisessa Itä-Savon kunnassa kuntien edustajien haastattelu- ja kuulemistilaisuus nykyisistä ongelmista (Pekurinen ym., 2003). Keskeiseksi ongelmaksi perusterveydenhuollossa tunnistettiin ammattitaitoisen korkeasti koulutetun henkilöstön saatavuus (lääkärit, hammaslääkärit, erityistyöntekijät). Erityisiä ongelmia oli sijaisten saatavuudessa. Pienissä terveyskeskuksissa päivitysjärjestelyt ja toimintojen hajautus pieniin yksiköihin veivät runsaasti voimavaroja normaalilta työltä. Erikoissairaanhoidon menojen ennakointi koettiin erittäin vaikeaksi ja menoihin ei koettu voitavan vaikuttaa.

Miten vastaukset Delfoi-prosessin tulevaisuusväitteisiin tukivat teesiä?

Yli 20 000 hengen terveyskeskuksessa voidaan panelistien yleisen käsityksen mukaan toteuttaa toimintaa joustavammin ja taloudellisemmaksi tekevä kahden jonon periaate. Tämän voi tulkita toimivan hyvin varsinkin harvoin terveyskeskuksessa käyvien osalta. Sen sijaan toistuvaa palvelua tarvitsevien osalta palvelun saaminen samalta tutulta lääkäriltä tai hoitajalta on perusteltua. Erityisen tärkeää on kehittää hoitajien työtä vastuullisemmaksi. Diagnostiikan erityislääkäriä ei pidetty yleisesti tarpeellisenä. Erityisiä alueellisia ratkaisuja harkittaessa on otettava huomioon alueen paikalliset kokemukset, jotta myös lääkärinkunta antaisi hankkeelle tukensa.

Asiantuntijoiden enemmistö antoi tukensa ratkaisulle, missä henkilö itse on vastuussa Internetissä olevasta potilaskertomuksesta ja terveyteen liittyvistä rekisteritiedoistaan. Tämä mahdollistaa tietojen joustavan saannin kaikkialla maassa vähentäen olennaisesti tietojen hankintaan tarvittavaa työvoimaa ja riippuvuutta erityisestä hoitopaikasta. Hoidon paikkasidonnaisuuden väheneminen tukee teesin mukaisia aluekokonaisuuksia. Sitä voi pitää myös tärkeänä tiedollisena lähtökohtana henkilön omalle vastuulle terveydestään. Ongelmaksi voivat kuitenkin muodostua tietosuojaan liittyvät kysymykset. Eniten vastustusta ajatukselle oli keskushallinnossa ja lääkärinkunnan piirissä. Vahvempi väite, että potilas voi kieltäytyä hyväksymästä potilaskertomuksensa tekstiä, ei saanut enemmistön tukea.

Väestövastuu sai panelistien yleisen hyväksynnän. Teesiin liittyen suuremman yksikön puolesta puhuva näkökohta oli, että vastuu voitaisiin yksittäisen lääkärin asemasta antaa lääkäriryhmälle. Tällainen ryhmä voisi ottaa vastuun myös ennalta ehkäisevästä toiminnasta. Ryhmänä toimiminen voisi olla vastaus myös kritiikkiin siitä, että malli ei toimi henkilöstöpulan tilanteessa.

Kroonikkojen joustavaa lähihoidon järjestämistä pidettiin erittäin tärkeänä ja enemmistö piti apteekkien henkilökuntaa siihen sopivina. Katsottiin kuitenkin myös yleisesti, että tällainen toiminta laajemmassa mitassa edellyttää apteekkimonopoliin murtamista. Teesiin liittyen suuremmilla kunnilla voi tulkita olevan paremmat edellytykset kilpailuttaa apteekkeja. Epäilevimmin ajatukseen suhtautuivat tutkijat ja lääkärinkunnan/hoitajien edustajat.

Tarve jopa sakkotoimin yhdentää ikääntyneiden hoitoketju erikoissairaanhoidosta vanhusten asumiseen sai niukan enemmistön tuen. Vanhusten makuuttaminen vuodeosastoilla todettiin paitsi taloudellisesti myös eettisesti kestäättömäksi. Teesiin liittyen hoitoketju on saatavissa yhtenäiseksi paremmin suuremmassa kunnassa. Toisaalta tulisi aktiivisesti edistää vapaaehtoistyötä vanhustenhoidossa, mikä onnistuneesti paremmin pienyksiköissä.

Selvä enemmistö asiantuntijoista katsoi, että pätevien diagnoosien teko ei vaadi tulevaisuudessa nykyistä suurempia työyhteisöjä. Tärkein perustelu olivat päätöksentekoa avustavat tietokannat. Erityisen vahvasti tätä mieltä olivat aluehallinnon asiantuntijat ja tutkijat. Lääkärinkunnan ja hoitohenkilökunnan edustajien mielipiteet hajaantuivat. Teesiin liittyen johtopäätöksen voi tulkita tukevan ajatusta virtuaalisesta, laajaleikin maantieteelliselle alueelle hajaantuneesta ja joustavasti toimivasta työyhteisöstä.

Vaikka asiantuntijoiden enemmistö ei nähnyt diagnostisoinnin vaativan tulevaisuudessa suurempia työyhteisöjä, erityisesti lääkärikunnan ja hoitohenkilökunnan edustajat ja myös tutkijoiden enemmistö piti mahdollisuutta neuvotella lukuisien toisten lääkäreiden kanssa hyvin tärkeänä viihtymistekijänä. Tämä on selkeä peruste hoidon järjestämiselle suuremmissa yksiköissä. Huomiota kiinnitettiin myös hoitohenkilökunnan naisistumiseen, mikä lisää tarvetta suuremmissa yksiköissä helpompiin sijaisjärjestelyihin.

Vielä riittävän kokoista työyhteisöä hieman vahvemmin asiantuntijat tukivat käsitystä, että erikoissairaanhoidon laadun arviointi edellyttää suurehkoa hoitohenkilökunnan yhteisöä. Hyvin suurta yhteisöä ei kuitenkaan välttämättä tarvita tulevaisuudessa tietokantojen tarjoaman avun vuoksi eli 20 000–120 000 väestöstä vastaava yhteisö näyttäisi riittävän. Yleislääkärit voivat ilman muodollista pätevyyttä erikoistua jonkin erikoisalan hoidon laadun arviointiin.

Oltiin lähes yksimielisiä siitä, että digitaalisen kuvantamisen kehitys tekee mahdolliseksi keveämmän laitevarustuksen lähipalvelupisteissä. Tämä tukee vain kevyesti resursoituja lähipalvelupisteitä, joissa vastuuhenkilöinä ovat sairaanhoitajat lääkärien asemasta. Yritysten edustajat varoittivat kuvien käsittelyn keskittämisestä vain yliopistosairaaloihin.

Myös laboratorioautomaatiikan kehittyminen tukee kevyesti resursoituja lähipalvelupisteitä, joissa vastuuhenkilöinä ovat sairaanhoitajat lääkärien asemasta. Potilaille voitaisiin antaa paljon enemmän vastuuta omien näytteidensä otosta. Yritysten edustajat vastustivat näytteiden analysoinnin keskittämistä yliopistosairaaloihin, vaikka katsoivatkin, että keskittäminen on mielekästä.

Anestesia­lääkäriä ei katsottu tarvittavan pääterveyskeskukseen, joka vastaa noin 20 000–40 000 väestöstä. Välttämättä edes noin 100 000 hengen hoidosta vastaava kunta ei tarvitsisi anestesia­lääkäriä, jos käytettävissä olisi tehokas liikkuva ensihoidon yksikkö. Harvaanasutuilla alueilla perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan 20 000 vähimmäiskoko ei välttämättä muodosta merkittävää heikennystä hoitoihin, jos käytetään tehokkaasti liikkuvia hoitoyksiköitä.

Yksi asiantuntijoille esitetty tulevaisuusväite testasi perusteesin kannalta keskeistä ajatusta siitä, että kunnan pääterveyskeskus toimisi Forssan tai Kainuun mallin mukaisesti aluesairaalan tai pienten keskussairaaloiden yhteydessä. Mielipiteet hajosivat sen suhteen, olisiko mielekästä, että tällaisia sairaaloita hallinnoisivat kunnat vai sairaanhoitopiirit, jotka paremmin voivat järjestää työnjaon alueensa sairaaloiden kesken. Eniten erikoistumisen etuja korostivat lääkärikunnan edustajat.

Selkeä enemmistö asiantuntijoista katsoi yritysmuodon tehostavan terveystalouden tuotantoa mm. mahdollistamalla erikoistumisen. Yritysten edustajat korostivat, että hyöty tilaamisen ja tuottamisen erottamisesta saadaan kuitenkin vain, jos tuottajien välillä vallitsee aito kilpailutilanne. Eniten epäilyksiä yritysmuodon suhteen esittivät lääkärikunnan edustajat. Erään heistä mukaan yrityksen tavoitteena on lisätä tuotteidensa myyntiä (= luoda kysyntää), kasvaa ja tuottaa voittoa. Terveystalouden tavoitteena ei ole luoda kysyntää eikä tuottaa rahaa omistajalleen.

4.5.3 Miljoonapiirit vai noin 200 000 hengen terveydenhoitopiirit vaativamman erikoissairaanhoidon järjestäjinä?

Delfoi-tutkimuksen II kierroksen väitevastauksista löytyy enemmän perusteita sille, että kunnat tai peruspalvelumaakunnat tukeutuisivat erikoissairaanhoidon järjestämisessä miljoonapiireihin pikemminkin kuin 200 000 hengen suuruusluokkaa oleviin terveystieteisiin.

Selvä enemmistö sinänsä pienehköstä vastaajajoukosta näki painopisteen erikoissairaanhoidossa siirtyvän sellaiseen erikoissairaanhoidoon, jota vain vähintään miljoonapiirit pystyvät tehokkaasti hallinnoimaan. Puolet vastanneiden pienehköstä joukosta yhti myös väitteeseen, että erikoissairaanhoidon tilauksia voi vuonna 2015 tehdä pätevästi vasta miljoonapiirin kokoinen yksikkö. Tämän voi tulkita tukevan käsitystä, että on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisen kannalta yleisesti ottaen tarpeetonta tavoitella yli 150 000 hengen väestöpohjia kunnille.

Asiantuntijat olivat varsin yksimielisesti sitä mieltä, että vuoteen 2015 mennessä erikoissairaanhoidon pysyy mm. DGR-laskennalla (diagnosis related groups) tuotteistamaan palvelut sisällön mukaisiksi hoitojaksoiksi ja kokonaisuuksiksi. Tilaaajat saavat näin todellisen tiedon siitä, mitä palveluvastinetta tilauksille tulee ja sairaalat tietävät tarkasti, mitä heiltä odotetaan saamiensa tulojen vastineena. Tämä tekee mahdolliseksi aidot ja sisällölliset keskustelut kuntien/peruspalvelumaakuntien ja palvelua tarjoavien yksiköiden välillä.

5. Oikeudenmukainen hoito teknologian kehittyessä

Tässä luvussa tarkastellaan, kuinka hoitoja voitaisiin ottaa kustannustehokkaasti käyttöön bioteknologioiden nopeasti kehittyessä. Tähän liittyen kevään 2005 Delfoi-prosessilla haettiin vastauksia mm. seuraaviin haasteisiin, jotka nostettiin esiin arviointihankkeen ohjausryhmän haastatteluissa ja asiantuntijoiden kuulemisissa tulevaisuusvaliokunnassa vuonna 2004:

- Millaisia tulisi olla menettelyiden, joilla tieteelliseen näyttöön perustuen systemaattisesti arvioidaan uusien ja jo käytössä olevien hoitojen tehokkuutta, eettisyyttä ja taloudellisuutta?
- Millaisiin eettisiin periaatteisiin hoitoratkaisujen tulisi perustua? Onko ratkaisevaa vain hoitotulos? Miten tulisi suhtautua erittäin kalliiden hoitojen käyttöön?
- Millaisia tulisi olla hoitoperiaatteiden elämän viimeisessä vaiheessa, jolloin lääketieteellisesti arvioiden mahdollisuudet elää yli vuoden ovat erittäin pienet?
- Mikä tulisi olla eri hallinnon eri elimien työnjako hoitojen priorisointipäätöksissä?
- Kuinka tulisi ottaa hoidoissa huomioon yhä useammassa vaivassa esiintyvä harmaa alue vaivan esiintymisen ja sen välillä, että vaivaa ei esiinny?
- Kuinka tehdä priorisointiratkaisuja tukien ja kunnioittaen kansalaisten henkilökohtaisia valintoja?
- Miten päästä siitä, että valmiudesta jonottaa ja omien oikeuksien äänekkäästä vaatimisesta on tullut käytännössä tapa priorisoida?
- Miten ottaa huomioon hoidoissa se, että ikääntyvillä ei ole yhteneviä tarpeita?
- Millaisia säästöjä on mahdollista saavuttaa terveydenhuollon hoitomenoissa hoidon laadusta tinkimättä?
- Miten ottaa huomioon se, että mielekäs taloudellinen panostus biotekniikkoihin perustuu paitsi paraneviin hoitotuloksiin myös hoitojen kehittämisen ja antamisen vaikutuksiin työllisyyteen ja kansantuloon?

Luvun pääsisällön muodostavat Delfoi-prosessin toisella kierroksella esitettyihin tulevaisuusväitteisiin annetut vastaukset ja niiden perustelut. Teemaa tarkastellaan kolmelta kannalta. Ensin tarkastelun kohteena ovat uuden biotekniikan tarjoamat mahdollisuudet terveyden edistämiseen. Tämän jälkeen pohdittavaksi otetaan kysymys, millä periaatteilla uusia hoitoja tulisi ottaa käyttöön ja jo käytössä olevia poistaa käytöstä. Lopuksi pohditaan niitä priorisoinnin eettisiä periaatteita, joita lääkäreiden tulisi noudattaa potilaita hoitaessaan.

5.1 Uuden bioteknologian tarjoamat mahdollisuudet

Uusi biotekniikka on ainakin pidemmällä aikavälillä mullistamassa terveydenhuollon teknologioita. Suuria mahdollisuuksia on nähty varsinkin geenitekniikassa ja kantasolujen käytössä.

Vuosina 2002–2003 toteutettiin eduskunnassa Delfoi-tutkimuksena teknologian arviointi, jossa selvitettiin ihmisen perimän ja kantasolujen tutkimuksen haasteita päätöksenteolle¹. Asiantuntijoina arvioinnissa kuultiin noin 30 geenitekniikan ja kantasolutekniikan suomalaista huippuasiantuntijaa. Osana Delfoi-prosessia asiantuntijat ennakoivat, mitkä geenitekniikan ja kantasolututkimuksen sovellukset ovat tärkeimpiä ajanjaksona 2010–2015. Ennakointikysymykseen vastanneiden panelistien ryhmään kuului suunnilleen yhtä monta geenitekniikan ja kantasolutekniikoiden tuntijaa. Vastanneiden yleinen arvio oli, että geenitekniikan sovellukset tarjoavat paljon mahdollisuuksia jo lähitulevaisuudessa. Sen sijaan kan-

¹ Osmo Kuusi ja Martti Parvinen, Ihmisen perimän ja kantasolujen tutkimuksen haasteet päätöksenteolle, Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2003

tasolujen kansanterveyden tai talouden kannalta merkittävät sovellukset ajoittuvat paneelin mukaan vasta vuoden 2015 jälkeiseen aikaan.

Taulukossa 10 on esitetty ne sovellutukset, jotka panelistit ennakoivat kolmeksi tärkeimmäksi (I, II ja III tärkein) kansanterveyden ja kansantalouden kannalta vuosina 2010–2015. Vastaukset on esitetty sovellutusalueittain osuuksina kaikista ko. tärkeyssijalle asetetuista. Eli jos esimerkiksi tietty sovellutus sai neljä mainintaa I sijalle kansanterveyden kannalta ja kaikkiaan mainintoja ko. sijalle oli 20, osuudeksi muodostui 20 %. Lähtökohtana taulukossa ovat alan suomalaisen osaamisen kautta aukeavat mahdollisuudet, vaikka kehitys lienee maailmanlaajuisestikin pääasiassa samansuuntaista kuin Suomessa. Asiantuntijat pitivät kuitenkin suomalaisten valmiuksia sekä tuottaa että käyttää geenidiagnostiikkaa kansainvälisessä vertailussa erityisen lupaavana mahdollisuutena.

Taulukko 10. Uuden biolääketieteen tarjoamia mahdollisuuksia

Sovellutuskohde I sijojen perusteella kansanterveyden kannalta järjestettyinä poikkeuksena kaikki kantasoluhoidot	Kansanterveyden kannalta tärkeimmät sovellukset 2010–2015, sijat %			Kansantalouden kannalta tärkeimmät sovellukset 2010–2015, sijat %		
	I	II	III	I	II	III
1. Geenitestien kehittäminen ja myyminen tautien tai niihin altistumisen toteamiseksi, lääkkeiden ja hoitojen tehokkuuden arvioimiseksi, ravintoaineiden sopivuuden toteamiseksi tms. ottaen huomioon yksilön geneettinen profiili (pharmacogenetics)	47	18	11	38	17	9
2. Lääkkeiden valmistus maailmanmarkkinoille	18	12	11	31	25	18
3. Rokotteiden ym. ennaltaehkäisyn muotojen valmistaminen maailmanmarkkinoille	12	12	0	0	0	0
4. Testauksissa tarvittavien instrumenttien ja reagenssien valmistus ja myynti (mm. biosirut)	6	29	5	8	50	9
5. Funktionaalisten elintarvikkeiden valmistaminen, jotka ottavat huomioon niiden geneettisen sopivuuden asiakkaalle (vrt. laktoosi-intoleranssigeeni)	6	6	26	16	0	9
6. Sekvensointi-informaation kokoaminen ja myynti ihmisen perimästä, vaihtelusta ihmisten välillä ja vertailut alempien organismien sekvensseihin	6	6	11	0	0	0
7. Sopivien tuotantoalustojen kehittäminen lääkkeiden ja funktionaalisten elintarvikkeiden valmistukseen	0	6	11	8	8	27
8. Kaikki kantasolusovellukset	5	11	27	0	0	28
YHTEENSÄ	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Aikaisemman arvioinnin tulokset olivat keskeisenä perusteena sille, että kevään 2005 bioteknologian vaikutusten tarkastelussa rajauduttiin geeniteknologian sovelluksiin ja sivuutettiin kantasolujen tarjoamat mahdollisuudet. Tämä vastasi myös varsin hyvin kevään 2005 asiantuntijoiden kantaa. Sitä testattiin II kierroksella väitteellä 2.9. Väite sai ainoan kommentoineen keskushallinnon edustajan, lääkärikunnan edustajien ja alueasiantuntijoiden yksimielisen tuen. Myös tutkijoiden enemmistö oli väitteen kannalla. Poikkeuksen muodostivat yritysten edustajat, jotka olivat väitettä vastaan suhteessa 1:2.

Väite 2.9. Biolääketieteen merkittävin hoitoon vaikuttava kehitys vuoteen 2015 mennessä liittyy geenitietoon, geenien ekspressiotietoon sekä geenitietoa hyödyntävään proteomiikkaan. Kantasoluja koskevat tärkeät sovellukset ajoittuvat pääasiassa vuoden 2015 jälkeiseen aikaan.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 13

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 4

Väitettä tukeneet perustelivat kantaansa seuraavasti:

- Proteomiikka on aika lailla uusi tiede, ja siinä on aivan varmasti paljon vielä opittavaa, samoin tiedossa geenien ekspressiosta ja sen säätelystä. Kantasoluista olen samaa mieltä.
- Tärkeintä on geenien toiminnan ja niiden tuotteiden ”jatkojalostuksen” ymmärrys, ja tutkimus onkin jo siirtynyt siihen suuntaan. Perinteinen solubiologia ja fysiologia saavat uutta syvyyttä ja selitysmallit kehittyvät. Sitä kautta – joskus välähdyksenomaisesti, mutta yleensä hitaasti, tieteen lainalaisuuksien mukaisesti – löytyy uusia hoitojakin. Kantasolututkimus olisi keskitettävä maailmassa muutama huippupaikkaan. Tieteen kehitystä ei voi eikä pidä estää, mutta jossain säällisessä ajassa on voitava lupauksia lunastaa. Käsittämättömät määrät rahaa on Suomessakin uhrattu aivan epäkypsään uuteen teknologiaan, jonka tärkeimmät sovellukset (ainakin toistaiseksi) liittyvät degeneratiivisten sairauksien komplikaatiovaiheiden hoitoon. Uskon, että yksilön omia solupopulaatioita ohjailemalla voidaan kehittää uusia hoitoja, mutta perustutkimusta tarvitaan todella paljon lisää ennen kuin voidaan edetä kliiniseen vaiheeseen. Oikopolkuja ei ole.

Väitettä vastustaneiden kannanottoja olivat seuraavat:

- En usko, että hommat rytmittyvät noin. Luulen, että molempien kehitys tulee menemään vahvasti päällekkäin.
- Tulee tapahtumaan, mutta todennäköisesti pidemmällä noin 15–20 vuoden aikataululla.

Tärkeä väitettä tukeneen kannanotto oli, että kantasoluhoidon ennakoitavissa olevat vaikutukset ovat ongelmallisia, koska ne näyttäisivät liittyvän erityisesti degeneratiivisten sairauksien komplikaatiovaiheiden hoitoon. Positiiviset yllätykset ovat toki mahdollisia. Sellainen saattaisi olla esimerkiksi veren valmistaminen in vitro eli laboratoriossa.

Bioteknologian kehitykseen liittyvät muuttuvat mahdollisuudet edetä eri tautien hoidoissa. Esiselvityksen ja kevään 2005 Delfoi-haastattelujen pohjalta muodostettiin seuraava yhteenvedotaulukko siitä, millaisiin hoitoihin suunnataan resursseja enenevästi tai vähenevästi vuonna 2015 vuoteen 2005 verrattuna. Teknologian kehityksen ohella panostukseen vaikuttavat hoitojen priorisointiperiaatteet, joihin palataan lähemmin jaksossa 5.2. Delfoi-prosessin II kierroksella asiantuntijoita pyydettiin kommentoimaan taulukkoa ja korjaamaan sitä käsityksensä mukaiseksi. Heille tarjottiin myös mahdollisuus erottaa todennäköisenä pitämänsä suotavavana pitämästään.

Taulukko 11. Hoitojen kehitys (väite 0.2.)

	Resurssien voimakas lisäys	Resurssien lisäys	Resurssien vähen- minen
Syöpähoitojen lääkitys	x		
Rappeuttavien hermostotautien lääkitys kotona selviävillä	x		
Harvinaisten perinnöllisten tautien lääkitys	x		
Metabolisen oireyhtymän hoito ennaltaehkäisten	x		
Tuki- ja liikuntaelinten hoidot		x	
Diabeteksen lääkitys		x	
Sydän- ja verisuonitautien lääkitys		x	
Mielisairauksien lääkitys		x	
Allergisten tautien ja astman lääkitys		x	
Tautien muu hoito kuin lääkitys (poikkeus: tuki- ja liikuntaelimet)			x

Toisella kierroksella väitettä kommentoineiden enemmistö yhtyi siihen, että todennäköisesti syövän ja rappeuttavien hermostotautien lääkintään käytetään resursseja paljon enemmän vuonna 2015 kuin vuonna 2005. Näitä pidetään yleisesti geenitekniikan lupaavina sovellutusalueina. Asiantuntijat ennakoivat vuoden 2002 arvioinnin yhteydessä, että geenitekniikan eteneminen merkitsee nimenomaan tautien lääkinnän kehittymistä (pharmaco genomics). Kevään 2005 asiantuntijat olivat tästä samaa mieltä. Ilman soraäänä he kannattivat sitä, että resurssien käyttö tulee vähenemään tuki- ja liikuntaelinten hoitoa lukuun ottamatta muissa hoidoissa kuin lääkityksessä. Panostuksen tuki- ja liikuntaelinten hoitoon arvioitiin lisääntyvän, mutta ei voimakkaasti. Keskushallinnon asiantuntija kommentoi lääkehoidon vaikutuksia seuraavasti:

- Lääkehoito silloin, kun se jopa ehkäisee tai tuntuvasti lyhentää sairaalahoitoa, vähentää tarvittavia resursseja, mikäli ne osataan siirtää sairaalamomentilta pois. Suurin kustannuserä sairaalassa ovat henkilötyövuodet, joten mikäli sairaalassa makuuttamisen tarve vähenee, ihmiset on myös saatava sieltä tekemään muita hommia. Tai sitten päästään siihen onnelliseen asemaan, että jonot vähenevät lääkehoidon kehittymisen myötä...

Harvinaisten perinnöllisten tautien lääkinnän osalta II kierroksen kommentoijat jakautuivat tasan voimakasta ja vähemmän voimakasta resurssien kasvua ennakoineisiin. Pientä resurssien kasvua ennakoivien kanta on yllättävä, koska juuri näihin ollaan kehittämässä kalliita geenivirheen vaikutuksia korjaavia entsyymihoitoja. Ennakkotapaus uusista hoidoista on Fabryn taudin entsyymihoito, jonka vuotuiset lääkehoitokustannukset potilasta kohti ovat 200 000–250 000 €. Vai pientä resurssien lisäystä ennakoivaa kannanottoa voi pitää voimakkaana kannanottona uusien hoitojen käyttöönottoa vastaan, ellei sitten kysymyksessä ole heikko perehtyneisyys alan kehitykseen.

Enemmistö toisen kierroksen kommentoijista yhtyi ennakkoarvioon siltä osin, että metabolisen oireyhtymän (korkea kolesterolit, korkea verenpaine, ylipaino) hoito ennaltaehkäisten tulee saamaan tuntuvasti lisää resursseja. Yksi asiantuntija katsoi, että lisäresursseja tarvittaisiin erityisesti potilasohjaukseen ja omahoidon tukemiseen. Metabolista oireyhtymää ennalta ehkäisemällä vältettäisiin panostuksia sekä diabeteksen että sydän- ja verisuonitautien hoitoon. Metabolinen oireyhtymä on tunnistettu ongelmaksi, jolla on osin (erityisesti tyypin 2 diabetes) vahva geneettinen tausta, mutta jonka kehitykseen elämäntavat vaikuttavat ratkaisevasti.

Diabeteksen lääkehoidon osalta yhtä moni II kierroksella kommentoineista uskoi voimakkaaseen ja vähemmän voimakkaaseen resurssien käytön kasvuun. Yhtä voimakasta resurssien kasvua ennakoivutta asiantuntijaa lukuun ottamatta sydän- ja verisuonitautien lääkitykseen ei ennakoitu kohdistuvan erityisen voimakasta uutta panostusta. Sama arvio tehtiin allergisten tautien ja astman lääkityksen osalta jälleen yhden asiantuntijan ennakoidessa voimakasta resurssien käytön lisäystä. Näillä sektoreilla tapahtuu geenitekniikkaan perustuvaa kehitystyötä, joten poikkeaville kannoille löytyy perusteita. Mielen sairauksien hoitoon lääkityksillä on panostettu voimakkaasti viimeisen 15 vuoden aikana. Tällä perusteella on ymmärrettävää, että kaikki kommentoineet panelistit yhtyivät siihen, että resurssien käyttö tähän tarkoitukseen lisääntyy vain lievästi.

Geenitekniikan vaikutuksia ennakoitiin Delfoi-prosessin II kierroksella 10 tulevaisuusväitteellä, joita kommentoi 16–18 asiantuntijaa. Yksi heistä oli alaa perusteellisesti tunteva tutkija.

Geenien luennan yleistymiseen liittyvä väite 2.7. sai hyväksynnän alan erityistuntijalta. Tutkijat olivat väitteen kannalla suhteessa 3:1 ja yksityisen sektorin edustajat 2:1. Sen sijaan ainoa keskushallinnon edustaja oli vastaan. Myös hoitoprofession edustajat olivat vastaan suhteessa 2:3 ja alueasiantuntijat suhteessa 1:2.

Väite 2.7. Geenien luenta kehittyä niin, että vuonna 2015 on mahdollista lukea noin 1 000 euron hinnalla henkilön perimästä kaikki sellaiset kohdat (single nucleotide polymorphisms, SNP:t), joissa ihmiset poikkeavat toisistaan ja jotka mahdollisesti voivat liittyä hänen terveyteensä. Johtavat geneetikot ovat esittäneet viimeisen vuoden aikana tällaisia arviota erityisesti perustuen biosiruteknologian nopeaan kehitykseen.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 11

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 9

Erikoistuntijan kommentti oli seuraava:

- Teknisesti tämä on luultavasti mahdollista. On mahdollista tuottaa henkilökohtainen ”geenikortti” tai tiedosto. Se, missä määrin sellainen otetaan käyttöön, riippuu kysynnästä.

Muita väitettä tukevia kommentteja olivat seuraavat:

- Epigeneettiset tekijät nousevat entistä tärkeämmiksi. Geenien, ympäristön ja henkilökohtaisten valintojen välillä on vuorovaikutussuhde, joka vaihtelee. Esimerkiksi sirujen avulla luettujen geenien merkitys vaaratekijänä vaihtelee sen mukaan, millainen on ihmisen elämäntapa (ympäristön ja valintojen suhteen) ollut. Näin ollen geenin ja taudin välinen riippuvuussuhde vaihtelee eikä tule olemaan niin merkittävä kuin tällä hetkellä meille uskotellaan. Äänekkäimmin geeninäkökulmaa korostavilla on eniten odotuksia tutkimusrahoituksen ja taloudellisten voittojen muodossa!
- Neuvolalla on tärkeä rooli opastamisessa, jos geenikartoitukset tehdään jo heti varhaislapsuudessa esimerkiksi rokotuksiin liittyen.

Eri mieltä olevat esittivät seuraavia kommentteja:

- SNP:t liittyvät pääsääntöisesti alueille, joita ei lueta. Biosiruteknikka antaa tietoa ehkä yksittäisestä nukleotidista ja sen vaihteluista, ei siitä, millä lailla se muutos liittyy varsinaisen valkuaisaineen toimintaan (hyvin mahdollisesti ei mitään, jos proteiinin aminohappojärjestys ei muutu). Ymmärsinkö oikein, että biosiruteknikasta odotetaan apua yksilöiden tunnistamiseen (alueilla jotka siis eivät ole luenta-alueita)? Mitä enemmän biosirut sisältävät esim. tautigeenien tunnistajia, sitä enemmän löytyy eri ihmisistä poikkeavia geenilöydöksiä (on laskettu, että joka ihmisellä on useita vähintäänkin mutaatiota geeneissään, siis luettavissa geeneissä), sitä enemmän tulee epävarmuustekijöitä, ja epäilen että terveydenhuollon kustannukset jo pelkästään perinnöllisyysneuvonnassa

räjähtävät, jos tällaisia kokeita otetaan laajemmalti käyttöön. On myös muistettava, että suuri osa suomalaisten tautigeenien taudeista on ns. perustajaväestövaikutuksen vuoksi yhden tai kahden valtamutaation tauteja. Näin ei ole muualla maailmassa, joten tekniikka ei välttämättä sovellu muualle kuin Suomen oloihin ja markkinoille.

- Varmaan näin voitaisiin tehdä, mutten usko että tänä 10 vuoden aikana poikkeavuuksien terveydellinen merkitys on jo riittävän tarkassa tiedossa.
- Hyvää vauhtia siihen suuntaan ollaan menossa, mutta muotoilu ”kaikki sellaiset kohdat” on varmaankin yliarvio. Monet olennaiset, silloin tunnetut kohdat – kyllä.
- Visio toteutuu, mutta todennäköisesti hieman hitaammalla aikataululla.

Edistymisen geenien luennassa ennakoitiin eduskunnan vuoden 2002 arvioinnissa perustuvan erityisesti biosiruteknologian käyttöön. Tältä sekä kevään 2005 haastattelussa esitetyn väitteen pohjalta muotoiltiin väite 2.8. Kaikissa taustaryhmissä vastanneiden mielipiteet jakautuivat varsin tasan väitettä kannattaneisiin ja vastustaneisiin. Alan erityistuntija oli kuitenkin väitettä vastaan.

Väite 2.8. Vuonna 2010 on käytettävissä noin 5 euroa maksava biosiruanalyysi, jolla voidaan käyttää lääkkeen sopivaan annosteluun tai lääkkeen vaikuttavuuden ja sivuvaikutusten ennakointiin kudoksen (esim. verinäytteen) sisältävän DNA:n, RNA:n tai proteiinien perusteella.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 8

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 8

Väitettä kannattaneet kommentoivat seuraavasti:

- Ensimmäiset tällaiset ovat varmasti jo rutiinikäytössä. Uskon, että tämä on biosiruteknologian ensimmäinen realistinen sovellus (tiettyjen perinnöllisten sairauksien seulonnan ohella).
- Kannatan keinoja, joilla voitaisiin täsmätä ja optimoida potilaan lääkehoitoa. Tällä voitaisiin välttää turhaa hoitoa, turhia haittavaikutuksia ja saada paras mahdollinen hoitotulos niillä potilailla, joille hoito soveltuu ja tehoaa.
- Pidän todennäköisenä, koska painopiste on tällä alueella viranomaispuolella.
- Uskon tähän, koska vaade lääkkeiden vaikuttavuuden näytöstä on aina vaan suurempi.

Väitettä vastustanut erikoisasiantuntija kommentoi seuraavasti:

- Biosiruanalyysin hinta voisi olla 50 euron suuruusluokkaa. Todennäköisempää on, että tieto geneettisestä sopivuudesta perustetaan kerralla tehtävään monipuolisempaan geenianalyysiin. Sen tuottamat tiedot liitettäisiin osaksi henkilökohtaista sähköistä potilaskertomusaineistoa.

Muita väitettä vastustaneiden kommentteja:

- Tässäkin on ongelmana se, että joka lääkkeelle pitäisi periaatteessa hankkia oma sirunsa. Lääkkeiden metaboliageenejä tunnetaan useita, ja toiset lääkkeet metaboloituvat maksassa, toiset munuaisissa, jotkut muualla, osa ei metaboloitu/hajoa elimistössä laisinkaan, vaan menee suoraan virtsaan. Tekijöitä on monta. Lisäksi on otettava huomioon lääkkeiden ja muiden asioiden (mm. ruoka, liikunta yms.) yhteisvaikutus, millä ei välttämättä ole tekemistä geenien kanssa. Ainakaan tällainen ei tule käyttöön viiden vuoden kuluttua. En keksi lääketehdasta, joka olisi valmis kehittämään tällaista sirua myös kilpailijoiden käyttöön...
- Voi toteutua joidenkin yksittäisten lääkkeiden osalta.
- Analyysin kehittäminen todennäköisesti jäisi lääkkeiden kehittäjien vastuulle. Niillä puolestaan tuskin on (ilman viranomaisten painostusta) halua tuoda markkinoilla tekniikoita, jotka lähtökohdaisesti rajoittaisivat lääkkeiden käyttöä.

Väite 2.10. eritteli geenitiedon ja biosirujen aikaansaamaa muutosta lääkkeiden käytössä ja kehittämistavassa. Ehdotettu tulkinta sai peruspiirteiltään kommentoijien asiantuntijoiden tuen. Kaikki taustaryhmät antoivat sille joko yksimielisen tai selvän enemmistön tuen.

Väite 2.10. Nopea kehitys geenitiedossa ja biosirujen käytössä saa vuoteen 2015 mennessä aikaan merkittäviä muutoksia lääkkeiden käytössä ja kehittämistavassa. Vaikutus voidaan jaotella neljään tyyppiin:

- 1) On mahdollista entistä tarkemmin yksilön geenitiedon perusteella annostella lääkkeitä ja välttää näin haitallisia sivuvaikutuksia.
- 2) On mahdollista entistä tarkemmin ilman lääkkeen kokeilua päätellä, tehoaako lääke perimältään tiettyä tyyppiä olevaan henkilöön tai kudostyyppiin (esim. syöpäkudokseen).
- 3) Lääkkeet kehitetään sopimaan vain tiettyä geeniprofiilia edustaville henkilöille tai kudostyypeille (esim. syöpä) ja myös lupa niiden käyttöön rajoitetaan vain tähän profiiliin kuuluviin. Erityisesti pyrkimyksenä on välttää vaarallisia sivuvaikutuksia, jotka hyvin harvoin esiintyvinäkin ovat johdaneet suurin investoinnein kehitettyjen lääkkeiden vetämiseen pois markkinoilta.
- 4) Geenitietoon perustuvasta ennaltaehkäisystä ja elämäntapaneuvonnasta kehittyy tärkeä toimintamuoto.

Eri tautityyppien osalta näiden toimintatapojen 1–4 merkitystä vuonna 2015 voi luonnehtia seuraavasti:

Syöpä: 3 tärkein, jossain määrin 1

Dementia: 1 ja 3 tärkeitä

Mielisairaudet: 1 ja 4, erityisesti psykooseissa 3

MS-tauti: 1, tulehduksen tyyppin tunnistaen 3

Metabolinen oireyhtymä (diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaudet): erityisesti elämäntapojen muokkaaminen alttiuden perusteella 4, myös 1, 3, 2

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet: erityisesti kipulääkitys 1, 2 ja 3

Allergiset sairaudet, astma: 1 ja 3 tärkeitä

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 13

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 3

Erityisasiantuntijan peruskommentti oli seuraava:

- Tarvitaan vielä varsin paljon uutta tutkimustietoa ennen kuin yllä esitetty geenitiedon käyttö voi toteutua. Erityisesti pitkäaikaisvaikutusten ennakointi tulee olemaan vaikeaa. Voidaan mahdollisesti tunnistaa geenitiedon pohjalta metaboliaaltaan erilaisia ihmistyyppisiä, joihin yleisesti soveltuvat tiettyä tyyppiä olevat hoidot.

Hän kommentoi väitettä vielä tautikohtaisesti:

Syöpä: Korostuu, koska hoidot otetaan nopeasti käyttöön

Dementia: Vaikutusten selvittäminen vaatii pitkiä seurantatutkimuksia, mikä hidastaa olennaisesti kehitystä

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet: Mainittujen ohella tulehdusten esto on tärkeä

Muita kommentteja väitteeseen olivat:

- Kohta 4 nousee jo nopeasti esille (mm. kolesterolimittaukset ja elämäntapaneuvonta). Mutta tulee olemaan eroa siinä, koskeeko geenitieto somaattista vai psyykkistä terveyttä tai esim. yksilön lahjakkuus- ja käyttäytymisprofiilia.
- Olen varsin pitkälle samaa mieltä, mutta luulen, että näissä väittämissä ylikorostetaan geenitietoa. Mitä yleisemmistä taudeista (kansantaudit) puhumme, sitä monimuotoisemmat geenit meillä on, ja

loppujen lopuksi ympäristö vaikuttaa enemmän siihen, sairastummeko tautiin vai emme. Samoin mitä suuremmasta kansantaudeista on kyse, sitä monimuotoisempi on myös geenimuutoskirjo. Isojen perintötekijöiden mutaation etsiminen on joskus kuin neulan etsimistä heinäsuovasta. Eri mutaatiot voivat tehdä erilaisen toimintamuutoksen ja eriasteisen taudin. Sirusysteemit näissä eivät ymmärtääkseni ole laisinkaan optimaaliset. Tai ehkä vain en ymmärrä.

- Samaa mieltä aika pitkälle. Tämä tulee aika luonnolliseksi kehitykseksi syystä, että epidemiologin tutkimus laahaa perässä.
- Alakohtaan 4 esitän kommenttina sen, että meillä ei ole riittävästi keinoja tai tietoja siitä, miten ihmisten käyttäytymiseen vaikutetaan. On aika yhdentekevää, mikä on syynä tarpeeseen muuttaa käyttäytymistä (ylipaino, verenpaine, tupakointi, DNA-poikkeavuus). En ole nähnyt tutkimusta siitä, että DNA-tiedon perusteella kansalaisten olisi jotenkin helpompaa tai motivoitumpaa muuttaa käyttäytymistään kuin vaikkapa vyötärön ympärimitan perusteella. Kun raskaus ei saa naista lopettamaan tupakanpoltoa tai alkoholin juomista, niin miten tieto DNA poikkeavuudesta vaikuttaa – pikemminkin luo defaitistisen hällävälä tunnelman!
- Lääkehoitojen vaikuttavuuden arviointi muodostuu sekä yksilön että talouden kannalta keskeiseksi asiaksi. Tällä tavoin "turhia" hoitoja voidaan välttää.
- Yritystä tähän tulee olemaan, mutta ihmiset eivät toimi johdonmukaisesti siten kuin tietävät olevan oikein ja terveellistä. Eihän terveystkasvatus ole kovin hyvin tähänkään asti tehonnut. Ihmisillä on oikeus tehdä omat itsenäiset valintansa, vaikka ne olisivat vääriä ja johtaisivat sairauteen ja enenaikaiseen kuolemaan. Syntyy myös turhautumista siihen, että tiedetään sairauden olevan ns. geeniperäistä, mutta ei olekaan keksitty siihen hoitoa. Hoitojen kehittäminen on hidas prosessi. Esimerkiksi Huntington tautia aiheuttava geeni on löydetty jo aikoja sitten, vaan eipä ole keksitty, kuinka tauti voitaisiin parantaa tai edes tehokkaasti lääkittää oireita.
- Geenitietoon perustuvat sovellukset varmasti lisääntyvät, mutta MS-taudin kaltaisen patogeneesiltään tuntemattoman sairauden hoidossa ne eivät 10 vuodessa ehdi muuttua standardeiksi. Muun muassa tulehduksen yksinomaan vahingollista roolia MS-taudissa on vasta nyt alettu kyseenalaistaa. Hyvä esimerkki siitä löytyy Lancet-lehdestä keväältä 2005. Siinä Glasgow'n yliopiston tutkija väittää, että tulehduksen hillitseminen vasta noin 10 vuotta kliinisessä käytössä olleilla interferonilla saattaa jopa nopeuttaa MS-tautiin liittyvän invaliditeetin kehittymistä pitkällä aikavälillä.

Tärkeä muutos tautien hoidoissa on niiden huomattavasti tarkempi ryhmittely geenitiedon perusteella. Erityisesti tämä tulee koskemaan syöpää aiheuttavia geenivirheitä. Tähän liittyen asiantuntijat saivat arvioitavakseen väitteen 2.11. Vaikka valtaosa kommentoineista tuki väitteen perussanomaa, sen yksityiskohdista oli paljon erilaisia käsityksiä, jotka jakoivat mielipiteitä sekä taustaryhmien sisällä että välillä.

Väite 2.11. Syövän hoito tulee muuttumaan suuntaan, jota ennakoivat rintasyövän hoitoon käytetty Herpesin ja leukemiaan käytetty Clivec. Vuonna 2015 on käytettävissä 50–100 tarkemmin eriytetyn syöpätyypin tai henkilön geneettisen rakenteen tunnistavaa lääkettä. Uusien lääkkeiden nopeaa käyttöönottoa edistää taudin vakavuus, mikä mahdollistaa hyväksynnän ja käyttöönoton ilman sivuvaikutusten pitkäaikaista tutkintaa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 9

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 7

Erikoisasiantuntija esitti väitteestä seuraavan arvion:

- Tällä hetkellä on testattavana 5–10 uutta spesifiin geeni- tai kudostyyppiin perustuvaa lääkettä. Realistisempi arvio kuin 50 vuoden 2015 osalta voisi olla 10–30.

Muita näkökohtia olivat:

- Esitetty kehityssuunta vaikuttaa todennäköiseltä, tosin genetiikkaan perustuvista lääkkeistä tulee rajallisen käyttäjäryhmän vuoksi erittäin kalliita täsmähoitoja.

- Eri syöpien hoito on tällä hetkellä voimakkaassa kehitysvaiheessa. Eri syöpien hoitoja tutkitaan intensiivisesti, ja luulen että erilaisten kasvutekijöiden ja kasvutekijöiden estäjien tutkimus tuo jo varsin pian uutta syöpien hoitoihin. En kuitenkaan usko tuohon määrään. Ehkä muutamien syöpien kohdalla päästään jo yksilöityihin hoitoihin.
- Tässä tarvitsemme kliinisen tutkimuksen sääntöjen hienosäätöä.
- Lääketeollisuus ei tule lisäämään riskinottoaan tässä suhteessa.

Lääkkeiden tuotannon kuluista valtaosa muodostuu niiden kehittämiskuluista. Tästä seuraa, että potilaskunnan laajuudesta riippumatta lääkeyrityksen kulut lääkkeen valmistuksesta ovat samaa suuruusluokkaa. Kun syöpähoidoissa potilasmäärät lääkettä kohti vähenevät, paine yhä korkeampaan hintaan lisääntyy. Tästä lähtökohdasta esitettiin väite 2.12. Kiintoisa tulos oli, että alueasiantuntijat, yritysten edustajat, tutkijat ja hoidettavat olivat yksimielisesti väitteen kannalta. Sen sijaan profession edustajien kannat hajaantuivat suhteessa 2:2 ja ainoa keskushallinnon edustaja oli väitettä vastaan.

Väite 2.12. Syövän hoitoon käytettyjen lääkkeiden osuus kaikista lääkkeistä on nyt noin 10 %, mutta lääkkeiden kehitysinvestoinneista noin 50 % on suunnattu syöpälääkkeiden kehittelyyn. Voidaan ennakoita, että Fabryn taudin lääkkeen kaltaiset pienille ryhmille suunnatut hyvin kalliit, mutta tehokkaat hoidot tulevat yleistymään syöpien hoidossa. Tällä perusteella vuonna 2015 syöpäterapiat tulevat maksamaan yhteensä ainakin kolme kertaa enemmän kuin nyt.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 14

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 3

Erikoisasiantuntija oli se, joka haastattelussa esitti väitteen. Hän perusteli näkemystään edelleen seuraavasti:

- Korkeat syövän hoidon kustannukset voivat seurata myös siitä, että syöpä muuttuu yhä useammin jatkuvaa hoitoa vaativaksi krooniseksi taudiksi.

Muiden väitettä tukeneiden kannanottoja olivat seuraavat:

- Tässä olisi tärkeää tarkastella syövän hoidon hintaa kokonaisvaltaisesti. Jos hoito voidaan täsmätä siitä hyötyville potilaille ja siten karsia ”hakuammuntana” tehtävät hoidot pois ja jos uusilla lääkkeillä saadaan aikaan paraneminen/huomattavasti parempi ennuste, on tämä otettava huomioon kustannusvaikuttavuusanalysissä. Siten lääkkeen hinta yksin ei kerro koko totuutta hoidon kustannuksista.
- Olennaista on se, mitä yhteisönä suostumme näistä hoidoista maksamaan. Palataan asiaan puhelimessa ja tarvittaessa kirjallisesti.
- Maksajan näkökulmasta kehityssuunta asettanee aivan uusia vaatimuksia hoitojen kustannustehokkuuden seurannalle.
- Kertahoito maksaa enemmän, mutta kustannuksia säästyy koska taudit eivät uusi eivätkä lääkkeet aiheuta nykyisen kaltaisia sivuvaikutuksia. Säästöä syntyy myös siitä, että sairaanhoitajia ei tarvita, vaan hoito tapahtuu itsenäisesti kotona. Kokonaiskustannukset, kivut ja muut ongelmat vähenevät.

Väitteestä eri mieltä olleet kommentoivat seuraavasti:

- Kun lääkekehitys yleistyy, myös kilpailu lisääntyy ja se rajoittaa kustannuskehitystä. Jos syövän hoitoon saadaan lääkkeitä, jotka hävittävät syövän, kustannukset nykyisestään voivat jopa laskea. Samoin jos pystytään rakentamaan täsmähoitoja, on mahdollista, että esim. sairaalahoitokustannukset putoavat, ja näin kustannuskehitys voi olla, kiitos intensiivisen tutkimusaktiviteetin, täysin päinvastainen. Toisaalta jos patenttisuojasäännökset säilyvät nykyisenkaltaisina, kilpailu laskee hintoja välittömästi patenttisuojan rauettua, samoin jos kilpailevat lääkeyritykset syntetisoivat sa-

moihin tauteihin vaikuttavia lääkkeitä. Toisaalta, kun väestö vanhenee, myös syöpien määrä tulee ilmeisesti kasvamaan.

- Syöpien hoidossa tuskin tarvitaan elinikäisesti käytettäviä kalliita lääkkeitä kuten Fabryn taudin hoidossa. Tehokkaat syöpähoitot saattavat myös kokonaan parantaa joitakin potilaita, jolloin syövän loppuvaiheen resursseja kuluttava palliatiivinen hoito jää pois. Siten kustannusten kolminkertaistuminen on todennäköisesti yliarvio.

Erityinen haaste geenitiedolle on sen käyttö ennaltaehkäisyyn. Varsinkin tyypin 2 diabeteksen suhteen tämä mahdollisuus vaikuttaa lupaavalta myös hoitokustannusten vähentämisen kannalta. Tähän liittyi väite 2.13. Alueasiantuntijat ja yritysten edustajat olivat väitteen kannalla suhteessa 2:1. Profession edustajien kannat jakautuivat 2:2. Muut ryhmät olivat sen sijaan lähes yksimielisesti väitettä vastaan mukaan lukien erikoisasiantuntija.

Väite 2.13. Vertailemalla identtisiä ja epäidenttisiä kaksosia on havaittu perinnöllisten tekijöiden olennaisesti vaikuttavan alttiuteen sairastua tyypin 2 diabetekseen sekä sydän ja verisuonitauteihin. Yhdistämällä geneettinen alttiustieto metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on vuonna 2015 onnistuttu olennaisesti vähentämään siihen liittyviä hoitokustannuksia.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 7

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Väitteen kannalla ollut perusteli näkemystään seuraavasti:

- Tämä onnistuu, jos ennaltaehkäisevissä toimenpiteissä todella onnistutaan. Jos väestön terveyskäyttäytyminen jatkuu nykyisellään, geneettisellä alttiustiedolla ei ole suurtakaan käytännön merkitystä. Ennaltaehkäisy ei toteudu itsestään, vaan siihen on todella paneuduttava ja löydettävä soveltuvat keinot. Sen on oltava yksi terveydenhuollon prioriteetti.

Väitettä vastaan olleet potilaiden edustajat esittivät seuraavaa:

- Harva ihminen on niin kurinalainen, että toimii annettujen terveysohjeiden mukaisesti.
- Vaikka alttiustieto olisikin käytettävissä, sitä tulee ehkä hyödyntämään vain ne hyvätuloisemmat sosiaaliluokat, joiden elämäntapa muutenkaan ei välttämättä erityisesti altista metaboliselle oireyhtymälle.

Muita vastaan olleiden kommentteja olivat:

- Geeniperimä näissä taudeissa voidaan löytää myös sukupuusta. Nykykehityksestä näkee, miten paljon sillä on ollut vaikutusta. Samoin kolesterolin- ja verensokerimittaukset ajavat jossain määrin saman asian kuin geenitestit. Kansantaudeissa geenien kirjo lienee hyvinkin monimuotoinen. Koviin paljon lisätietoa ne eivät kansantaudeissa tule antamaan.
- Aika lailla eri mieltä. En oikein usko läpimurtoon tätä kautta. Luultavasti eteneminen on hidasta ja asteittaista. Ehkäpä hoitokustannuksia on saatu kuriin, mutta muusta syystä.
- Liian optimistinen ajatus, koska elintapojen huonontuminen (nuorten ja naisten tupakointi ylipainoisuus sekä alkoholin kulutus) ovat edelleen jatkuvassa nousussa.
- Metabolisen oireyhtymän aiheuttamat komplikaatiot tulevat hitaasti. Ennaltaehkäisevien toimien vaikuttavuus tulee esiin vasta 5–15 vuoden kuluessa. Vuonna 2015 ollaan vaiheessa, jossa ennaltaehkäisyyn käytetään olennaisesti enemmän resursseja kuin nykyisin, mutta komplikaatioiden vähenemisen tuoma säästö on vielä edessäpäin.
- Hoitokustannukset eivät ole vielä realisoituneet interventioryhmässä. Periaatteessa uskon yllä, että tämä on mahdollista ja oikein.

Kommentoineet hylkäsivät yleisesti ajatuksen, että terveyskeskukset pitäisi pitää jatkuvasti ajan tasalla geenitiedon kehityksestä. Väitteen 2.14. puolelle löytyi enemmistö ainoastaan profession edustajista suh-

teessa 2:1. Hoidettavilla suhde oli 1:1. Kaikki muut ryhmät olivat enemmän tai vähemmän yksimielisesti esitystä vastaan mukaan lukien erikoisasiantuntija.

Väite 2.14. Terveyskeskukset toimivat vuonna 2015 yhä systemaattisemmin uusien lääkeaineiden kokeilijoina tutkien niiden sivuvaikutuksia ja vaikuttavuutta. Koska uudet lääkeaineet perustuvat yhä tarkempaan suuntaamiseen geneettisesti sopivalle kohderyhmälle, terveyskeskuksessa tulee olla käytettävissä ajantasainen tieto geenitiedon kehityksestä.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 6

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 12

Myönteistä kantaa edustaneiden kommentteja:

- Toivetila, hyvä on, jos 10 vuodessa saadaan edes erikoissairaanhoitoon riittävä määrä osaamista!
- Lääkkeiden vaikuttavuuden ja turvallisuuden seuranta perustuu pitkälti sähköiseen potilaskertomukseen rutiininomaisesti tallennettavaan tietoon, jota analysoidaan keskitetysti.
- Oleellisin tekijä tulee olemaan asiakkaan sähköinen sairauskertomus, joka mullistaa koko hoidon seurannan ja suunnittelun. Genomiikka auttaa osaltaan.
- Mikäli terveyskeskukset todella alkavat systemaattisesti tutkia uusien lääkeaineiden tehoa ja sivuvaikutuksia, se saattaisi vaatia myös pääsyä geenitietopankkeihin.

Kielteisellä kannalla olleen erikoistuntijan kommentti oli seuraava:

- Uskon tältä osin pikemminkin terveyskeskusten rooliin tautien ennaltaehkäisyn ja geenitiedon yhdistämisessä.

Muiden kielteistä kantaa edustavien kommentteja olivat:

- Terveyskeskusten resurssit eivät ole riittävät.
- Erittäin epätodennäköistä, koska terveyskeskusten resursointi ei tule paranemaan.
- Ei löydy niin monta geenispecialistia ja rahoitusta.
- Ammattitaito ei riitä ja koulutus laahaa kehityksen jäljessä.
- Siis yleensä tietoa geenitiedon kehityksestä? Vai yksittäisen potilaan kohdalla hänen geenitiedoistaan, jotta hänelle voitaisiin räätälöidä sopiva annostus jotain lääkettä? Tässä törmätään ongelmaan, että lääkeaineet metaboloituvat elimistössä eri tavalla riippuen lääkemolekyylin rakenteesta. En usko, että tekniikka kymmenessä vuodessa kehittyy tälle asteelle. Luulen, että jos potilaalla tapahtuu jonkin kokeillun lääkeaineen suhteen jotain merkillistä tai odottamatonta tai sukutieto antaa olettaa, että on keskimääräistä herkempi reagoimaan jollekin lääkkeelle tai lääkeryhmälle, tai vakiohoidot eivät pure, entistä helpommin lähdetään tutkimaan näitä lääkeaineita metaboloivia entsyymeitä ja muita systeemejä.
- On vaikea kuvitella, että suomalaiset terveyskeskukset toimisivat laajamittaisesti lääketehtaiden klinisinä laboratorioina. Yliopistosairaaloiden toiminnan luonteeseen kliniset kokeet jossain määrin kuuluvat, mutta terveyskeskuksen tehtävänä ei ole klinisten kokeiden suorittaminen. Se ei myöskään ole perusterveydenhuollon lääkärin ydinosasuoritus. Minusta geenitiedon hyödyntämisestä terveydenhuollossa on laadittava strategia, jossa tärkeänä osana tulisi olla päättää, miten sitä hyödynnetään terveyskeskuksissa. Kuitenkaan ne eivät ole primaariyksiköitä tiedon tuottamiseen. Sen sijaan niiden on tärkeä arvioida omia hoitoprosessejaan ja kehittää niitä.

Vielä edellistä väitettä yksimielisemmin tyrmättiin ajatus, että tulevaisuuden suurempien kuntien tyypillisesti nykyisessä aluesairaalassa tai pienessä keskussairaalassa olevassa terveyskeskuksessa olisi geenitiedon specialistilääkäreitä. Väitteelle löytyi vain yksi tukija tutkijoiden ryhmästä. Hänen mielestään geenitiedon soveltaminen on tärkeää läpi hoitoketjun.

Väite 2.15. Suurissa terveyskeskuksissa toimii vuonna 2015 geenitiedon spesialistilääkäreitä. Heidän tehtävänä on erityisesti hoitoja ennaltaehkäisten neuvoa noin 30 000 hengen vastuualueensa väestöä geenitiedon käytössä sekä avustaa muita lääkäreitä mahdollisissa geenitietoon perustuvissa seulonnoissa ja geenitiedon yhdentämisessä hoidon määrittelyyn.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 1

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 15

Eri mieltä olleiden kommentteja:

- Terveyskeskusten resurssit eivät ole riittävät.
- Tuskin tällaiseen väestömäärään suhteutettua spesialistimäärää saadaan koulutettua saati resursoitua tilanteessa, jossa kuratiivisen hoidon ja kuntoutuksen vaatimat resurssit ovat kilpailemassa genetiikan kanssa.
- Uskon ennemminkin siihen, että geenitieto on enenevästi joka lääkärin ulottuvilla, ja ongelmatapauksessa käännetään yliopistosairaaloiden puoleen.
- Tähän ei tarvita erityisiä spesialisteja lisää, vaan terveyskeskuslääkärit koulutautuvat enemmän ja käyttävät valmiita "netti"-ohjelmia asian selvittämiseen. Konsultaatiomahdollisuudet paranevat.
- Mihin katosivat terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt kunnista? Miksi geenitieto olisi näin erilaista verrattuna kaikkeen muuhun terveyden edistämiseen? Sen käyttö pitää saada osaksi kokonaisuutta, ei päinvastoin.
- Geenitiedon asiantuntijoiden koulutus kestää 8–10 vuotta, joten jo nyt pitäisi käynnistää satojen ihmisten kouluttaminen!
- Geenitiedon spesialisteja ei ole vielä vuonna 2015 – heidän koulutustaankaan tuskin saadaan käyntiin vielä ennen 2010-luvun alkua.
- Eivät ihmiset aina halua tietää kuuluvansa johonkin lääketieteelliseen erityisryhmään, eivätkä halua tietää myöskään sitä, mihin mahdollisesti tulevat myöhemmin sairastumaan. Näistä tiedoista syntyy liikaa pelkoja ja ahdistusta. Kansaa kiinnostaa varsin arkiset asiat!
- Luulen, että hoitoa ja diagnostiikka tukeva geenitieto tulee niin helpoksi tulkita ja käyttää, että mitään erityistä specialismia tähän ei tulla tarvitsemaan.

Verrattuna vuoden 2002 eduskunnan geen- ja kantasolutietoarvioinnin tuloksiin voi pitää hieman yllättävänä sitä, että Genomitietokeskus ei saanut väitteen 2.16. muodossa asiantuntijoiden enemmistön kannatusta. Alueasiantuntijoiden enemmistö oli tosin väitteen kannalla suhteessa 2:1 ja profession edustajat jakautuivat tasan kannoissaan suhteessa 2:2. Yksi vastaan ollut profession edustaja ei itse asiassa ollut geenitietopankkia vastaan, vaan katsoi tietojen luovutuksen tapahtuvan sähköisesti osana sähköistä potilaskertomusta. Muista ryhmistä löytyi vain yksittäisiä väitteen tukijoita. Myös erikoisasiantuntija oli vastaan.

Väite 2.16. Suomessa on 2015 valtakunnallinen Genomitietokeskus, johon on systemaattisesti koottu väestön geenitietoa. Henkilöillä, jotka ovat luovuttaneet perehtyneellä suostumuksella geenitietojaan keskukselle, on mahdollisuus joko salasanaan käyttäen tietoverkossa tai yhdessä spesialistilääkärin kanssa tutustua henkilökohtaisiin geenitietoihinsa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 6

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Väitteen kannalla olleet esittivät seuraavia kommentteja:

- Genomikeskus on jo. Lisäksi on keskusteltu vastasyntyneiden veritäplien säilyttämisestä. Tavalla tai toisella tällainen tietopankki tulee toteutumaan.
- Geenitietokeskuksen perustaminen olisi toivottava kehityssuunta.

- Kiinnostuneille pitää antaa tietoa, mutta on oltava myös oikeus kieltäytyä tiedosta. Mitä sanovat suku ja tulevat sukupolvet tietopankista, johon heillä ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa, vaikka myös heidän geenitietonsa sieltä löytyvät.

Liekö tutkijatausta vaikuttanut siihen, että erikoisasiantuntija esitti seuraavan kommentin:

- Uskon, että geenitietoa käytetään tällä aikatahtaimella vain tutkimuksessa.

Muita eri mieltä olleiden kommentteja olivat:

- Väitteen alkuosan mukainen kehitys toisi räjähdysmäisen ryntäyksen perinnöllisyysneuvontaan, jälkimmäinen ratkaisu veisi kohtuuttoman paljon resursseja potilaan muusta hoidosta.
- Luulen, että tieto tulee osaksi asiakkaan sairauskertomusta. Tuskin omaa erillistä pankkia tarvitaan.
- Tietosuojabyrokratia tulee olemaan este.
- Kuka ylläpitää kattavasti tiedostoja? On siis tiedettävä ihmisen DNA-koodin lisäksi hänen koko elämänsä aikana ympäristöaltistukset (ionisoiva säteily, juomavesi, ruoka-aineet jne.) ja käyttäytymisvalinnat (liikunta, alkoholi, tupakka, lääkkeet, vitamiinit). Siis TIEDETTÄVÄ, eikä vain muisteltava.
- Genomitietokeskus saattaa olla 10 vuoden päästä todellisuutta, mutta sen henkilökohtaiset hyödyntämismahdollisuudet välttämättä ei.

Hyvin tärkeältä kehitykseltä geenitiedon käytön suhteen vaikuttaa se kehitys, jota on tapahtunut henkilö- tai kotitalouskohtaisen ravintotiedon saannissa. Syksyllä 2005 suuret K-marketit Helsingin seudulla alkoivat tarjota ns. ravintokoodipalvelua (www.ravintokoodi.fi). Tässä palvelussa asiakaskortin omistajalle raportoidaan kuukausittain muutamien eurojen hinnalla korttiostosten tarkat ravintosisällöt. Ravintokoodipalvelu käyttää kotiruoan ravintoainelaskennassa Kansanterveyslaitoksen ravitsemusyksikön ylläpitämää elintarvikkeiden koostumustietokantaa (Fineli-tietokanta, 2004) ja elintarvikeyritysten ilmoittamia tuotekohtaisia ravintoainesisältöjä. Palvelu on toistaiseksi edelleen kehitysvaiheessa ja siinä esiintyy epätarkkuutta elintarvikekohtaisesti, mutta tietokantasisältöä päivitetään ja tarkennetaan jatkuvasti. Palvelun antaman kotiruoan ravintoainesisällöllinen tarkkuus vastaa muiden ravitsemustieteessä käytettyjen ravinnonkäytön tutkimusmenetelmien tasoa, sillä kaikki ravintoaineiden saannin laskentaohjelmat pohjautuvat Suomessa pääosiltaan Fineli-tietokantaan.

Lähtien erityisesti ravintokoodipalvelusta asiantuntijoille esitettiin väite 2.17. Väite jakoi mielipiteet tasan puolesta ja vastaan. Puolustajiksi asettuivat vahvimmin tutkijat suhteessa 3:1. Alueasiantuntijat ja yksityisen sektorin edustajat olivat väitteen puolella 2:1. Profession edustajien kannat menivät tasan 2:2. Vastaan olivat keskushallinnon edustaja ja hoidettavat.

Väite 2.17. Raja terveyttä edistävän ravinnon ja lääkkeiden välillä tulee vuoteen 2015 mennessä yhä keinoitekoisemmaksi. Vuonna 2015 vähintään 30 % kotitalouksista seuraa säännöllisesti kuukausittain asiakaskorttien avulla kerättyä tietoa ruokatottumuksistaan. Jo nyt tarjotaan palvelua, missä perheelle voidaan ostosten perusteella kuukausittain ilmoittaa heidän hankintojensa yhteenlasketut ravinto- ja hivenainepitoisuudet.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 9

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 9

Väitettä puolustettiin seuraavilla näkökohdilla:

- Sopii suomalaisten mentaliteettiin.
- Ravinnolla on suuri merkitys väestön terveyteen, ja ravintotottumuksiin tulisi kiinnittää yhä enemmän huomiota, sillä terveellinen ruokavalio ei ole itsestään selvyyttä. Pitäisin tällaisia palautejärjestelmiä tervetulleina. Toisaalta ostosten perusteella saadaan hyvin karkea arvio ruokailutot-

tumuksista. Voi olla, että vuonna 2015 osa väestöstä ei enää syö kotona ollenkaan, tuskin pitävät ruokaa kotona varastossa (tämä on tilanne USA:ssa tällä hetkellä). En pitäisi tällaisten järjestelmien kehittämistä prioriteettina kehittämisessä.

- Lääkkeiden ja ravinnon välimaastoon muodostuu yhä selvemmin lääkkeenomaisesti toimivien tuotteiden ryhmä. Merkittävä osa näistä tuotteista on bioaktiivisia ennalta ehkäiseviä tuotteita.
- Uskon, että luku ei 2015 ole noin korkea, vaan se on 10 %:n luokkaa. Erittäin korkeasti koulutetut seuraavat.
- Pidän mahdollisena, koska tekniset valmiudet ovat olemassa. Erityisesti jos em. palvelu tulisi osaksi kauppaketjujen palvelua kilpailumielessä.

Väitettä vastustettiin seuraavin perustein:

- Ihmiset eivät kontrolloi elämäänsä systemaattisesti, vaan ovat psyykkisesti hitaita ja laiskoja uudistumaan tai muuttamaan vakiintuneita tapojaan.
- Vaikka palveluja olisikin tarjolla, ne tuskin tavoittavat kolmannesta kotitalouksista, vaan jäävät niche-palveluiksi.
- Ei ihmisillä ole aikaa eikä kiinnostusta seurata omia tottumuksiaan netistä. Jos näin olisi, meillä ei olisi lihavuusongelmaa, sillä geenitieto itsessään ei olennaisesti lisää tietoa tai paranna terveyttä. Vaikka palveluita tarjotaan, on eri asia se, miten paljon tällaiset asiat tavallista kuluttajaa kiinnostavat.
- Syöminen ei perustu tietoon, vaan mitä suurimmassa määrin muihin motivaatiotekijöihin.
- Kuka maksaa kattavan ravintoseurannan? Kaikki jotka palvelua käyttävät vai kaikki jotka ostavat ravintoa? Entä itse ruokansa tuottavat (Saimaan haukien elohopeapitoisuus?), metsämarjat, sienet (ydinkokeet, Tshernobyl)?

5.2 Millä periaatteilla uusia hoitoja tulisi ottaa käyttöön ja jo käytössä olevia poistaa käytöstä?

Maaliskuun 2005 alussa tulivat voimaan yleiset valtakunnalliset hoitosuosituksiset. Hoitosuosituksiset pyrkivät ohjaamaan kirjavaa hoitokäytäntöä alan teknologian nopeasti kehittyessä.

Viime vuosina suomalaiset lääkärit ovat oppineet käyttämään sähköisiä hoitosuosituksia. Vuonna 2004 he käyttivät niitä henkeä kohti eniten maailmassa Duodecim-seuran Terveysportin välityksellä. Lääkärien käyttämien hoitosuositusten tärkein lähde on sekä painettuna että sähköisessä muodossa ilmestynyt Lääkärin käsikirja. Se on suunnattu perusterveydenhuollossa ja sairaaloiden poliklinikoilla toimiville lääkäreille. Lääkärin käsikirja on osa Lääkärin tietokantoja, jotka julkaistaan sähköisessä muodossa Internetissä (www.terveysportti.fi > Lääkärin tietokannat). Käsikirja perustuu LKT Ilkka Kunnamon aloittamalle työlle. Kirja on osoitus suomalaisen lääkärikunnan kyvystä yhteistyöhön. Jatkuvasti päivitettävän 1 500-sivuisen kirjajärkäleen toimittamiseen osallistuu lähes 400 asiantuntijaa.

Lääkärin käsikirja tiivistää lääkärin käytännön työssään tarvitseman tiedon selkeiksi hoitosuosituksiksi. Se noudattaa näyttöön perustuvan hoidon (EBM, evidence-based medicine) periaatteita. Hoitoja luonnehditaan näytön asteen mukaan kirjaimilla A, B, C tai D. Lääkärin käsikirjan sähköisissä versioissa on liitetty taustalla olevaa tutkimustietoa esittelevä näytönastekatsaus. Näytönastekatsauksista valtaosa perustuu Cochrane-kirjastossa julkaistuihin systemoituihin katsauksiin. Oirelähtöiset ohjeet helpottavat diagnoosin tekoa, ja tautilähtöisistä ohjeista löytyvät yksityiskohtaiset hoitosuosituksiset.

Suomalaisten lääkäreiden valmiudet käyttää sähköisiä hoitosuosituksia tarjoavat varsin hyvän lähtökohdan sille, että suomalainen terveydenhoito ottaa käyttöön riittävään näyttöön perustuvia vaikuttavia ja kustannustehokkaita hoitoja. Monet Delfoi-prosessin ensimmäisellä kierroksella haastatellut olivat kui-

tenkin sitä mieltä, että yhtenäiset käytännöt voivat muotoutua vasta pitkän oppimisprosessin tuloksena, jos sittenkään.

Jouko Hietalan (2003)² selvitysmiesarvion mukaan hoitokäytännöt vaihtelivat 1990-luvun loppupuolen Suomessa alueellisesti hyvin paljon. Monissa kirurgisissa toimenpiteissä hoitokäytäntöjen vaihtelu oli kolmin- jopa seitsemänkertaista. Eri maiden välillä erot olivat jopa 6–15-kertaisia yksittäisten toimenpiteiden yleisyydessä toki riippuen myös vaivojen yleisyydestä. Vaikka viime vuosina Suomessa on ehkä tapahtunut yhtenäistymistä hoitokäytännöissä, Hietalan havainnot lienevät edelleen relevantteja monien hoitojen osalta

Kuinka voitaisiin edistää yhtenäisiä hoitokäytäntöjä, jotka perustuvat vaikuttavuuden tieteelliseen evidenssiin ja kustannusten hallintaan? Tähän liittyy kaksi keskeistä haastetta. Ensinnäkin tulisi kehittää menettelyjä, joilla vaikuttavuuden tieteellinen evidenssi ja hoidon kustannukset arvioidaan. Toiseksi tulisi löytää tapoja, joilla hoitohenkilökunta alkaisi käyttää hyviksi havaittuja hoitoja.

Teemaa käsiteltiin Delfoi-prosessin II kierroksella viidellä tulevaisuusväitteellä. Niitä kommentoi 17–21 asiantuntijaa. Väitteet etenivät yleisluonteisista yksityiskohtaisempiin. Yleisimmässä väitteessä 2.1. asetettiin kysymys, onko ylipäätään kehitettävissä vuoteen 2015 mennessä menettelyä, jolla hoidon kustannusvastaavuus on riittävän yksiselitteisesti todettavissa. Optimistisimpia tässä suhteessa olivat alueasiantuntijat, jotka olivat yksimielisesti tätä mieltä. Myös profession edustajat tukivat väitettä suhteessa 3:2. Tutkijat sen sijaan olivat suhteessa 1:5 väitteen hylkäämisen kannalla. Myös ainoa keskushallinnon edustaja oli vastaan kuin myös yritysten edustajat suhteessa 1:2.

Väite 2.1. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvala henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

Toistaiseksi ei ole mitään määrittelyä siitä, miten käytettävissä olevien voimavarojen niukkuus tulee todeta suhteessa tietyn hoidon antamiseen. Uskotteko, että vuoteen 2015 mennessä on kehitetty menettely, jolla voidaan todeta riittävän yksiselitteisesti tietyn hoidon kustannusvaikuttavuus?

Olen taipuvainen olemaan tätä mieltä: 9

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 11

Väitteen hyväksyneiden näkökohtia:

- Joidenkin hoitojen osalta. Ei kaikkien.
- Kustannusvaikuttavuus voidaan todennäköisesti arvioida toistettavasti ja myös pitemmällä aikavälillä vakioisella menetelmällä saman terapia-alueen tai samantyyppisten hoitojen/toimenpiteiden kesken. Yksiselitteisen mittarin kehittämismahdollisuuksia on vaikeampi ennustaa, jos tavoitellaan kaikkia hoitoja erilaisissa toimintaympäristöissä vertaamaan kykenevää mittaria.
- On kehitettävä algoritmeja, jotka ottavat huomioon koko elämäntilanteen. Onko yksinasuva vai yhteisössä asuva? Urban/rural? Henkilökohtaiset valinnat myös siinä mielessä, onko enempi kiinnostunut lähellä olevasta golfkentästä kuin lähellä olevasta apteekista – on annettava terveydenhoidolle oman arvomaailman tunnusluku, jota ei voi vaihtaa miten sattuu. On myös kyettävä asettamaan tärkeysjärjestys esimerkiksi liikkumisen ja kuulemisen välillä.
- Vuoteen 2015 mennessä tullaan enenevästi tekemään valtakunnallisia linjauksia siitä, missä tilanteissa yhteiskunta kustantaa hoidot. Kriteeristönä tullaan käyttämään hoidolla saavutettavaa elämänlaatua suhteutettuna hoidon kustannuksiin. Englannissa NICE (National Institute of Clinical

² Jouko Hietala (2003) Voidaanko erikoissairaanhoidon menokehitykseen vaikuttaa, Kehyskuntien (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ostopooli) selvitysmiehen loppuraportti

Excellence) on määritellyt, kuinka paljon yksi QALY (laaturapainotettu elinvuosi) saa maksaa, jotta Englannin kansallinen terveystalutus (NHS) korvaisi sen. NICE:n suositukset (joihin varojen allokointi suoraan perustetaan), eivät pelkästään rajoita hoitoja, vaan ne voivat myös edellyttää, että sairaalat ovat velvollisia antamaan kaikille kriteerit täyttävälle potilaille tiettyjä, kustannusvaikuttavia hoitoja, joiden saatavuus on ollut epätasainen tai yleisesti huono. Vuoteen 2015 mennessä kehitetään rutiinikäyttöön ”bayesilaisia” laskentateknikoita, joiden avulla voidaan arvioida tietyn hoidon vaikuttavuutta yksilöllisesti yksittäisen potilaan kohdalla. Nämä vaikuttavuusarviot tarjotaan ammattilaisille osana päätöksentekijärjestelmiä, jotka ensin seulovat mahdollisten tutkimusten ja hoitojen joukosta ne, joista on odotettavissa hyötyä tutkimusnäytön perusteella.

- Tutkijat pystyvät kehittämään menetelmän, jolla hoidon kustannusvaikuttavuus voidaan todeta. Se ei tule kuitenkaan olemaan yksiselitteinen mitta hoidon antamiselle. Hoidon antamiseen vaikuttaa edelleen potilaan tilanne ja lääkärin arvio potilaan hoidon tarpeesta.
- Kyllä täytyy olla sellainen teknologisesti mahdollista.

Eri mieltä olleiden näkökohtia:

- Edellyttää voimakasta panostusta laskentatoimeen, eikä sitä saada nykyisillä henkisillä voimavaroilla läpivietyä.
- Hoitojen vaikuttavuuden tutkiminen on suuria resursseja ja paljon aikaa vaativaa pääsääntöisesti. Lisäksi samankin hoitomuodon tuloksellisuus on vahvasti riippuvaista osaamiskeskusten kokemuksista ja suuruudesta. Hoidon kustannusvaikuttavuuden tutkiminen ilman lääketieteellistä vaikuttavuutta on käytännössä mahdotonta.
- Kustannusvaikuttavuuden, kuten vaikuttavuuden yleensäkin arviointi, yksilötasolla tulee aina olemaan hyvin vaikeata.
- Aikajänne on lyhyt ja aito tahtotila suhteellisen heikko.
- On suorastaan utopistista kuvitella, että keksittäisiin jokin helppo yleispätevä menetelmä hoitojen kustannusvaikuttavuuden laskemiseen. Vaikka teoreettisesti asia tietyillä parametreilla laskettaisiinkin, vastaako se todellisia hoitoprosesseja? Tässäkin parempaan tulokseen päästään, jos hoito suunnitellaan tarkoituksenmukaisesti potilaskohtaisesti hyödyntäen tietoa näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä. Tällä hetkellä ei toteudu. Valtakunnallisten hoitosuosittelujen implementointi on iso ongelma. Esim. lääkehoidoissa kukaan ei välttämättä ota kokonaisvastuuta potilaan lääkehoidosta ja arvioi sitä kokonaisuutena. Tämä johtaa esim. yhteisvaikutusten riskiin.
- En ehkä ymmärtänyt kysymystä. Varmaan tällä saralla tehdään paljon, ja luulen että suuriin kansantauteihin arvioita, jopa yksiselitteisiä arvioita, pystytään antamaan. Haasteellisempia ovat harvinaiset taudit, taudit joissa hoito on vasta / juuri nyt kehittymässä tai hoitoa ei ole. Jotta päästäisiin yksiselitteisiin arvioihin, tarvitaan iso otos jotta pystytään tutkimaan hoidon aktuaalinen vaikutus, ja suhteellisen stabiili hoidon hinta. Esim. lääkkeissä tässä voi tapahtua esim. patenttisuojan loppumisen aikoihin merkittäviä muutoksia. Joskus hoidot kehittyvät hyppäyksin tai jopa sattumalta.

Tärkeä valinta hoitojen vaikuttavuuden mittauksessa on, millaisia vaikutuksia mitataan. Yksi mahdollisuus on, että vaikutusta arvioidaan biolääketieteellisen tilan muutoksena. Henkilöllä saattaa olla esimerkiksi pieni kaihi silmässä, joka ei kuitenkaan olennaisesti vaikuta hänen näkökykyynsä tai yleisemmin toimintakykyynsä. Funktionaalisen tulkinnan mukaan terveys rinnastetaan sen sijaan toimintakykyyn ja hoitojen vaikuttavuutta voidaan kuvata toimintakyvyn paranemisena. Kolmannen tulkinnan mukaan terveys on kokemus fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista (esim. kivun puuttuminen). Tämä terveyskäsitteitys johtaa eri tulkintaan kuin kaksi muuta, jos henkilö kokee olonsa huonoksi, vaikka sille ei voida löytää mitään biolääketieteellistä selitystä ja huono olo ei alenna toimintakykyä.

Haastatteluissa muutama panelisti puolusti voimakkaasti funktionaalista tulkintaa terveydestä. He katsoivat, että tämä on lupaavin tapa tulkita terveyttä, jos pyrkimyksenä on yhteismitallistaa erilaisia hoitoja.

Tältä pohjalta panelisteille esitettiin II kierroksella väite 2.2. Panelisteja informoitiin myös kahdesta muusta mittaustavasta. Lähtökohtatulkinta oli, että ”samaa mieltä” -vastaus väitteeseen 2.2. edellyttää myös ”samaa mieltä” -vastausta yleisempään väitteeseen 2.1. Jotkut panelistit tulkitsivat väitteiden suhteen kuitenkin toisin. Kannoissa ei ollut suuria ryhmien välisiä eroja. Ainoa keskushallinnon edustaja oli väitettä vastaan. Kaikissa muissa ryhmissä oli joko hieman enemmän tai yhtä paljon funktionaalisen terveyskäsityksen kannattajia kuin vastustajia.

Väite 2.2. Ratkaisu hoitojen vaikuttavuuden käytännön arvioinnille löydetään vuoteen 2015 mennessä lähtien funktionaalisesta terveyskäsityksestä, jonka mukaan terveys rinnastetaan toimintakykyyn ja hoitojen vaikuttavuutta voidaan kuvata toimintakyvyn paranemisena.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 11

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Väitettä puolustavia kannanottoja olivat:

- Funktionaalinen vaikuttavuus saattaa olla lääketieteellisen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden yhteyttä parempi vaihtoehto joskin ongelmaksi helposti muodostuu yksilön subjektiivisen kokemuksen ”objektiivinen” arviointi.
- Toivottavasti terveyskäsitys muuttuu toimintakyvyn suuntaan...
- Tärkeä aspekti. Toimintakyky tärkein.
- Funktionaalinen terveyskäsitys on realistinen ja lähtee potilaan subjektiivisesta tuntemuksesta, jota voidaan pitää hoidon tärkeimpänä mittarina. Hoidon tavoitteena parantaa elämänlaatua funktionaalinen terveyskäsitys operationalisoi sen. WHO:n käyttämä positiivinen terveyskäsitys on ajatukseltaan ”jalo”, mutta se on tietyllä tavalla utopistinen ja liian ”objektiivinen”. Se kuvastaa 1970-luvun maailmankuvaa, jolloin kaikki piti pyrkiä mittaamaan objektiivisesti. Tähän samaan liittyy hoitomyöntyvyyden käsite, joka on myös heitetty romukoppaan, koska sekin käsitteenä esi-neellistää potilaan ja pitää tätä passiivisena hoidon kohteena (vrt. WHO:n raportti Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen -näyttää toiminnan tueksi vuodelta 2003, engl. Adherence to long-term therapies – evidence for action).
- Toisaalta samaa, toisaalta eri mieltä. Nykyisin jo 20 %:lla koululaisista on jokin lääkitys ja suurella osalla näistä jokin krooninen sairaus (ehkä astma, allergia yleisimmät). Meillä tulee olemaan enenevästi vanhuksia, joilla ei välttämättä ole vain yhtä diagnoosia vaan monta. Myös monia sairauksia sairastava voi kokea olevansa terve ja toimintakyvyltään hyvä. Esimerkiksi vammaiset voivat kokea olevansa terveitä, vaikka heillä toimintakyky jollain sektorilla on pysyvästi alentunut. Pitäisin koettua hyvinvointia parempana tulkintana.
- Vaikuttavuuden arvioinnissa tarvitaan kaikkia edellä mainittuja terveyskäsityksiä. Eri terveyskäsitysten painoarvot määräytyvät terveysongelman luonteen (sekä sen biologisen taustan että ongelmasta vallitsevan mielikuvan), hoidon aikajänteen ja kulttuuristen seikkojen määräämän hyväksyttävyyden perusteella. Molekyyli- ja lääketieteen ja genomiikan kehitys tuottaa hoitokeinoja, joilla voidaan vaikuttaa sairauksien syntymekanismiin. Tällöin on perusteltua valita parantava hoito, vaikka empiiristä tietoa vaikutuksesta toimintakykyyn ei pitkäaikaisseurannan puutteessa olekaan (monissa kroonisissa sairauksissa tällaisen tiedon hankkimiseen voi kulua 10–20 vuotta).
- Toimintakykyyn on todennäköisesti kehitettävissä (ja osittain esim. vanhuksille on jo) tasarvoisempia ja vertailukelpoisempia mittareita kuin sairausspesifiset ”parantumismittarit”. Toimintakykymittarin mahdollinen heikkous liittyy tulevaisuuden ennustamiseen: miten hyvin annettu hoito estää sairauden pahenemisen/uusiutumisen/komplikaatiot vuosien saatossa? Siksi tarvitaan täydentäviä biologisen sairauden mittareita. Kipumittari ja muut subjektiivisen sairauskokemuksen mittarit voidaan sisällyttää toimintakykymittariin. On vain huolehdittava siitä, että toimintakykymittari on eettisesti hyväksyttävä, toisin sanoen ei painota liikaa esim. työkykyä. Tällainen

funktionaalinen mittari voisi olla tulokortittyyppinen, jolloin eri osien painoarvo voisi vaihdella sairauskohtaisesti, mutta mikään osa ei koskaan saisi jäädä täysin huomiotta.

Eri mieltä olleet esittivät seuraavia kannanottoja:

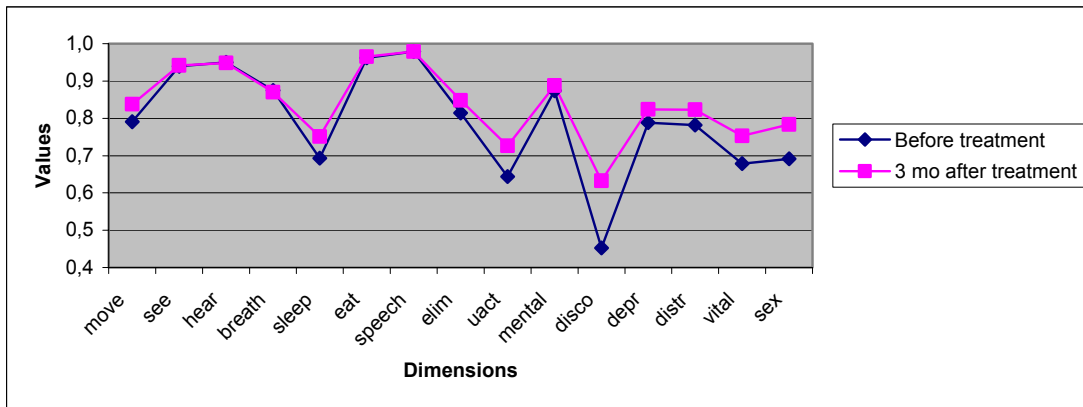
- Kaikki riippuu siitä, mitä tarkoitetaan toimintakyvyllä. Epäselvä kysymys. Kivun hoito on ollut ja on aina hoidon ensimmäinen tehtävä.
- Toivottavaa olisi, että kehitys menisi tähän suuntaan. Käytössä olevia MS-taudin hoitojen mittareita tarkasteltaessa (lääkkeiden teho on todennettavissa vain MRI-kuvissa) en kuitenkaan siihen jaksa uskoa. Toimintakyvyn objektiivinen arviointi lienee myös aika vaikeaa.
- Kun on vuosikymmeniä seurannut mittareiden kehittämistä ja terveystieteiden muuttumista, niin yksittäiseen ratkaisuun on vaikea uskoa. Jokainen aika painottaa terveyttä ja toimintakykyäkin eri tavoin.
- Funktionaalinen terveystieteiden voi yleistyä ja toimintakykyä voidaan enenevässä määrin käyttää terveyden ja hoidon vaikuttavuuden kriteerinä erityisesti vanhemmissa ikäluokissa. Kuitenkin monissa vakavissa sairauksissa toimintakyky ei alkuvaiheessa ole merkittävästi muuttunut (esim. syöpätaudit) eikä hyvä hoitotulos muuta toimintakykyä.

15D-mittari lähtee selkeästi toimintakyvyn mittaamisesta. Toisaalta se edustaa myös hyvinvoinnin subjektiivista tulkintaa, koska toimintakyvyn muutos perustuu itsearviointiin ja osa ulottuvuuksista riippuu ratkaisevasti kokemisesta (mm. masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys). Vastaajat saivat 15D-mittariin liittyen arvioitavakseen väitteen 2.3. Sen vastaamiseen johdateltiin 15D-mittarin kuvauksella ja seuraavalla haastattelukierroksella esitetyllä kommentilla.

Johdatteleva näkökohta: 15D on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka käytännössä on potilaalle täytettäväksi annettava kysymyslomake. Lomakkeessa kysytään potilaan terveydentilaa viidellätoista kysymyksellä (ulottuvuudella, D = dimension). Ulottuvuudet ovat liikuntakyky, näkö, kuulo, hengitys, nukkuminen, syöminen, puhuminen, eritystoiminta, tavanomaiset toiminnat, henkinen toiminta, vaivat ja oireet, masentuneisuus, ahdistuneisuus, energisyys ja sukupuolielämä. Ulottuvuudet viittaavat toimintakykyyn, mutta myös eri tavoin koettuun hyvinvointiin. Vastaukset varustetaan painokertoimilla, jolloin vastausten summaksi tulee tasan yksi, jos henkilö ilmoittaa olevansa täysin terve. Näin vastaajan terveydentila voidaan ilmoittaa sekä profiililla että yhdellä tunnusluvulla. Normaaliväestön keskimääräinen tulos on noin 0,92, sairaalapotilaat saavat usein arvoja 0,7–0,9. Jos tulos on 0,3–0,5, on henkilö jatkuvan avun tarpeessa. Nolla tarkoittaa kuollutta. Jos henkilön voidaan arvioida hyötyvän hoidosta esimerkiksi 10 vuoden ajan siten, että hänen kuntonsa nousee 0,6:sta 0,7:ään, hoito tuottaa **yhden Qualyn (10x 0,1 = 1)**.

Ohessa on esimerkki siitä, kuinka käytännössä Qualy-arvo voidaan laskea vertaamalla koettua terveyttä kolme kuukautta hoidon jälkeen tilanteeseen ennen hoitoa tuloksena aivokirurgisesta toimenpiteestä (lähde: Martti Kekomäki, 2005). Dimensiot samassa järjestyksessä kuin edellä.

Kuvio 3.



Haastattelussa esitetty näkökohta: 15D:n vahvuus on sen yleispätevyys hoitojen vaikutusten mittaamisessa. Ongelmana mittarissa on ensinnäkin se, että se mittaa koettua, ei objektiivisesti havaittavissa olevaa muutosta. Esimerkiksi henkilö voi ilmoittaa, että hänen näkökykynsä ei ole heikentynyt, vaikka hänen silmässään olisi havaittavissa alkava kaihi. Toiseksi hoitojen aikaikkuna on rajoitettu 1–2 vuoteen, hoidon pitkäaikaisvaikutuksia ei voida tutkia. Vaikutusten arviointiaikaa voidaan kyllä pidentää, mutta tällöin ongelmaksi nousee hoidon vaikutusten erottaminen muusta hoidettavaan vaikuttavasta kehityksestä. Yleisten hoitojen tapauksessa tilastollisella analyysillä voidaan pyrkiä selvittämään hoitojen keskimääräisiä pidempiä vaikutuksia, mutta näiden yksilöinti erityiseen potilaaseen voi olla vaikeaa.

Väite 2.3. jakoi väitettä 2.2. selvemmin mielipiteitä ryhmien välillä. Myötämielisimpiä väitteelle olivat kaksi yritysten edustajaa, jotka molemmat tukivat sitä. Myös profession edustajat tukivat väitettä suhteessa 3:2. Alueasiantuntijoiden ja hoidettavien ryhmässä oli yhtä monta väitteen kannattajaa ja vastustajaa. Vastaan olivat ainoa keskushallinnon edustaja sekä tutkijat suhteessa 2:4.

Väite 2.3. Vuonna 2015 on nykyisen 15D mittarin tai vastaavan mittarin pohjalta kehitetty yleispätevästi hoitojen vaikuttavuuden arviointiin soveltuva mittari, jolla asiantunteva viranomainen (FINOHTA) pystyy arvioimaan riittävän yksiselitteisesti tietyn jo käytössä olleen/uuden hoidon vaikuttavuutta Qualyina.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 9

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 11

Myönteistä kantaa väitteeseen edustaneet korostivat tarvetta jatkuvasti kehittää sitä:

- Mittari vaatii jatkuvaa kehitystyötä.
- Mittarit eivät ole täydellisiä. Koettu muutos voi olla potilaan hyvinvoinnin kannalta jo huomattava parannus.
- Ehdotettu mittari on käyttökelpoinen, mutta ei ainoa tarvittava mittari. Vahvin näyttö jonkin menetelmän vaikuttavuudesta saataisiin, jos tällaista mittaria (tavanomaisten rajatumpien mittareiden ohella) käytettäisiin yhtenä lopputulosmuuttujana satunnaistetuissa tutkimuksissa. Mittarin validoinnin kannalta olisi tärkeää, että tiedettäisiin, miten satunnaistetussa tutkimuksessa todettu ja ennen-jälkeen-asetelmalla todettu vaikuttavuus suhtautuvat toisiinsa. Mittarin houkuttelevuus on siinä, että sen avulla voidaan ainakin karkealla tasolla verrata eri sairauksien erilaisia hoitoja keskenään silloin, kun on tehtävä valintoja, mitä hoitoja koko väestölle tarjotaan.
- Yleisellä tasolla voidaan verrata hoitojen vaikuttavuutta käyttämällä mittarina 15D-asteikkoa, yksilötasolla ei.

Myös ne, jotka olivat eri mieltä väitteen kanssa, näkivät 15D mittarissa paljon mahdollisuuksia, mutta pitivät sitä liian puutteellisenä väitteen esittämään käyttöön. Monet olivat samoilla linjoilla haastattelussa esitetyn näkökohdan kanssa:

- On tärkeää, että meillä on joitain standardoituja mittareita, joilla on mahdollisuus mitata eri asioita. Eri ihmisten kokema hyvinvointi vaihtelee riippuen monista erilaisista tekijöistä, ja siksi eri ihmisten kokemusta omasta terveydestään tai sen muutoksesta ei välttämättä voi laittaa samaan muottiin. Esimerkiksi kipu vaikuttaa moniin näihin kriteereihin ja mielentila. Yksilön koetun terveydentilan ja sen muutoksen mittaamisessa tällaiset asteikot ovat parempia. Jos tätä aletaan yleistää ja käyttämään eri ihmisten, eri tautien ja hoitojen vertailussa, luulen että mennään metsään. 15D-mittarilla on helpointa mitata jotain toimenpidettä ja sen vaikutusta yhden yksilön dimensioiden muuttumiseen ja viivan alaisen pinta-alan muuttumiseen.
- Olemmeko varmoja, että 15D-paraneminen on se, mitä tavoittelemme hoidon vaikuttavuudessa. Soveltuuko se kaikkeen?
- Qualy on puhtaasti kvantitatiivinen mittari. Sen vahvuutena on, että sillä voidaan vertailukelpoisesti numeroina mitata elämänlaatua eri aikoina ja eri tilanteissa. Näin se soveltuu laatuajatteluun. Se mittaa kuitenkin huonosti yksilökohtaisia subjektiivisia tuntemuksia eikä spesifioi potilaan sairautta. Se on myös mittaamistapana sellainen, joka pitää potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen ”kaukana” toisistaan: potilaalle annetaan steriili lomake, jonka hän itseksensä täyttää. Näiden kahden välille ei synny keskustelua, joka edesauttaisi molemminpuolista oppimista tilanteesta ja edistäisi potilaan autonomian kehittymistä. Qualyn tapaiset mittaamisen menetelmät liittyvät siten paternalistiseen toimintatapaan terveydenhuollossa. Lähtökohdiltaan mittarina se kuvastaa 1970-lukuista ajattelua tiedon kvantifiointista. Terveystutkimuksessa ollaan siirtymässä yhä enemmän laadulliseen tutkimukseen ja mittaamiseen, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia myös ymmärtämään potilaan tilannetta ja sitä kautta tukemaan hoidon onnistumista. Olisin itse aika pettynyt, jos Suomessa 10 vuoden kuluttua edelleen käytettäisiin näin vanhakantaisia lähestymistapoja potilaaseen.
- Mikään nykyisin esillä olevista mittareista ei sovellu globaaliseen arviointiin. Ongelmat eri ikä- ja muissa ryhmissä ovat erilaisia, hoitojen vaikutuksia tulee mitata myös spesifisesti.
- 15D pitäisi olla sairaaloissamme rutiinikäytössä, mutta suuntaa antavana ja toiminnan laatua ja vaikuttavuutta tarkemmin seuraamaan ja tutkimaan patistavana menetelmänä. Tieteellisessä elämänlaatu tutkimuksessa tarvitaan aina geneerinen (kuten oloihimme hyvin sopiva 15D, miksi käyttää muita?) ja sairausspesifinen mittari. Jälkimmäisiäkin on lisääntyvästi olemassa myös suomalaisiin oloihin validoituina. 15D on myös kädenojennus potilaille: (sairaala tai muu toimintayksikkö) on heistä kiinnostunut ja haluaa ”asiakaspalautetta”. Voisiko olla niin, että tätä kautta myös potilaat sitoutuisivat hoitoonsa paremmin? Onkohan sitä tutkittu? Potilaan omaa vastuuta hoidon lopputuloksesta korostetaan yhä enemmän, mm. lyhenevät sairaalahoitoajat ja terveyskäyttäytymiseen (valintoihin) liittyvät seikat ovat tähän vaikuttamassa. 15D-mittaria käytetään jo varsin laajasti ja sen käyttö on koko ajan lisääntymässä. Mutta en usko että se tulee ”viranomaiskäyttöön tai että FinOHTAsta tulee viranomainen.
- Ei tule käyttää pelkästään 15D:tä. Alle 10-vuotiaat lapset ja vanhukset jäävät ulkopuolelle.
- 15D-mittarin rinnalla tarvitaan myös muita toimintakykyä ja parantumista mittaavia mittareita. 15D on vain Suomessa käytetty runsaammin, ja kunnon vertailuja kansainvälisesti ei ole, mikä on puute.

Jos löytyy menetelmä, jolla voidaan yleispätevästi vertailla eri hoitojen kustannusvaikuttavuutta, seuraava askel on kehittää hallinnollinen menettely, jolla uusia ja jo käytössä olevia hoitoja systemaattisesti arvioidaan. Sopivaksi hoitorajaksi kansainvälisessä keskustelussa on usein mainittu 50 000 €/Qualy. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi, että täysin terveestä lisäelinvuodesta kuoleman vaihtoehtona tai kymmenestä elinvuodesta, jolloin 15D-mittari nousee keskimäärin 0,1, oltaisiin valmiit maksamaan julkisessa terveyden-

huollossa 50 000 euroa. Väitteen 2.4. hallinnollisessa menettelyssä on kuitenkin lähdetty siitä, että voi olla erityisiä eettisiä ja puutteelliseen tietoon liittyviä perusteita, joilla hoitoja on mielekästä antaa, vaikka niiden ei olisi voitu osoittaa täyttävän ehtoa. Asiantuntijat pitivät kuitenkin puutteellista tietoa kokeellisten hoitojen vaikuttavuudesta yleisesti ongelmallisimpana piirteenä esitetyssä mallissa.

Väitteen 2.4. menettely ei saanut kannalleen minkään taustaryhmän enemmistöä. suhteellisesti eniten sitä kannattivat yritysten ja hoidettavien edustajat. Näissä ryhmissä oli yhtä monta väitteen kannattajaa ja vastustajaa. Alueasiantuntijat olivat väitettä vastaan suhteessa 1:2. Ainoa keskushallinnon edustaja ja selvät enemmistöt professiosta ja tutkijoista olivat väitettä vastaan.

Väite 2.4 Vuonna 2015 toimii uusien hoitojen hyväksynnälle seuraava menettely:

Kokeellinen hoito tehdään luvanvaraiseksi liittyen myös esimerkiksi FDA:n tiettyyn käyttöön hyväksymän lääkkeen käyttöön toiseen tarkoitukseen. Hoidolle tulee saada hyväksyntä seuraavissa vaiheissa:

1. Kokeellista hoitoa ehdottava osoittaa pyynnön FinOHTAlle. FinOHTA antaa määräajassa lausunnon hoidon hyväksynnästä. Hyväksymistä puoltava lausunto perustuu arvioon siitä, että hoidon kustannusvaikuttavuus on parempi kuin 50 000/Qualy.
2. Terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE) asettaa STM:n ja FinOHTAn esittelystä Terveystieteiden oikeusturvakeskuksessa toimivan hoitojen kustannusvaikuttavuuden arvioinnin lautakunnan. Lautakunnan puheenjohtajalla on oikeus ilmeisissä tapauksissa hyväksyä pikakäsittelynä hoito FinOHTAn lausunnon pohjalta. Puheenjohtaja voi myös siirtää käsittelyn lautakunnalle. Lautakuntaa myös informoidaan puheenjohtajan päätöksistä ja lautakunnan jäsen (kaksi jäsentä?) voi edellyttää käsittelyä lautakunnassa.
3. Jos lautakunnan jäsenistä vähintään 1/3 on sitä mieltä, että hoitoon liittyy erityisiä vaikeasti arvioitavia positiivisia tai negatiivisia eettisiä kysymyksiä, jotka vaikuttavat sen käyttöönottoon, lautakunta voi siirtää ratkaisuvallan ETENELLE.
4. Luvan kokeelliseen hoitoon saava on velvoitettu tuottamaan seurantatietoa hoitojen vaikutuksista. Jos seurantatieto ei tue hyväksymispäätöksen pohjana ollutta evidenssiä, FinOHTA voi pyytää lautakunnalta päätöksen tarkistamista.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 5

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 12

Väitteen kannalla olleetkin pitivät yleensä menettelyä kankeana ja puutteellisena, mutta oikean suuntaisena toimena:

- Vaikuttaa kankealta ja byrokraattiselta, mutta ei minulla ole parempaakaan perusteltua vaihtoehtoa.
- Edellä esitetty toimintamalli vaikuttaa kankealta ja byrokraattiselta, mutta ajatus on hyvä. Nähdäkseni malli voi toimia tehokkaasti vain, jos FinOHTAn kaltainen organisaatio saa valtuudet ja resursseja selvittää omaehtoisesti lääkkeen teho toisessa käyttötarkoituksessa. Edelleen mallin avulla pitäisi kyetä tuottamaan korvaavia hoitosuosituksia tukevaa tietoa.
- FinOHTAan liittyen olen väittämistä samaa mieltä varauksella, että hoitoja hyväksyvien elinten riippumattomuus ja laaja-alainen edustuksellisuus on varmistettu (vrt. EBM-suositusten korrup-tioalttius meillä ja muualla!). Lisäksi on pidettävä huoli siitä, että toimijoiden kaudet noissa elimissä eivät ole kovin pitkiä, 4–8 vuotta, jotta uusiutuvat riittävästi.
- Ehkä byrokraatiaa olisi syytä lisätä uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien käyttöönottoon. Käyttöönotto voisi olla hidastettua, paremmin hallittua, ja arviointia/rekisteröintiä vaativaa, jos se ei kuulu tieteelliseen tutkimukseen. Edellyttäisi aina vertailun jo käytössä oleviin hoitoihin (esim.

FinOHTA). Kansainvälinen yhteistyö on tärkeää ja tietoverkkojen avulla entistä mahdollisempaa. Tarvitaan Muir Grayn visioimia "chief information officers".

Eri mieltä olleiden kannanotoissa ei kiistetty tarvetta kehittää parempi menettely uusien hoitojen hallitsemiseksi. Ehdotettua menettelyä pidettiin kuitenkin vaikeana toteuttaa ainakaan vuoteen 2015 mennessä. Asiantuntijat esittivät monia varteenotettavia mahdollisuuksia, kuinka asiassa voitaisiin edetä paremmin. Yksi mahdollisuus olisi yhdistää tutkimus ja kokeellinen hoito:

- ETENEn toimivaltaa pitäisi hyvinkin perusteellisesti lainsäädännöllisesti muuttaa, mikäli tällaista aletaan kehittää. ETENE on neuvoo antava neuvottelukunta, eikä sillä ole toimivaltaa tehdä terveydenhuollon yksiköitä sitovia päätöksiä. Ovatko kokeelliset hoidot niin suuri ongelma, että niiden käyttöönottoon pitäisi perustaa lautakunta? Ongelmana on, että siinä vaiheessa kun joku hoito halutaan hyväksyttäväksi kokeelliseksi hoidoksi, siitä ei ole välttämättä riittävän pitkää seurantatietoa hoitojen vaikuttavuudesta, ja kustannusvaikuttavuustiedot riippuvat esim. patenttisuojatilanteista. Usein kokeellisia hoitoja tehdään lääkkeillä ja laitteilla, joille yksittäistä hintaa ei ole edes määritetty. FinOHTAn pitäisi laajentaa sekä toimivaltaansa, asiantuntemustaan että resursseja, jotta se voisi tehdä kaiken tämän ja antaa myöskin näistä sitovia määräyksiä. Jos tällaista haluttaisiin, eduskunnan pitäisi hyvin nopeasti ja vakavasti mennä itseensä ja alkaa kehittää terveydenhuoltoa uudelleen hajautetusta mallista kohti keskitetympää. Se pitäisi tehdä lainsäädäntöteitse, kuten hajautettu mallikin on rakennettu muuttamalla lainsäädäntöä. Elämme varsin individualistisessa, mahdollisimman pitkälle autonomisoitujen yksiköiden maassa. Täytyisi tapahtua hyvin voimakas ja nopea muutos perusajattelussa, mikäli tällaista tapahtuisi kymmenessä vuodessa. Luulisin, että mikäli mennään kovin säänneltyyn systeemiin, kokeelliset hoidot palaisivat ja pysyisivät pitempään tutkimusprojekteina. Sinänsä se voisi olla onnellista. Kallistuisinkin ehkä siihen ajatukseen, että kokeelliset hoidot jollain lailla pystyttäisiin sijoittamaan tutkimuslain alaisuuteen, ja jokaiseen kokeelliseen hoitoon pyydetäisiin eettisen toimikunnan lausunto. Valtakunnallinen koordinaatio olisi näissä tarpeen, en vain tiedä, minkä instanssin suorittamana (ehkä Stakes tai FinOHTA). Tällaisessa mahdollisuudessa Stakesilla/FinOHTalla olisi ennemminkin tilastojen rooli.
- Yllä olevasta hahmotelmasta puuttuu ymmärrys uusien, kokeellisten hoitojen tutkimuksellisesta ja akateemiseen medisiinan toimintaympäristöön sidotusta luonteesta. Mainituilta elimiltä puuttuu ainakin nykyisellään riittävä lääketieteellinen asiantuntemus (substanssiosaaminen, taju kunkin kliinisen tieteenalan kehitysvaiheesta), jotta ne pystyisivät intelligentisti ohjailemaan kokeellisia hoitoja. Kun kokeellisesta vaiheesta kypsyvät ehdokastuotteet rutiinituotantoon, voitaisiin edetä kansallisella tasolla mainittujen toimijoiden toimiessa lausunnonantajina. Lääketieteellisen toiminnan sisältöä ne eivät kuitenkaan voi yksin ruveta määräämään. Yliopistollisten sairaaloiden, kliinisen tutkimuksen huippuyksiköiden ja mahdollisesti valtion sektoritutkimuslaitosten konsortion tulee olla vahva toimija, kun kokeellisten hoitojen faasi IV -tyyppisestä käyttöönotosta sovietaan. Kliinisen lääketieteellisen tutkimustoiminnan säännöksiä ei ole tarpeen syvällisesti muuttaa (faasit I-III). Faasi IV tulee olla luvanvaraisten toimijoiden käytössä, tiukka seurantavelvoite (tieteellisin, esim. rekisteritutkimuksen keinoin) ja arviointi tapaukseen sopivan määrääjän jälkeen. Arviointiin (ja sen suunnitteluun) FinOHTA, ETENE yms. kansalliset yleistoimijat sitten mukaan!
- Suomessa olisi tärkeää pyrkiä mahdollisimman pitkälle hyödyntämään kansainvälisiä laajoja tietopankkeja näyttöön perustuvista hoitokäytännöistä. Tietopankkeja löytyy runsaasti esim. Englannista (esim. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, www.nice.org.uk) ja USA:sta. Ensimmäisessä vaiheessa itse laatisin strategian, miten näiden tietokantojen tieto voidaan saada Suomessa hyödynnettyä ja vasta sekundaarisesti lähtisin rakentamaan omaa kokeellista hoitojärjestelmää. Kokeellinen hoito Suomessa kannattaisi keskittää enemmänkin suomalaisen hoitojärjestelmän ja hoitoprosessin tutkimiseen, jotta päästäisiin hoitojärjestelmässä hoidon onnistumista tukeviin käytäntöihin. Esim. lääkehoitojen osalta hoitojärjestelmässä on runsaasti kehittä-

misen varaa. Järjestelmän osalta Suomessa on varsin vähän tutkimustietoa ja olemassa olevaakaan tietoa ei ole riittävästi hyödynnetty järjestelmän kehittämisessä.

- Kokeellisen uuden hoidon kustannusvaikuttavuuden arviointi yllä kuvatulla tavalla on hyvin vaikeaa, koska määritelmän mukaisesti kokeellisen hoidon vaikuttavuutta ei tunneta. Siksi kohdan 1 vaatimus, että FinOHTA arvioisi kustannusvaikuttavuuden ennen hyväksymistä, ei ole aina realistinen. Ennen kliinisten tutkimusten käynnistämistä tarvitaan nykyisinkin eettisen toimikunnan lausunto. Uusia menetelmiä on paljon ja niitä tutkitaan runsaasti. On tuskin mahdollista, että kaikkia uusia hoitoja pystyttäisiin arvioimaan FinOHTAssa ja edellä kuvatussa lautakunnassa, ellei näiden organisaatioiden kokoa kasvateta huomattavan suuriksi. Edellä kuvattua melko byrokraattista menettelyä parempi toimintatapa voisi olla edellyttää kaikkien uusien hoitojen käyttöönottoa osana tutkimushanketta ja tulosten raportointivelvollisuutta. Tutkimussuunnitelmat käsiteltäisiin eettisissä toimikunnissa samaan tapaan kuin nykyisinkin.
- Lääketieteessä ei tulla hyväksymään ko. elimien asiantuntijoiden tasoa antaa ohjeistus, mitä hoitoja käytetään ja mitä ei käytetä.
- Todella vaikeaa ymmärtää, miten toimittaisiin tässä nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä lääketieteellisen tiedon nopeasti kasvaessa esitetyllä tavalla.
- Miten näin byrokraattinen ja mutkikas malli voisi toimia? Mistä tulisi aika tällaiseen tutkintaan? Missä on lääkärin oma ajattelukyky ja ammattitaito? Ei sen paremmin lääkäreitä kuin potilaitakaan voi saman muotin mukaan käsitellä.

Jo käytössä olevien hoitojen osalta riittävä näyttö ei ole samassa määrin ongelma kuin kokeellisten hoitojen osalta. Lähinnä tämä selitti sitä, että arviointikäytännöltään samanlainen väite 2.5 löysi useampia tukijoita kuin väite 2.4. Vastanneet alueasiantuntijat asettuivat tällä perusteella tukemaan väitettä yksimielisesti. Muiden ryhmien osalta kannanottojen erot olivat vähäisiä verrattuna kokeelliseen hoitoon. Ainoa muutos oli, että yksi profession edustaja asettui väitteen kannalle toisin kuin väitteen 2.4.

Väite 2.5 Vuonna 2015 toimii jo käytössä olevien hoitojen hyväksynnälle seuraava menettely.

Sen jälkeen kun on saatu riittävästi kokemuksia kokeellisten hoitojen käsittelystä väitteen 2.4 menettelyllä, otetaan käyttöön samankaltainen menettely käyttöön jo käytössä oleville hoidoille. FinOHTAn esittelystä lautakunta ottaa kantaa vaikutuksiltaan selvästi kriteeriä 50 000/Qualy heikompiin hoitoihin.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 8

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Väitteen puolesta esitettiin seuraavia näkökohtia:

- Kokeellisten hoitojen kehittelyyn liittyvä tieteellisen työn epävarmuuden problematiikka puuttuu jo olemassa olevilta hoidoilta. Niiden arviointia esitetyllä menettelytavalla pitäisin jopa ensisijaisena. Mutta tässäkin tapauksessa on varmistettava, että riittävä ja koulukunta- ja alue-erot huomioiva substanssiosaaminen on mukana arvioinnin suunnittelussa. Muuten arviointi ei saa ansaitsemaansa arvostusta eikä johda muutokseen.
- Käytössä olevien hoitojen arviointi on ainakin yhtä tärkeää kuin uusien hoitojen arviointi ja usein helpompaa, koska seurantatietoa ja tutkimustietoa on käytettävissä pitemmältä ajalta. Ongelmaksi jää kuitenkin se, että monista hoidoista ei ole riittävästi tietoa kustannus-vaikuttavuusarvion tekemiseen. Tarvittaisiin kansallinen tai kansainvälinen rahoitusjärjestelmä, joka rahoittaisi jo pitkään käytössä olleiden hoitojen vertailua uudempiin hoitoihin tai hoidotta jättämiseen. Tärkeää olisi myös vertailla uusia lääkkeitä keskenään sekä uusia lääkkeitä vanhoihin ja halpoihin lääkkeisiin (lääketeollisuus ei yleensä rahoita tällaisia tutkimuksia, koska niihin liittyy riski, että vanha lääke osoittautuuikin yhtä hyväksi tai paremmaksi kuin uusi valmiste).
- Vaatii edelleen lisäresursointia FinOHTAlle.

- Toimiakseen kustannusten hillitsijänä FinOHTAn kaltaisen organisaation pitäisi kyetä teettämään riittävän laajoja vertailevia kliinisiä tutkimuksia olemassa olevien ja mahdollisten kustannustehokkuudeltaan parempien hoitojen välillä. Hoitokäytäntöjen muuttaminen onnistunee jatkossakin vain vetoamalla riittävään kliiniseen dataan ja sitä tukevaan hoitohenkilöstön koulutukseen.

Eri mieltä olleet kommentoivat seuraavasti:

- Perustelut ovat kuten väitteeseen 2.4. Hoidon kalleus on yksi arviointikriteeri. Aivan yhtä lailla pitää arvioida esim. sitä, onko johonkin hoitoon olemassa ylipäättään vaihtoehtoja. Mikäli ei ole, on kovin turhaa kasvattaa byrokratiaa lautakuntamenettelyllä. Ja yhteiskunnan arvot ja arvotukset vaikuttavat siihen millaisia asioita se hyväksyy käyttöön, riippumatta hinnasta. Toisaalta kyllä olen sitä mieltä, että erittäin kalliita hoitoja pitäisi pystyä arvioimaan ennen kuin niitä otetaan käyttöön. Jos kokeellisia hoitoja seurataan riittävän pitkään tutkimusprotokollana, FinOHTAn olisi mahdollisuus tehdä hoidosta myös kustannusvaikuttavuusarvio.
- Ennen kuin mitään näin massiivista testausjärjestelmää lähdetään pystyttämään, on syytä tarkasti harkita, mikä on sen kustannusvaikuttavuus – mikä on lisäarvo testaamisesta, jos se keskittyy hyvin kliinisiin toimenpiteisiin. Esim. lääkkeiden osalta Lääkkeiden hintalautakuntaan kerääntyy kustannusvaikuttavuustietoa siinä yhteydessä, kun valmistaja hakee lääkkeelle korvausperusteista tukkuhintaa. Tätä tietoa ei mielestäni ainakaan nykyisin hyödynnetä muulla tavoin terveydenhuollossa kuin ko. myyntihintapäätöksen perusteena. Ja edelleen olen sitä mieltä, että Suomessa ei kannata lähteä keksimään pyörää uudestaan – olemme todella pieni maa ja resurssimme ovat pienet suhteessa lääketieteen jättimäihin – miksi emme hyödyntäisi sieltä ”valmista” tietoa niin paljon kuin mahdollista.
- Yksilötasolla tulee suuria vaikeuksia. Tuskin koskaan päästään objektiiviseen hoitokriteerimalliin.

Edellyttäen että on kehitetty systemaattisia menetelmiä arvioida eri hoitojen vaikuttavuuksia, on mahdollista edellyttää, että lääkäri poikkeaa vaikuttavimmaksi todetusta hoidosta vain hyvistä syistä. Ainakin hyvin selvissä tapauksissa hoito-ohjetta annettaessa voidaan ottaa huomioon myös hoidon kustannukset. Potilas voi edellyttää saavansa parasta hänelle kustannusraameissa pysyvää hoitoa ja toisaalta maksaja kuten kunta tai Kela voi edellyttää, että kustannusraameja ei ylitetä. Väitteessä 2.6 lähdetään siitä, että jos lääkäri ei tee päätöksiään asetettujen raamien puitteissa, hän voi joutua vuonna 2015 vastaamaan päätöksestään oikeudessa.

Raamien asettaminen on teknisesti mahdollista sähköisen potilaskertomuksen kautta. Selvityksessä Terveydenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmä-arkkitehtuurin periaatteet (STM:n selvityksiä 2006:8) todetaan tämä abstraktisti seuraavasti: ”Kansallisten määräysten mukaisten sähköisten potilaskertomusten kehittäminen on edellytys yhteensopivan valtakunnallisen arkkitehtuurin toteuttamiselle”. Selvityksen mukaan ensimmäinen askel tulevaisuuden sähköisen potilaskertomuksen suuntaan on potilastietojen tallentaminen potilaskertomukseen standardoidulla tavalla. Vaatimukset on työryhmäraportin mukaan tarkoitettu ohjeistaa uusittavassa potilasasiakirja-asetuksessa ja tähän liittyvässä oppaassa vuoden 2006 aikana. Jotta potilastietojärjestelmiä käyttävät ammattihenkilöt voitaisiin todentaa luotettavasti, potilasasiakirjat tulee voida allekirjoittaa sähköisesti. Tavoitteeksi on asetettu, että valmius sähköiseen allekirjoitukseen tulee olla kaikilla lääkäreillä vuoden 2007 loppuun mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan myös lakiehdotusta asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Laki pyritään saamaan voimaan 1.1.2007. Työryhmän mietinnön mukaan lakiehdotus sisältäisi mm. säännökset asiakkaan suostumuksesta tietojen luovuttamiseen, asiakirjan allekirjoittamisesta sekä ehdotuksen sen tietojen suojaamiseksi.

Standardoitu potilaskertomus mahdollistaa hoitopolkujen entistä paremman hallinnan. Hoitopolku (clinical pathway) on yksityiskohtainen hoito-ohje, jolla pyritään standardoimaan hoitoa. Hoitopolut rakennetaan hoitoprosessin analyysin ja tieteellisen näytön perusteella. Tutkimuksissa on osoittautunut, että hoitopolkujen käyttö usein parantaa hoitotulosta, lyhentää hoitoaikaa, vähentää komplikaatioita, vähentää potilaiden nopeaa paluuta sairaalahoitoon ja pienentää kustannuksia. Hoitopolut ovat nykyisin monimutkaisia paperilomakkeita, jotka ovat liian raskaita normaalikäyttöön. Kun sähköinen potilaskertomus kehittyy ”älykkääseen” suuntaan, voidaan hoitopolku integroida suoraan potilaskertomuksen osaksi, jolloin normaalit päivittävät merkinnät ovat samalla hoitopolun toteuttamista. Koodausjärjestelmä on välttämättömyys älykkääseen potilaskertomukseen siirryttäessä. SNOMED CT on USA:ssa ja Englannissa vakiintumassa oleva järjestelmä. Englannissa sen käytöstä on kansallinen päätös. Useiden valtioiden terveydenhuoltoviranomaiset tutkivat tai ovat ottamassa SNOMED-järjestelmää käyttöön.

Hoitopolkuihin liittyvä väite 2.6. sai vastanneiden selvän enemmistön tuen. Alueasiantuntijat ja yritysten edustajat antoivat sille yksimielisen tuen. Sen sijaan profession, tutkijoiden, keskushallinnon edustajan ja hoidettavien kannat jakautuivat tasan väitettä kannattaneisiin ja siitä eri mieltä oleviin.

Väite 2.6 Perustuen Duodecim-seuran hoitosuosituksiin on vuonna 2015 käytössä useissa sairauksissa hoitoprotokolla (clinical pathway), joka on sähköisen potilaskertomuksen integroitu yksityiskohtainen hoito-ohje. Lääkäri voi käytännössä poiketa ohjeesta vain hyvillä perusteilla. Tietojärjestelmä seuraa automaattisesti protokollan toteutumista. Hoitosuosituksista tulee de facto standardeja, joita voidaan käyttää oikeusprosesseissa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 13

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 8

Osa väitettä tukeneista piti hoitoprotokollia erittäin tärkeinä. Kuitenkin esitettiin myös monia varauksia:

- Vahvasti kannatettava kehitys.
- Tällaisia hankkeita on jo useita viritteillä ja kansallisten toimijoiden verkottuminen erittäin kiiva-
sta. Näitä tehdään paljon myös riippumatta hoitosuosituksista, paikallisten hoitoketjujen pohjalta
(siis KH-suositus ei ole edellytys). Hoito-ohjeestakaan ei ole enää kyse vaan prosessiohjaustyöka-
lusta, johon yhdistyy hyvin monia ohjauksen, oman toiminnan seurannan, virheiden eston, kus-
tannusten ja määräaikojen valvonnan jne. elementtejä. Kansalliseen sähköiseen sairauskertomuk-
seen on jo tulossa tätä tukevia tietue-elementtejä (palveluketjutunnus, hoitokokonaisuustunnus).
Tietenkään tällaiset strukturoidut ohjausjärjestelmät eivät saa olla hoitosuositusten vastaisia!
- Tämänäyttöiset ratkaisut ovat tarpeen, jos todella aiotaan implementoida hoitosuositukset käytän-
töön. Näistä on kokemuksia mm. USA:sta.
- Hoitosuositusten ja sähköisen potilaskertomuksen integraatio lähestyy hoitoprotokolla-ajattelua.
Potilaskertomus näyttää lääkärille hoitoprotokollan määrittelemät tietokentät ja ilmoittaa, onko
niihin kertynyt tieto potilaalle asetettujen tavoitteiden mukaista. Olennaista on, että hoitoprotokol-
lat antavat ohjeita yksilöllisesti, potilaan ominaisuudet ja kokonaisriski huomioon ottaen. Etenkin
kiireettömässä hoidossa lääkäri ja potilas asettavat yhdessä tavoitteet, joihin pyritään. Tietokoneen
valvomat hoitoprotokollat voivat olla osa päätöksentekitietokantaa, jonka rakentaminen on jo aloi-
tettu osana Käypä hoito -työtä. Hoitosuositusten noudattamista sinänsä ei saa pitää standardina,
jonka noudattamatta jättämisestä oikeudessa rankaistaisiin. Jos hoidon tulos ei ole odotettu tai ta-
pahtuu hoitovirhe, tulee tapauskohtaisesti arvioida, oliko tilanne sellainen, että siihen liittyvä hoi-
toprotokolla tai hoitosuositus olisi ollut helposti löydettävissä, ja onko todennäköistä, että hoi-
tosuosituksen noudattamatta jättäminen aiheutti huonon lopputuloksen. Hoitoprotokollien käyttö
lisää potilasturvallisuutta ja vähentää hoitovirheitä. Tämän vuoksi on sekä potilaiden että lääkärei-
den etujen mukaista, että hoitoprotokollia käytetään.

- Hoitoprotokollilla virheistä oppiminen ja ennaltaehkäisy mahdollistuu. Prosessivirheitä voidaan korjata aktiivisesti. Poikkeamat hoitosuosituksista ovat kuitenkin VÄLTÄMÄTTÖMIÄ monisairaiden suhteen.
- Protokollista on nyt paljon evidenssiä esimerkiksi tehohoidossa. Tämä protokollien käyttö laajenee ja muodostuu standardeiksi.
- On muistettava, että Käypä hoito -suosituksissa on useisiin sairauksiin erilaisia vaihtoehtoja. Kustannusvaikuttavuusarvointi ei ole näissä suosituksissa kehittynyt niin pitkälle kuin muu arviointi esim. näytön asteen vertailu. Vaikka Käypä hoito -suositukset on erittäin hyvä apu lääkärin työssä, en usko että ne muuttuvat juridisiksi standardeiksi. Käypä hoito -suositukset tehdään vapaaehtoisvoimin, ja niitä uusitaan määrävälein myös vapaaehtoisvoimin. En kuitenkaan usko, että maassamme kymmenessä vuodessa tapahtuisi sellaista muutosta, että lääkärikunnan keskenään tekemät dokumentit, oli ne kuinka hyviä tahansa, tulisivat pohjaksi oikeusprosesseille. Käypä hoito -suositukset ovat pohjana esim. alueellisille yhtenäisille käytännöille.
- Voi olla mahdollista, mutta en usko kovin nopeaan kehitykseen, ja kuten olen ilmaissut, kaikille potilaille ei sovi samanlainen hoito, ihmiset ovat yksilöllisiä ja sairaudetkin ilmenevät eri ihmisillä eri tavoin ja ne koetaan eri tavoin.

Eri mieltä olleet epäilivät mahdollisuutta päästä yksiselitteisiin hoitosuosituksiin ja varsinkin terveydenhuollon juridisoitumisen hyötyjä ja sitä, onko väite toteutettavissa vuoteen 2015 mennessä:

- Terveydenhuollon juridisoituminen ei lisää ”hyvää”, vaan estää uskallusta päätöksiin.
- Hoitosuosituksia on syytä kehittää ja informoida ja kouluttaa henkilökuntaa niitä toteuttamaan. Niiden ei kuitenkaan tule olla oikeusprosesseihin yltyviä standardeja. Esimerkiksi vanhoilla ihmisillä on monitautisuus yleistä, samoin polyfarmasia ja muidenkin hoitomuotojen runsas käyttö. Kaikkiin esiin tuleviin kombinaatioihin ei ole mahdollista etukäteen varautua.
- Potilaan näkökulman huomioon ottaminen on varmistettava ja kirjattava – rahoitusjärjestelmästä riippumatta. On kirjattava selkeästi, onko hoitosuositus minimi (joka on annettava kaikissa olosuhteissa) vai maksimi (jota enempää ei rahoiteta tai ole syytä antaa).
- Duodecim seuran Käypä hoito -suositukset on kirjoitettu laajan kansainvälisen yhteistyön perusteella suunnitelmallisesti suosituksiksi eikä ohjeiksi. Käytännön hoitosuositusten, päätöksenteon apuvälineiden ja näytön asteen arviointien tarkoitus on helpottaa lääkärin tekemiä tutkimus- ja hoitopäätöksiä. Tavoitteena on edistää paitsi terveyttä myös tasa-arvoa vähentämällä hoitokäytäntöjen vaihtelua. Vastaanotolla potilas on aina erityinen. Hänellä on tietyt ominaisuudet, tietty perimä, ympäristö, ihmissuhteet, elämänhistoria jne. Kuten hippokraattisessa perinteessä aina korostetaan, terveyttä, tasapainoa ja harmoniaa ei saavuteta muulla tavalla. Käypä hoito -suositus ei sellaisenaan korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta ja hoidosta hoitopäätöksiä tehtäessä. Siksi ne eivät käy sellaisenaan oikeusprosessissa kyseisen ihmisen hoidon standardiksi. Prosessissa on näytöstä kysymys ja näytön osoittamisen taakka voisi siirtyä enemmän lääkärille, jos suositus on erittäin vahva. Lääkärillä tulisi olla selkeät perusteet, mikäli hän poikkeaa hoitosuosituksista, joiden taustalla on vahva tutkimusnäyttö, tai mikäli hän käyttää hoitoja ja tutkimuksia, joiden tehosta ei ole minkäänlaista näyttöä.
- Potilailla on usein monia sairauksia ja oireita. Monimutkaiset asiat protokollan tasolla käsiteltyinä ovat erittäin ongelmallisia ja näytön saaminen esim. oikeusprosessissa vaikeaa. Potilasvahinkovakuutus on pohjoismainen ilmiö, eikä pohjoismaisella tasolla ole vielä kokemusta suosituksia vahvemmassa käytännöstä. Näyttöön perustuva lääketiede korostaa voimakkaasti näyttöä, joka on saatu satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa. Kaikki hoidot, esimerkiksi monet kirurgiset leikkausmenetelmät tai erilaiset psykoterapiat, eivät sovellu tutkittaviksi samalla tavoin. Lisäksi voimakkaaseen tutkimusnäyttöön perustuvia ratkaisuja tai yksilölliseen tilanteeseen hyvin soveltuvia hoitosuosituksia ei ole olemassa kuin murto-osaan lääkärin kohtaamista käytännön tilanteis-

ta, siten ei kokemukseräisenkään tiedon merkitystä voi väheksyä. On esitetty myös käsityksiä siitä, että jos hoitosuosituksia aletaan käyttää tulevaisuudessa terveydenhuoltojärjestelmän ohjaukseen, kustannusten säästöön tai juridisina ohjeina, ne alkavat irtaantua näyttöön perustuvan lääketieteen ideaalista ja eettinen velvoite seurata niitä heikkenee. Lääketieteellisen tiedon kasvu on hyvin nopeaa. Ehdotetut kankeat uusien hoitojen hyväksymistoimenpiteet kangistaisivat ainakin esitetyllä tavalla koko lääketieteen kehityksen.

- Lääkärin on aina perusteltava hoitopäätöksensä, mutta protokollat eivät aina sovellu yksilötasolle.
- Esitetty käytäntö toimii vain, jos potilaalla on yksi hoitoa vaativa vamma/sairaus. Eri vammoihin/sairauksiin käytettyjen hoitojen osin tuntemattomat yhteisvaikutukset saattaisivat estää hoitosuosituksiin vetoamisen oikeusprosesseissa.

Viimeisin ja pisimmälle menevä väite priorisointimenetelmien toimivuudesta oli väite 3.2. Väitteen hyväksyntä edellytti vähintään myöntämielisiä suhtautumista kaikkiin edellisissä väitteissä hahmoteltuihin menettelytapoihin. Sen lisäksi sen hyväksyntä vaati vankkaa uskoa siihen, että terveydenhuollon kustannukset voidaan saada hoidon laadusta tinkimättä hallintaan systemaattisella hoitojen vaikutusten ja niiden kustannusten arvioinnilla. Ei ollut kovin yllättävää, että väitteelle löytyi varsin harvoja tukijoita. Kaikkien taustaryhmien enemmistöt hylkäsivät väitteen. Kiintoisaa kuitenkin oli, että profession edustajat jakautuivat lähes tasan väitteen kannattajiin ja eri mieltä olleisiin (suhde 2:3). Myös yksi alueasiantuntija ja tutkija kannattivat väitettä.

Väite 3.2 Noudattamalla väitteissä 2.4–2.6 määriteltyjä uusien ja nykyisten hoitojen hyväksynnän menettelyjä vuonna 2015 voidaan rajoituksetta käyttää kaikkia hoitoja, jotka täyttävät ehdon 50 000/Qualy.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 4

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 12

Ehkä seuraava eri mieltä olleen panelistin välittömästi väitteen perään liittämä kommentti kuvastaa yleisemminkin eri mieltä olleiden tuntoja:

- Minusta Qualy ei ole niin hyvä mittari, että siitä voitaisiin tehdä ”Jumala”. Kyllä hoidot on pystytävä edelleen suunnittelemaan potilaskohtaisesti. Oikeassa elämässä päätöksentekoa vielä mutkistaa se, että potilailla saattaa olla muitakin sairauksia. Tämä vielä tuo mukanaan uusia elementtejä hoidosta päättämiseen. Ottaako Qualy tämän huomioon?

Väite esitettiin yhteydessä, jossa arvioinnin kohteena olivat laajasti lääkärin etiikka tulevaisuudessa sekä hänen vastuunsa potilaidensa suuntaan antamistaan hoidoista. Tässä yhteydessä panelisteille varattiin tilaisuus esittää laajempi kommentti terveydenhuollon eettisistä periaatteista. Se luvattiin julkaista arvioinnin loppuraportissa. Kommentit on koottu arvioinnin liitteeseen 2.

5.3 Pidentyvä elinikä ja riippuvuuden vuosien lisääntyminen haasteena terveydenhuololle

Teknologinen kehitys tarjoaa yhä enemmän mahdollisuuksia pitkittää usein yhä kalliimpaan hintaan hengissä pysymistä erilaisissa taudeissa. Asiantuntijat olivat varsin yhtä mieltä siitä, että syöpähoidoissa tapahtuu merkittävää edistystä geenitekniikkaan perustuvien hoitojen ansiosta. Tätä toiveikasta tulevaisuudenkuvaa varjostaa se, että vastaavaa edistystä ei ole ollut näkyvissä aivojen rappeutumistautien suhteen. Toistaiseksi kaikki hoidot ovat olleet vain näiden tautien etenemistä hidastavia. Toki on mahdollista, että löydetään todella dementian tai Parkinsonin taudin jo alkuvaiheeseen pysäyttäviä tai suorastaan parantavia hoitoja. Yhtä mahdollista on kuitenkin, että kehittyy esimerkiksi kantasoluhoidojen muodossa vain uusia kalliita hoitoja, jotka entistä tehokkaammin hidastavat dementian etenemistä.

Hyvin mahdolliselta tulevaisuudenkuvalta vaikuttaa, että samalla kun elinikä pitenee myös toimintakyvyn ja jatkuvasta hoidosta riippuvuuden aika pitenee. Tätä mahdollisuutta tukee se, että myös monien syöpien ja vaikeiden perinnöllisten tautien hoitojen on ennakoitu vain pysäyttävät tautien etenemisen. Ne myös usein vaativat esimerkiksi entsyymeinä annettavaa jatkuvaa kallista hoitoa. Toisaalta sepelvaltimotauti, johon ei liity pitkää riippuvuuden kautta, on edelleen sekä suomalaisten miesten että myös naisten yleisin kuolinsyy (HS 23.1.2006). Kuolintapauksista noin neljännes liittyy tähän tautiin. Sydänsairauksiin altistava metabolinen oireyhtymä – kolesterolitason nousu, verenpaineen nousu ja ylipaino – on pikemminkin lisääntymässä kuin vähenemässä. Metabolisen oireyhtymän toinen seuraus – aikuistyyppin diabetes – on viimeisten tietojen perusteella vielä yleisempi kuin on luultu. Sadat tuhannet suomalaiset eivät tiedä sairastavansa tai olevansa sairastumassa siihen (HS 20.1.2006).

Yksi toimintakyvyn tärkeä kynnys on itsenäinen selviäminen kotona. Mahdollisuus liittyy sekä henkilön kuntoon että edellytysten luontiin kotona asumiseen. Näitä edellytyksiä tarkasteltiin laajasti eduskunnassa vuosina 1998–2001 toteutetussa geronteknologian arvioinnissa (Törmä ym., 2001; Eerola ym., 2001; Kuusi, 2001). Kuten väitteen 1.6 yhteydessä todettiin, tutkimukset ovat osoittaneet, että eläminen ympäristössä, jossa jäljellä olevaa toimintakykyä joutuu aktiivisesti käyttämään, myös keskeisesti ylläpitää toimintakykyä. Varsinkin jatkuva makaaminen vuoteessa rappeuttaa nopeasti kuntoa.

Kun pohditaan, mihin terveydenhuollossa kannattaa erityisesti panostaa toimintakyvyn osalta, itsenäinen kotona selviytyminen nousee keskeiseksi haasteeksi. Voidaan ajatella, että itsenäisestä kotona selviämisestä – toki välillä kunnan niin vaatiessa hoitolaitoksissa vieraillen – muodostuu myös yksi peruste hoitojen antamiselle. Haastattelujen perusteella vaikuttikin siltä, että aivojen rappeutumistautien osalta taudin etenemistä hidastavista hoidoista on yleisesti luovuttu, kun hoitoa saava ei enää selviä itsenäisesti kotona. Yksi alan erityistuntija tosin arvioinnin toisella kierroksella kiisti tällaisen tulkinnan.

Asiantuntijat hyväksyivät lähes yksimielisesti haastatteluissa esitetyn väitteen 3.0. Vain yksi profession edustaja ei väitettä hyväksynyt.

Väite 3.0 Vaikka biolääketiede on etenemässä nopeasti, kunnan kannattaa nyt ohjata teknologian kehityksensä ennen kaikkea potilaan kykyyn ja edellytyksiin asua kotona, toiseksi itsehoitoon ja kolmanneksi parantamaan hoivaa laitoksissa ja sairaaloissa.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 17

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 1

Ilmeisesti väitettä pidettiin lähes itsestään selvänä, koska sitä kommentoi vain muutama panelisti:

- Rahat kannattaa ohjata asuntojen korjaukseen tai riittävän kokoisiin senioripalveluasuntoihin.
- Kunnilla ei yleensä ole kehittämisrahaa.

Mahdollisesti pitkittyvään ”vaivaisen elämän vaiheeseen” liittyen asiantuntijoita pyydettiin esittämään arvionsa siitä, miten toisaalta elinikä kehittyy vuoteen 2020 ja miten kehittyvät vuodet, jotka eletään toimintakyvyltä olennaisesti alenneessa kunnossa (15D mittarilla suunnilleen taso 0,5–0,6). Tarkasteluhorisonttia siis pidennettiin pääasiassa käytetystä vuodesta 2015. Arvioinnin pohjana oli Tilastokeskuksen syksyllä 2004 julkaisema suoraan menneeseen kehitykseen perustuva eliniän trendiennuste. Sen mukaan odotettavissa oleva elinikä pitenee vuodesta 2005 vuoteen 2020 naisilla 82 vuodesta 84 vuoteen ja miehillä 75,5 vuodesta 78,5 vuoteen eli koko väestöllä keskimäärin 2,5 vuotta.

Lähtökohdaksi arviolle asiantuntijoille esitettiin valtioneuvoston vuoden 2004 tulevaisuusselonteossa esitetty laskelma. Sen mukaan 250 000:lla yli 55-vuotiaalla oli vaikeuksia työ- ja toimintakyvyn alenemisen vuoksi perustoiminnoissa. Lähtien tästä tiedosta arvioitiin, että koko väestöstä olennaisesti toimintakyvyltään alenneita oli vuonna 2005 vajaa 7 %. Tästä ehkä jonkin verran liian suuresta osuudesta päätel-

tiin, että riippuvuuden kausi kestää tällä hetkellä keskimäärin noin 5,5 vuotta. Asiantuntijoita pyydettiin arvioimaan, miten vastasyntyneen odotettavissa oleva elinikä kehittyä ja kuinka monta vuotta henkilöt joutuvat keskimäärin elämään ”vaivaisina”.

Taulukko 12

Muutos vaivais- vuosissa 2005–2020	Eliniän lisääntyminen 2005–2020 vuotta	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	5,0
yli 1, 5 vuotta vähemmän					1	1	
0,5–1 vuotta vähemmän					2	1	1
Yhtä paljon kuin nyt		2	3	1			
0,5–1 vuotta enemmän				1			
yli 1,5 vuotta enemmän						3	

Asiantuntijoiden mediaaniarvio odotettavissa olevan eliniän pitenemisestä 2005–2020 oli 3,5 vuotta eli noin vuoden tilastokeskuksen arviota suurempi. Sen sijaan asiantuntijoiden enemmistö ei tukenut käsitystä, että ”vaivaisvuodet” tulisivat pitenemään. Päinvastoin lievä enemmistö oli sillä kannalla, että ne tulisivat vähenemään. Tätä voinee tulkita niin, että asiantuntijat uskoivat sydänsairauksien säilyvän keskeisimpänä kuolinsyynä, vaikka syöpien hoito kehittyisi radikaalisti. Kannanottoja selittää myös ylimitoitettu arvio nykyisten toimintakyvyltään olennaisesti alentuneiden osuudesta (vrt. kommentti alla). Seitsemän prosentin osuutta väestöstä pidettiin yleisesti liian korkeana. Hajonta mielipiteissä oli kuitenkin suurta.

Gerontologian spesialisti esitti seuraavan kommentin liittyen vaikeuksiin suhteuttaa kuolleisuuslukuja arvioihin odotettavissa olevasta eliniästä. Hänen mukaansa nykyisin esitetyt luvut yliarvioivat vanhojen ikäluokkien elinikää ja aliarvioivat nyt syntyvien odotettavissa olevaa elinikää:

- Elinajan odotteet todennäköisesti kasvavat suunnilleen Tilastokeskuksen esittämällä tavalla. Teoreettiset luvut antavat kuitenkin harhaanjohtavaa mielikuvaa niille, jotka ovat syntyneet viime vuosisadan alkupuolella ja joiden elinajan odotteet eivät ole läheskään yhtä suuria kuin esim. vuoden 2004 kuolleisuuslukujen vallitessa voi ennustaa. Miesten elinajan keskimääräisen odotteen ilmoitetaan olevan 75,5 vuotta. Toisaalta tiedetään, että esim. 1914 syntyneistä miehistä vajaa neljännes saavutti Tilastokeskuksen mukaan 75 vuoden iän. Niinpä ennen 75 vuoden ikää tapahtuvaa kuolleisuutta voidaan pitää ennenaikaisena, vaikka todellisuudessa 75 vuoden iän saavuttaminen olikin keskimääräistä merkittävästi korkeampi.

Tarvittaisiin tietoja todentuneista elinajoista varhaisemmissa syntymäkohorteissa. Esim. vuonna 1935 syntyneistä 65 vuoden iän saavutti noin 80 % naisista ja hiukan yli 60 % miehistä, kun esim. vuoden 2000 kuolleisuuden vallitessa noin 90 % naisista ja noin 80 % miehistä saavuttaisi 65 vuoden iän (jälkimmäisiä lukuja käytetään yleisesti kuvattaessa elinajan kehitystä ja elinajan odotteita). Kyseessä on siis laskelma, joka tuottaa pitempiä lukuja kuin todellisuudessa havaitaan viime vuosisadan alkupuolella syntyneiden keskuudessa ja joka toisaalta saattaa tuottaa aliarvioivia lukuja nyt syntyvien osalta, jos elinolot kehittyvät jatkossakin suotuisasti ja kuolleisuus eri ikäryhmissä edelleen alenee.

Todennäköisesti olisi hyvä ilmoittaa myös elinajan ennusteita vanhemmissa ikäryhmissä (esim. 65-, 75- ja 85-vuotiailla), joita koskevat ennusteet vastaavat melko hyvin todellisuutta ja joissa virhe todennäköisesti on toisensuuntainen eli ennusteet ovat alakantissa. Viime vuosikymmeninä on suhteellisen kuolleisuuden aleneminen ollut suurinta yli 80-vuotiaiden keskuudessa ja kaiken kaikkiaan vanhempien ikäryhmien kuolleisuuden alenemisella on ollut suuri vaikutus elinajan

odotteen kasvuun verrattuna viime vuosisadan alkupuolen tilanteeseen, jolloin 0–4-vuotiaiden kuolleisuuden aleneminen vastasi noin puolesta vastasyntyneen elinajan odotteen kasvusta.

Toinen spesialisti esitti seuraavan kommentin:

- Myönteinen kehitys tulee takkuamaan, sillä vuoteen 2020 haitallisten elintapatottumusten seuraamuksena oletettavissa oleva elinikä ei kasva, mutta riippuvuusvuodet saattavat pienentyä. ”Riippumattomuuden vuodet” jäänevät 75 vuoden tasolle. Kuten Venäjän tilanteesta nähdään, hyvinkin lyhyen ajan kuluessa virheellisten yhteiskunnallisten valintojen seurauksena voi tapahtua hämmästyttävän nopeita demografisia muutoksia!

Riippuvuuden ilmaiseminen vuosina on erittäin problemaattista. Toistaiseksi ei ole konsensusta siitä, miten riippuvuutta tulisi arvioida. Esim. toiminnanvajauksien syntyä koskeissa teorioissa ja käsityksissä on suuria eroja liittyen mm. siihen, miten toiminnan heikkeneminen muuttuu toiminnanvajaukseksi johtaen mahdollisesti avun tarpeeseen. Kriittisen teorian mukaan toiminnan heikkeneminen muuttuu toiminnanvajaukseksi toiminnanvajauksia tuottavassa ympäristössä (esim. hissin puute henkilöllä, jolla on vaikeuksia kävellä portaissa), kun taas biolääketieteellisen näkemyksen mukaan kyse on sairauksiin ja vammoihin liittyvästä prosessista (disablement process), joka etenee toiminnanvajaukseksi, varsinkin jos yksilöön kohdistuvat hoito- ja kuntoutuspalvelut eivät ole riittäviä. Sekä fyysisen että sosiaalisen ympäristön arviointiin ja kehittämiseen onkin ryhdytty kohdistamaan tutkimus- ja kehitystyötä, jonka avulla toivotaan voitavan vähentää iäkkäiden ihmisten avun tarvetta ja riippuvuutta. Myös vanhat ihmiset oppivat valikoimaan eri toimintojen välillä, optimoimaan voimavarojaan tärkeiden toimintojen tekemiseksi ja kompensoimaan tarvittaessa eri tavoin heikentyneen toimintakyvyn vaikutuksia.

Koko elinaikainen erityyppisen laitoshoidon tarve on naisilla noin 1,5 vuotta ja miehillä noin 0,5 vuotta. Raskasta hoitoa tarvitsevien (kotisairaanhoidon tai kotipalvelun, vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalaissa) osuus kasvaa iän mukana nopeasti niin, että vanhimmissa ikäryhmissä (esim. 85–90-vuotiaat) runsaat puolet ovat tällaisen hoidon tarpeessa. Laskelmia ei kuitenkaan tiedäkseni ole tehty siitä, miten monta vuotta keskimäärin tällainen apu on tarpeen. Lievempiä toiminnanvajauksia esiintyy runsaasti ja osaan niistä liittyy ulkopuolisen avun tarvetta, joista osan hoitavat omaiset. Myöskään tällaisesta riippuvuudesta ei ole aikamääräisiä laskelmia.

Tutkimusraporteissa käytetään myös käsitettä prekliininen toiminnanvajaus, joka voi ilmetä esimerkiksi jonkin fyysisen toiminnan heikkenemisenä (esim. hengitys, lihasvoima) tai muistin heikkenemisenä ja joka edetessään tuottaa avuntarvetta aiheuttavaa toiminnanvajautta. Sekä prekliinisen toiminnan vajavuuden kehittymistä toiminnan vajaukseksi voidaan jarruttaa ja huonontunutta toimintakykyä voidaan vanhallaakin iällä luultua enemmän parantaa. Väestön ikääntyessä näiden kysymysten tutkimiseen ja hyvän toiminnan mallien kehittämiseen kannattaisi suunnata lisää voimavaroja.

Muita kommentteja olivat:

- Miesten eliniän odote voisi nousta 81 vuoteen ja naisten 85 vuoteen. Riippuvuus aika lisääntyisi eliniän suhteessa noin neljänneksellä.
- Yli 80-vuotiaiden eliniän odote ei ole kasvanut.

5.4 Millaisia hoitojen priorisointiperiaatteiden tulisi olla?

Millaisia tulisi olla hoitojen priorisointiperiaatteiden teknologian kehittyessä, tiedon lisääntyessä hoitojen vaikuttavuudesta ja kustannuksista sekä väestön ikääntyessä? Arvioinnin yhteenveto-osiossa asiantuntijat saivat priorisointiperiaatteita arvioitavakseen. Heiltä kysyttiin, millaisille hoidoille kohdistetaan tulevaisuudessa resursseja. Arvioita pyydettiin tekemään toisaalta todennäköisestä kehityksestä ja toisaalta suotavasta kehityksestä. Seuraavassa keskitytään todennäköiseen kehitykseen, mutta viitataan myös arvioihin suotavasta kehityksestä.

Edellisen jakson väitteen 3.0 tapaan hoitoperiaatteiden taulukkoa 13 toisella kierroksella kommentoineet asiantuntijat yhtyivät yksimielisesti siihen, että resursseja lisätään voimakkaasti vuoteesta ylös kuntouttavaan hoitoon. Yksi asiantuntija tosin piti todennäköisempänä resurssien vain lievää lisääntymistä tähän tarkoitukseen. Hänkin kuitenkin piti suotavana, että resursseja lisättäisiin tuntuvasti. Täsmälleen samalaisin arvioin hyväksyttiin myös taulukon kohta 2. Se, että selvään näyttöön perustuviin hoitoihin lisätään resursseja – ei kuitenkaan voimakkaasti – sai yksimielisen tuen.

Taulukko 13 Arvioinnin II kierroksella eniten tukea saaneet kannanotot erilaisten hoitojen resursoinnista, todennäköisenä pidetty kehitys

	Resurssien voimakas lisäys	Resurssien lisäys	Resurssien vähentyminen
1. Vuoteesta ylös kuntouttava hoito, kuntoutusasunnot	x		
2. Hoidot, joiden vaikutus näkyy toimintakyvyn paranemisenä kohtuullisin kustannuksin, hyöty yli 50 000/Qualy	x		
3. Hoidot, joiden vaikuttavuudesta selvä tieteellinen näyttö		x	
4. Uudet hoidot vakaviin tauteihin (erityisesti syöpä ja hermostotaudit), joiden näyttö epävarma		x	
5. Olennaisesti halvemmat, mutta hieman tehottomammat lääkkeet			x
6. Muu lääkitys kuin kipulääkitys yli 85-vuotiaille sänkypotilaille			x
7. Vuodehoito sairaaloissa, terveyskeskuksissa tai vanhainkodeissa		x	
8. Itse selvästi aiheutetut taudit		x	

Haastattelujen pohjalta muodostettu arvio, että myös vahvaan näyttöön perustumattomiin vakavien tautien hoitoihin panostettaisiin tulevaisuudessa voimakkaasti, ei saanut kommentoineiden asiantuntijoiden enemmistön kannatusta. Mielipiteet jakautuivat todennäköisen kehityksen osalta tasan voimakkaan ja vähemmän voimakkaan resursoinnin kesken. Kun kaikki kommentoineet kuitenkin pitivät vähempää resursointia suotavana, risti on siirretty tähän sarakkeeseen. Sen sijaan enemmistö kommentoineista yhtyi ennakoarvioon siitä, että olennaisesti halvemmat mutta hieman tehottomammat lääkkeet eivät todennäköisesti saa lisää resursseja, vaikka kukaan ei pitänyt tätä suotavana. Potilaiden edustaja esitti vahvan kannanoton edullisiin lääkkeisiin panostamisen puolesta:

- ”Vanhat” ja hyvät ja halvat lääkkeet käyttöön. Ne on todettu usein tehokkaammaksi kuin uudet ja kalliit. Kuntoutushoitoja jo keski-ikäisille lisää. Terveysvalistusta päiväkodeissa ja kouluissa. Ihmisten omaa vastuuta omista valinnoista tulisi korostaa. Medikalisaatiosta järkevää tietoa ja sen alasajo olisi tarpeen. Tunteita ja normaaleja ihmiselämään kuuluvia ilmiöitä ei pitäisi lääkittää!

Toinen panelisti perusteli suotavuutta seuraavasti:

- Jos ei oleellista eroa tehossa, suosisin halpoja, jo pitkään käytössä olleita lääkehoitoja, koska niiden turvallisuus tunnetaan paremmin kuin uusien lääkkeiden. Tästä hyvänä esimerkkinä parhailaankin käynnissä oleva keskustelu koksibi-särkylääkkeiden tehosta suhteessa niiden riskeihin.

Kommenttoineiden enemmistö piti todennäköisenä, että muusta hoidosta kuin kipulääkityksestä tullaan vähentämään resursseja yli 85-vuotiaiden vuodepotilaiden hoidossa. Tähän liittyi seuraava kommentti:

- Tervettä ”maalaisjärkeä” siihen, mitä hoidetaan ja mitä ei. Selvät rajat kaikille tiedoksi. Eutanasia niille jotka sitä itse haluavat lain puitteissa. Raja myös siihen, kuinka kalliilla hoidolla tai lääkkeellä ”ostetaan” tietyn pituinen lisäelinikä, kun on kuitenkin nopeasti kuolemaan johtavasta sairaudesta kysymys. Kuoleman koulutusta tarvitaan myös. Ihmisestä ei tule ainakaan fyysisesti kuolematonta vaikka mitä temppuja yritettäisiin keksiä. Onko aina pakko kaikki toteuttaa, mitä osataan ja tiedetään?

Kaikki kommentoineet olivat sitä mieltä, että vuodehoitoon tullaan panostamaan jonkin verran enemmän. Hieman provosoiva ennakoarvio oli, että tästäkin tultaisiin vähentämään. Asiantuntijat esittivät tästä seuraavia kommentteja:

- Käytännössä lieenee lähes mahdotonta vähentää tästä kohtaa resursseja, koska hoitoa tarvitsevien vanhusten määrä koko ajan lisääntyy. Ei ole realistinen tavoite, erityisesti koska sisältää myös vanhainkodit.
- Koska väestö ikääntyy voimakkaasti, myös vuodepaikkoja sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa tarvitaan lisää, vaikka ikävakioitu vuodeosastohoidon tarve pieneneekin avohoidon tehostumisen myötä. Ainoastaan elämää pitkittäviä hoitoja rajoittavat hoitotestamentit voivat muuttaa tätä suuntausta.

Vastuu selvästi itse aiheutetuista sairauksista oli teema, joka jakoi mielipiteitä arviointihankkeen ohjausryhmän haastattelussa. Se nousi myös voimakkaasti esille ETENEn kuulemistilaisuudessa syksyllä 2004. Kuullut asiantuntijat olivat vahvasti sillä kannalla, ettei kansalaisia saa rangaista itse aiheutetuista sairauksista vähentämällä hoitoa. Tämä kanta oli taustalla myös taulukon resurssiarviossa. Toisen kierroksen kommentteista löytyi tukea sekä resurssien lisäämiselle että vähentämiselle tähän tarkoitukseen.

Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan julkaisussa ”Autonomia ja heitteillejätö” (ETENE-julkaisuja 10, 2004) on pohdittu varsin syvällisesti itse aiheutettujen sairauksien ongelmaa. Neuvottelukunnan edesmennyt puheenjohtaja dosentti Martti Lindqvist määrittelee julkaisussa terveydenhuollon tavoitteeksi auttaa ihmisiä yhä paremmin kantamaan vastuuta elämästään ja välittämään itsestään. Erityisesti pohdittaessa sitä, tulisiko hoitoa annettaessa ottaa huomioon henkilön syyllisyys terveyshaittaansa, tulisi Lindquistin mielestä ottaa lähtökohdaksi se, että terveytensä esimerkiksi tupakalla tai alkoholilla tuhonnut ei tarpeeksi arvosta itseään. ETENEn mainituksessa julkaisussa päädytään seuraaviin yleisiin johtopäätöksiin:

1. Käsite ”itse aiheutettu sairaus” on harhaanjohtava ja siitä pitäisi luopua.
2. Ihmisen osuus sairauden syntymekanismissa ei saa vaikuttaa hänelle annettuun hoitoon. Voi tosin olla lääketieteellisiä syitä olla aloittamatta tiettyä hoitoa, joka ei hyödytä potilasta, ellei hän muuta elintapojaan hoidon edellyttämällä tavalla. Potilasta on myös asiallisesti informoitava hänen elintapojensa vaikutuksesta sairauden syntyyn, ennusteeseen ja hoitoon.
3. Monet sairaudet, oli niiden syntymekanismi mikä tahansa, aiheuttavat ihmisille suuria kärsimyksiä. Sairauksien ennalta ehkäisy on myös useimmiten edullisempaa yhteiskunnalle kuin sairauksien hoito.

4. Sairauksien ennaltaehkäisyssä ihmisten omaa vastuuta voidaan korostaa, mutta on tärkeää tunnustaa myös se, että sairastumista ei voi hallita.
5. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja heitteillejätön raja on monien sairauksien kohdalla epäselvä. Hyvinvointiyhteiskunnan tehtävänä on pitää riittävää huolta niistä, joilla ei ole omia voimia ja mahdollisuuksia huolehtia hyvinvoinnistaan, terveydestään ja sairauksistaan. Suuri yhteiskunnallinen haaste ovat Suomen poikkeuksellisen suuret terveyserot toisaalta ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden sekä toisaalta miesten ja naisten välillä.

ETENEn seminaarin kannanotto vastaa perinteistä lääkärin etiikkaa, jonka ylilääkäri Rauno Mäkelä kiteytti seminaarissa seuraavasti: ”Lääkärin tulee aina toimia potilaansa parhaaksi. Potilaan edun pitäisi mennä omaisen, työntäjän tai yhteiskunnan edun edelle, jos edut ovat ristiriidassa keskenään.” Seminaarissa myös puheenvuoron käyttänyt prof. Juha Siltala kiteytti terveydenhuollon työn eetoksen ihanteellisimmillaan protestanttisen diakonissan tapaan motivoitua työhönsä. Hänen työnsä motivaatio on olla toiselle tarpeellinen. Työntekijä näkee vaikutuksensa potilaan hoidossa ja paranemisessa. Siltalan mukaan terveydenhuollon työntekijät kokevat yleisesti työn rationalisoinnin ja tehostumisen ongelmalliseksi ja oman työn sabotoinniksi, ja siksi turhautuvat, väsyvät, sairastuvat ja siirtyvät eläkkeelle.

Tulisiko lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan kuitenkin kantaa vastuuta myös antamiensa hoitojen taloudellisuudesta? On kiintoisaa, kuinka yksiselitteisesti kommentoineet panelistit hylkäsivät väitteen 3.1. Vain kaksi tuki sitä. Ilmeisesti vastanneet kokivat väitteen sisältämän vertailun toisten potilaiden tarpeisiin olevan ristiriidassa Mäkelän kiteyttämän lääkärin etiikan kanssa. Ehkä myös viittaus hoitoja priorisoiviin poliitikkoihin koettiin loukkaavan lääkärin asiantuntemukseen perustuvaa autonomiaa. Kiintoisaa ristiriitaa on seuraava: Lääkäri tai ainakin hänen kustannuksista vastaava esimiehensä joutuu toistuvasti antamaan väitteen mukaisia perusteluja kustannuksia valvoville. Voiko lääkäri rehellisesti selittää potilaalleen, että tämä ei hyödy hoidosta, jos kyse kuitenkin lopulta on riittämättömistä resursseista? Ehkä tämän ristiriidan oivaltaminen selittää sitä, että kaksi väitettä tukenutta olivat kummatkin profession edustajia.

Väite 3.1 Lääkärin hippokraattisen etiikan ”parasta mahdollista hoitoa potilaalleni”, resurssien niukkuuden ja teknologisen kehityksen avaamien mahdollisuuksien ristiriitatilanne ratkaistaan 2015 siten, että poliittiset prosessit ja ehto 50 000/Qualy (väitteet 2.3–2.5) ratkaisevat, kuinka paljon kullakin hoitotyypillä on resursseja käytettävissään. Annettujen resurssien puitteissa lääkäri antaa potilailleen Hippokrateen valan mukaista parasta hoitoa. Julkisen sektorin lääkäri on oikeutettu ja velvoitettu potilaiden omaisten kanssa keskustellessaan käyttämään seuraavan kaltaista perustelua: ”Jos annamme vanhemmalle hoidon X, joudutaan vastaavasti voimavarojen puutteen vuoksi ottamaan toiselta potilaalta pois hoito Y”.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 2

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 14

Väite esitettiin yhteydessä, jossa arvioinnin kohteena olivat laajasti lääkärin etiikka tulevaisuudessa sekä hänen vastuunsa potilaidensa suuntaan antamistaan hoidoista. Tässä yhteydessä panelisteille varattiin tilaisuus esittää laajempi kommentti terveydenhuollon eettisistä periaatteista. Se luvattiin julkaista arvioinnin loppuraportissa. Kommentit on koottu arvioinnin liitteeseen 2.

6. Kansalaisten omavastuu terveydestään sekä työterveydenhuollon ja apteekkien rooli sen tukijoina

6.1 Johdanto

Tässä luvussa keskitytään kolmeen aktiiviseen omahoitoon liittyvään teemaan. Ensimmäinen teema on potilaiden yhteistyö ja edunvalvonta mm. hoitovirheiden suhteen sekä potilaan oikeus häntä koskevaan terveystietoon. Toinen on työterveydenhuollon tuleva rooli. Lääkkeiden merkityksen kasvaessa apteekki- en tuleva rooli kansalaisten omatoimisen terveydenhuollon tukena on kiintoisa kysymys. Tämä on kolmas tarkasteltu teema.

Vuoden 2004 ohjausryhmän haastatteluissa ja valiokuntakuulemisissa teemaan liittyen nostettiin esiin seuraavia haasteita:

- Tehokkain tapa edistää terveyttä on ennaltaehkäisy. Kansanterveys ei edisty ilman terveellisiä elämäntapoja.
- Miten tukea kansalaisia ja erityisesti ongelmanuoria ja ongelmaperheitä omavastuuseen? Koke- mus hoitohenkilökunnan tuesta voi auttaa myös elämänhallintaan ja elämäntapojen muuttamiseen terveellisemmiksi.
- Miten käyttää omatoimisesti tietoverkkoja tehokkaasti terveystiedon hankintaan, itsehoitoon ja vertaistuen hakuun?
- Missä määrin kansalaisilla tulisi olla omavastuuta itse aiheutetuista vammoista tai taudeista tai narsistisesta huolestumisesta omasta terveydestä?
- Miten edistää kansalaisten valinnanvapautta hoitojen suhteen? Mikä on tältä kannalta sopiva suh- de yksityisen, julkisen ja 3. sektorin tarjoaman terveydenhuollon välillä.
- Tulisiko kansalaisen vastata sähköisten potilaskertomuksensa aukaisemisesta?
- Millaisia tulisi olla hoidon periaatteiden elämän viimeisenä noin kahden vuoden jaksona?
- Miten kuulla enemmän hoidettavaa itseään eikä huonoa omatuntoa kantavia omaisia?
- Voiko yhteiskunta tarjota vastinetta hoidosta luopumiselle?

Yksi teema, jota ei käsitelty vuoden 2004 haastatteluissa ja asiantuntijakuulemisissa, mutta joka nousi vahvasti esille erityisesti potilaiden edustajien haastatteluissa Delfoi-prosessin ensimmäisellä kierroksella, on potilasturvallisuus. Voiko kansalainen aina luottaa lääkäriinsä? Kuinka potilas saa hyvitystä ja korjaus- ta hoitovirheisiin? Lääkärikunnalla on eettiset ohjeensa, mutta entä jos niitä ei noudateta?

Tapaus Urpo Rinne on esimerkki siitä, kuinka käytäntö oli kaukana eettisistä periaatteista. Turkulainen ylilääkäri Urpo Rinne jäi vuonna 2000 kiinni siitä, että hän oli siirtänyt kymmeniä miljoonia markkoja lääketehtailta saamiaan tutkimusvaroja omille tileilleen. Rinteen oman käsityksen mukaan hän ei ollut tehnyt mitään väärää. Hän katsoi ensinnäkin ansainneensa rahat omalla työllään. Oikeudessa hän myös kertoi, että hänen tarkoituksensa oli jatkaa tutkimusta eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Samoihin aikoihin jäi kiinni vastaavasta rikoksesta myös hänen kuopiolainen kollegansa professori Paavo Riekkinen. Rin- teen ja Riekkisen työtoveri professori Jorma Palo pohti vuonna 2003 ilmestyneessä kirjassaan Oravasyn- drooma kollegoidensa tapauksia. Palon kirja kertoo siitä, kuinka rahan siirto omille tileille ja paljon muu- takin hyvin kaukana lääkärien virallisista eettisistä periaatteista olevaa pääsi tapahtumaan.

Edellytyksiä väärinkäytöksille olivat toisaalta potilaiden kritiikitön luottamus lääkäriinsä ja toisaalta Rin- teen ja Riekkisen alaisten ja kollegoiden vaikeneminen havaitsemistaan ongelmista. Liitteessä 2 kuvatut lääkärin eettiset periaatteet olivat kaukana niistä tavoista, joilla Urpo Rinne hoiti tutkimuspotilaitaan.

Palo kuvasi Rinteen Parkinsonin taudin hoitokäytäntöä seuraavasti (s. 80–82). Urpo Rinteellä oli kaksi pitkäaikaista tutkimusapulaista, joilla ei ollut lääketieteellistä eikä hoitotieteellistä koulutusta. Molemmilla oli merkonomin koulutus. Rinne kirjoitutti lääkeresepit aina heillä. Hän antoi ohjeen kirjoittamiseen ja tyhjän allekirjoitetun lomakkeen, jolle apulaiset merkitsivät kirjoituskoneella lääkkeen annoksen ja nimen. Sitten he antoivat tai postittivat potilaalle valmiin reseptin, jota Rinne ei enää koskaan tarkistanut.

Potilaskäynneillä Rinteellä oli aina hirveä kiire. Joskus hän saattoi asiaan sen enempää paneutumatta ehdottaa valmistetta, jota potilas oli jo huonolla menestyksellä kokeillut. Tämä olisi selvinnyt aikaisemmista muistiinpanoista, jos hänellä olisi ollut niitä aikaa lukea. Pelastuksena olivat usein merkonomitutkimusavustajat, jotka muistuttivat Rinnettä aikaisemmasta kokeilusta. Heillä olivat myös valtuudet muuttaa annostelua, jos Rinne ei ollut itse paikalla. Aina merkonomit eivät kuitenkaan olleet paikalla.

Rinne täytti kustakin tutkimusprojektiin otettavasta uudesta potilaasta lääketehaan kanssa laaditun lomakkeen ja kullakin muutaman viikon tai kuukauden välein tehdyllä seurantakäynnillä uuden. Monesti kuitenkin tämä unohtui, ja virhe paikattiin täyttämällä lomake vanhoilla tiedoilla, vaikka sääntöjen mukaan se olisi tietenkin pitänyt jättää tyhjäksi. Suostumuksesta tutkimukseen sovittiin tyypillisesti mutkatomasti vastaanotolla ilman harkinta-aikaa. Monet Rinteen potilaista eivät muistaneet kirjoittaneensa suostumusta tai suostumuslomake oli englanninkielinen ja he eivät sitä ymmärtäneet. Monet eivät esimerkiksi ymmärtäneet, että he saattoivat joutua plasebo-ryhmään, joille ei vertailun vuoksi annettu lainkaan lääkintää. Yksi potilas ihmetteli, kuinka toisten hoidettavien Parkinsonin tauti eteni hänen tautiaan paljon hitaammin. Selvisi, että hän oli jo neljän vuoden ajan kuulunut plaseboryhmään.

Rinteen tapaus on yksi osoitus siitä, että potilaan kannattaa joskus kriittisesti arvioida lääkäriään. Näin myös on lisääntyvässä määrin tapahtumassa. Terveystieteiden perinteisen hippokraattisen toimintamallin on haastamassa teknologisen kehityksen ohella yhä enemmän myös uudenlainen kansalainen tai potilas. Paternalistisen lääkärin potilas on ollut passiivinen, kärsivällinen ja lääkärin kantaa kunnioittava. Lääkärin ja potilaan perinteinen suhde on perustunut siihen, että potilaan parasta ajatteleva lääkäri myös tietää potilasta paremmin, mikä on hänelle hyväksi. WHO ja potilasjärjestöt ovat viimeaikaisissa kannanotoissaan korostaneet, että lääkäreiden ja potilaiden koulutustasojen lähestyttyä toisiaan ja Internetin tarjotessa monipuoliset mahdollisuudet arvioida tarjottua tai mahdollista hoitoa potilas on siirtymässä yhä enemmän aktiivisen hoitojensa ohjaajan rooliin.

Epäilemättä omatoimisten ryhmään eivät kuulu ETENEn eettisissä periaatteissa ensisijaisiksi toiminnan kohteiksi nostetut huono-osaisimmat. Sen sijaan siihen tyypillisesti kuuluvat ne, jotka pääasiassa tulevaisuudessa maksavat myös julkisen terveydenhuollon. Heidän ja terveydenhoitojärjestelmän suhteesta riippuu ratkaisevasti, kuinka hoidetaan myös niitä, jotka ovat joko jääneet tai uhkaavat jäädä heitteille. Jos joutuu kustantamaan toisten hoidon, on luonnollista myös tarkkailla, ”mitä toiset tekevät minun rahallani”. Terveystieteiden ammattilainen voi toki paheksua tätä itsekkyytenä, mutta vähintäänkin häneltä edellytetään valmiutta perustella ratkaisujaan.

Keskeinen lähtökohta tulevaisuuden omatoimiselle terveydenhoidolle 2015 on mitä ilmeisimmin Internetin käyttö. Vuoden 2004 lopussa 30 %:lla Suomen kotitalouksista oli laajakaista ja 94 %:lla oli mahdollisuus hankkia sellainen kiinteän verkon kautta. Vuoden 2004 aikana laajakaistayhteydet lisääntyivät noin 60 %. Tällä perusteella voidaan ennakoida, että ainakin 80 %:lla Suomen kotitalouksista on vuonna 2015 laajakaistayhteys. Sen välityksellä suomalaiset voivat monipuolisesti hankkia hoitoihin liittyvää aineistoa myös elävien kuvien muodossa. He voivat myös välittää minne tahansa Suomeen tai toiselle puolelle maailmaa tietoa terveydentilastaan kuten esimerkiksi diagnooseihin sopivaa kuvamateriaalia.

Haastatteluissa monet totesivat suurimmaksi uhkaksi terveydelle haitat, joita seuraa liikunnan puutteesta, epäterveellisestä ravinnosta sekä tupakan ja päihteiden käytöstä. Monet haastatellut katsoivat, että biolääketieteen nopeasti kehityksestä huolimatta eliniän piteneminen pysähtyy Suomessa vuoden 2050 vaiheilla, elleivät vuoden 1965 jälkeen syntyneet sukupolvet olennaisesti muuta elintapojaan. Kuolleisuuden pääteltiin lisääntyvän erityisesti metaboliseen oireyhtymään liittyvien vaivojen vuoksi (diabetes, sydän- ja verisuonitaudit). Urbaani asumis- ja elämäntapa sekä yhden hengen talouksien yleistymisen lisäävät erityisesti ikääntyvien riskiä tulla riippuviksi virallisista terveystalouksista. Omahoidon haaste kohdistuu siis tulevaisuudessa paitsi akuuttien vaivojen lääkehoitoon – ääritapauksena MS-taudin kaltaiset koko elämän pitkiksi ajoiksi mullistavat taudit – myös erilaisten elämän laatua uhkaavien riskien hallintaan. Tässä työterveydenhuollolla näyttäisi olevan erityisen suuri haaste.

Lääkkeitä käytetään yhä enemmän muuhun kuin varsinaisten sairauksien ja oireiden hoitoon. Niistä etsitään apua esimerkiksi hillitsemään surureaktiota, hidastamaan kaljuuntumista, alentamaan ylipainoa tai virkistämään erektiota. Kun kaupasta ostetun ravinnon ainesosia voidaan yhä tarkemmin seurata kauppajien asiakastietojen perusteella, lääkitys ja ravinnon käyttö linkittyvät vahvasti toisiinsa. Sekä lääkityksen, ravinnon että muiden elintapojen muotoutumisessa henkilökohtaisella geenitiedolla on ilmeisesti kasvava merkitys, kuten jaksossa 5.2 tarkemmin eriteltiin.

6.2 Potilaiden yhteistyö ja edunvalvonta

Potilaiden yhteistyötä ja edunvalvontaa eriteltiin kuudella tulevaisuusväitteellä. Niitä kommentoi 17–19 panelistia. Erityisryhmän potilaiden yhteistyön osalta muodostavat ”ammattipotilaat”. Heiksi voi kutsua henkisesti aktiivisia, jotka ovat joutuneet kroonisen taudin vuoksi työkyvyttömiksi. Tällainen on MS-tauti, jota potevat ovat tehokkaasti maailmanlaajuisesti verkottuneet Internetin välityksellä. Potilaiden tulevaa yhteistyötä käsitelleitä väitteitä pohjustettiin Delphi-prosessin II kierroksella Juha Nummelan toimittamalla kuvauksella MS-tautia sairastavien Internet-yhteisöistä.

Koonnos: MS-tautia sairastavien Internet-yhteisö

(Perustuu MS-tautia sairastavan Juha Nummelan toimittamaan aineistoon)

MS-tauti on kroonisesti etenevä keskushermostoa rappeuttava sairaus, jonka syytä ei tiedetä ja johon ei ole parantavaa hoitoa. Sen etenemisen hidastamiseksi käytetyt lääkkeet ovat tehottomia ja kalliita. Tulla diagnosoiduksi kroonisesti ja parantumattomasti sairaaksi on shokki. Alkujärkytyksen tilalle saattaa jossain tapauksissa tulla tiedonjano, jota hoitajalta saatu - lääketehaan kustantama - tietopaketti ei riitä tyydyttämään. Useimmilla työpaikoilla ja oppilaitoksissa Internet on nykyisin niin arkinen ja helposti saatavilla oleva tiedonhakuväline, että sen pariin siirtyminen voi etenkin nuorena työikäisenä diagnosoidulta olla monasti vain ajan kysymys. Yksittäistä sairautta tavalla tai toisella käsittelevien kotisivujen löytäminen ei tuota vaikeuksia: hakusanalla ”MS-tauti” Google (www.google.fi) antoi 11 800 osumaa.

Ideaali täysin vapaasta ja riippumattomasta tiedonvälityksestä on luonut Internetistä median, jossa toden ja seipiteen välistä eroa saattaa toisinaan olla hyvin vaikea havaita. Luotettavaksi miellettyjen henkilöiden ja organisaatioiden ohella verkkoon sisältöä tuottavat yhä enemmän anonymiteetin tai tekaistun identiteetin taakse piiloutuvat tahot, joiden taustat ja motiivit eivät satunnaiselle lukijalle välttämättä selviä. Tärkeä maallikoille avoin ja luotettava tietokanta on yhdysvaltalainen Pubmed (www.pubmed.gov). Se julkaisee valtaosan lääketieteellisissä julkaisuissa ilmestyneiden artikkeleiden abstrakteista digitaalisessa muodossa. Sen heikkouksia ovat abstraktien suppeus ja niiden validiteetin toteamisen vaikeus, jotka yhdessä saattavat muodostaa joskus ylittämättömiä esteitä sisällön merkityksen ymmärtämiselle. Kuitenkin yhdistettynä muihin globaalin tietoverkon suomiin mahdollisuuksiin Pubmedistä on saatavissa melko paljon irti.

Internetistä löytyy monenlaisia MS-tautiin liittyviä keskustelupalstoja. On suomalaisia keskustelupalstoja, joissa keskitytään lähinnä kritisoimaan nykyistä terveydenhoitojärjestelmää sekä joskus jopa nimeltä mainittujen lääkkeiden toimintaa ja hoitopäätöksiä ilman sen suurempia perusteita. MS-tauti on myös otollinen kasvualusta vaihtoehtoisten kysynnälle. Omat keskusteluryhmänsä ovat verkkoon perustaneet ainakin histamiiniin, mehiläisenpistojen, ”kantasoluhoitojen” ja LDN:n (matala-annoksinen naltreksoni) käyttäjät. Keskustelujen sisältö koostuu useimmiten yksittäisten kirjoittajien hurmoshenkisistä kirjoituksista käyttämänsä hoitomuodon tuomista myönteisistä vaikutuksista.

Suomalaisen MS-potilaan käytettävissä on kuitenkin kaksi hyvin korkeatasoista keskustelutaulua. Filosofian tohtori Aapo Halko on ollut maailmanlaajuisestikin yksi edelläkävijöistä riippumattoman MS-tiedon välittämisessä verkossa. MS-taudin myötä vakavasti invalidisoitunut Halko on vuodesta 1994 ylläpitänyt yksinomaan MS-tautiin liittyvää verkkosivustoa. Vuonna 2001 hän perusti sen yhteyteen keskustelupalstan (www.ms-crossroads.org), joka on sekä tekniseltä toteutukseltaan että moderoinniltaan yksi maailman parhaista. Palstan jäseniä on jo lähes 1000, mikä vastaa noin kuudennesta Suomen MS-potilaista. Todellinen käyttäjämäärä lieenee vielä huomattavasti suurempi, sillä palstalle kirjoittaminen ja sen seuraaminen ei edellytä rekisteröitymistä.

Hyvin laaja, nopea ja luotettava, yksinomaan MS-tautiin liittyviin uutisiin ja dokumentteihin keskittynyt kansainvälinen tietopankki on jo vuosia ollut englantilaisen Paul Jonesin vapaaehtoisvoimin ylläpitämä sivusto (www.mult-sclerosis.org). Valitettavasti itsekkin MS-tautia sairastava Jones on päätenyt tilanteeseen, jossa hänen sairautensa estää sivujen säännöllisen päivittämisen. Sivuston tulevaisuus on avoin, sillä Jonesin kriteerit työnsä jatkajalle ovat melkoiset:

”Sivuston ylläpitäjän tai hänen läheisensä pitää olla MS-potilas. Hänellä ei kuitenkaan saa olla omaa vahvaa näkemystä siitä, miten tauti syntyy ja etenee ja miten sitä pitäisi hoitaa. Hänelle on oltava selvää, että sivuston pitää olla riippumaton niin taloudellisesti kuin ajatuksellisesti ja hänen pitää keskittyä yksinomaan todennetun lääketieteellisen tiedon edelleen levittämiseen. Sivuston kävijämäärät velvoittavat ylläpitämään saavutettua mainetta. Sivulla käy yli 75 000 eri kävijää kuukaudessa.”

Suomalaisilla MS-potilailla on lisäksi käytettävissään lääketehdas Scheringin ylläpitämä palsta www.msmaailma.fi ja suomi24. Nummelan mukaan ne eivät kirjoitusten määrän ja laadun puolesta täytä kovin korkeita laatuksiteereitä. Niitä ei myöskään juuri moderoida eli valvota.

Potilaiden aktiivista keskinäistä yhteydenpitoa ja julkisen terveydenhuollon roolia sen edistäjänä tarkasteltiin väitteessä 3.3. Väite sai vähintään puolelta vastanneista kannatusta kaikissa taustaryhmissä. Alueasiantuntijat tukivat sitä yksimielisesti. Professio oli sen kannalla suhteessa 4:1.

Väite 3.3 Vuonna 2015 yhteisiä terveysongelmia omaavat ovat laajasti järjestäytyneet verkkoyhteyksien välityksellä keskenään. Julkinen terveydenhoito ottaa aktiivisen roolin tällaisissa verkostoissa välitetyt tiedon asiallisuuden edistäjänä, mutta myös potilaiden antaman palautteen välittämisessä hoitoyksiköihin. Pyrkimyksenä on päästä yleisesti sellaiseen asiallisuuteen tiedon välityksessä, jota nyt edustavat parhaat MS-potilaiden keskenään organisoimat keskustelupalstat (ks. oheinen koonnos).

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 12

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 5

Väitettä tukeneiden kannanottoja olivat:

- Erityisesti pitkäaikaissairauksissa hoidon toteutuksen onnistuminen ja sopeutuminen sairaudesta huolimatta vastuulliseksi toimijaksi omassa elämässään on suurimmaksi osaksi kiinni potilaasta itsestään. Niinpä terveydenhuollon tulisikin kehittää ja tukea potilasta oman hoitonsa ja sairautensa parhaaksi asiantuntijaksi ja hoitajaksi. Tämä edellyttää terveydenhuollolta konsultin roolia, johon kuuluu myös asiallisen informaation varmistamista ja potilaiden omien näkemysten kuulemista ja huomioimista sekä varomista passivoivan hoitaja–hoidettava-asetelman syntymistä (vrt. Lindquistin ajatus terveydenhuollon tavoitteesta).
- Meidän on vahdittava tarkasti, että palveluntuottajien ja laitevalmistajien tavoitteellinen vaikuttaminen hallitaan tai mieluiten eliminoidaan. Samoin on sovittava etukäteen pelisäännöt siitä, että uskontonäkökulmaa ei oteta huomioon tehtäessä näitä valintoja. Kun demokraattinen järjestelmä toimii, tulevat erilaiset näkemykset otetuksi huomioon.
- Nykyisin on jo olemassa ammattilaisten kanavia (esim. www.miesklinikka.com), jossa ihmiset saavat asiantuntijoilta vastauksia terveysongelmiinsa. Tämän tyyppinen "hoito" tulee lisääntymään myös julkisella puolella ja lisääntyy ammattilaisten ylläpitäminä kanavina muutoinkin.
- Tämän suuntainen toiminta olisi erittäin kannatettavaa. Kansainvälisessä tieteellisessä kirjallisuudessa puhutaan paljon potilaiden itsensä aktivoimisesta omaan hoitoonsa ja "vallan" antamisesta tähän (empowerment). Esim. netti toimisi erittäin hyvin vertaisryhmien kokoontumispaikkana. Suosittelen lämpimästi tämän tyyppisten teknologisten ratkaisujen mukaan ottamista strategiaan. Olen itse mukana Kuopion yliopiston rahoittamassa projektissa, jossa on tutkittu lasten kykyä kommunikoida sairauksista ja lääkkeistä ja miten sitä voitaisiin kehittää kouluissa osana terveys-tiedon opetusta. Tätä varten on opettajille tuotettu opetukseen soveltuvaa materiaalia (www.uku.fi/laakekasvatus). Perusajatuksena on, että koulujen opetuksella voitaisiin edesauttaa sitä, että lapset oppisivat tiettyjä perusasioita lääkkeiden tarkoituksenmukaisesta käytöstä, oppisivat tietämään, mistä löytyy luotettavaa tietoa. Näin heitä voitaisiin "rokottaa" kaupallista lääke-markkinointia ja medikalisaatiota vastaan.
- Kolmannen sektorin merkitys ennaltaehkäisevässä työssä tulee kasvamaan. Julkisen terveydenhuollon osallistuminen terveysperusteisiin verkostoihin kasvaa. Kasvu riippuu voimakkaasti julkisen terveydenhuollon ennaltaehkäisevän työn resursseista ja niiden jakautumisesta. Tiedon oikeellisuuden ja ymmärrettävyyden varmistamisen sekä hoidon ja hoitoonohjauksen alueilla julkinen terveydenhuolto voi saavuttaa strategisella yhteistyöllä järjestöjen kanssa säästöjä. Verkkopalveluiden interaktiivisuutta tulisi lisätä.
- Julkisen terveydenhuollon pitää osallistua tiedon edistämiseen ja jonkinasteiseen asiallisuuskontrolliin.
- Ne, jotka eivät hallitse verkkoyhteyksiä, putoavat "kelkasta", samoin köyhät ja moniongelmaiset. Tieto muuttuu ja lisääntyy ja on ristiriitaista. Kuka valvoo tiedon laatua ja sen oikeellisuutta?

Toinen potilaiden edustajista ei asettunut väitteen kannalle. Hän perusteli kantaansa seuraavasti:

- Terveysongelmaisten järjestäytyminen todennäköisesti jatkuu, mutta terveydenhoidon roolin merkittävään muutokseen en usko. Toimivan verkkoyhteisön luominen hoitoyksikön ympärille vaatisi lisäresurssien ohella aivan uudenlaisen toimintakulttuurin omaksumista. Kun otetaan huomioon Internetin luonne individualistisena ja ”kapinallisena” mediana, 10 vuotta saattaa olla liian lyhyt aika auktoriteetteihin nojaavan terveydenhoitojärjestelmän integroimisessa tasa-arvoiseksi ja jatkuvaan julkiseen palautteeseen reagoivaksi verkkotoimijaksi. Yksityisellä puolella se saattaa onnistua paremmin, mikäli Internet osoittautuu joillekin palveluille parhaaksi kauppapaikaksi. Tosin silloin sivustot saattaisivat olla kokonaisuudessaan vain niiden käytöstä maksavien potilaiden selailtavissa.

Muut väitteen kanssa eri mieltä olleet perustelivat kantojaan seuraavasti. Kriitikki kohdistui varsinkin julkisen terveydenhuollon aktiiviseen rooliin:

- Ainakin tätä nykyä verkkoyhteydet ovat varsin hallitsematon alue, enkä usko että julkisella terveydenhuollolla on resursseja ottaa aktiivista roolia verkostoissa välitetyn tiedon asiallisuuden edistäjänä. Kolmas sektori voi ehkä paremmin pystyä tähän.
- En usko julkisen sektorin aktiivisuuteen vähenevässä resurssitilanteessa. Aktiivinen rooli edellyttää panostusta. Mikäli sellaista olisi havaittavissa, niin aktiivisen roolin syntyminen voisi olla mahdollista.
- On todennäköistä, että ne, jotka eniten tarvitsisivat tukea myös verkkoyhteyksien kautta, eivät niitä yhteyksiä kykene solmimaan ja ylläpitämään.

Väitteessä 3.4 esitettiin, että väärin kohdellut ovat erityisen aktiivisia järjestäytymään. Väite jakoi vahvasti kannanottoja taustaryhmien suhteen. Keskushallinnon, yritysten ja hoidettavien edustajat olivat yksimielisesti väitteen kannalla. Sen sijaan kommentoineet tutkijat olivat yksimielisesti sitä vastaan. Perusteluna he esittivät syrjittyjen passiivisuuden. Alueasiantuntijoiden ja profession kannanotot hajasivat kuitenkin enemmistön ollessa väitettä vastaan.

Väite 3.4 Erityisen aktiivisesti järjestäytyvät Internetiä hyödyntäen vuonna 2015 ne ryhmät, jotka kokevat tulleen syrjityiksi tai väärin kohdelluiksi. Tällaisia ryhmiä ovat hoitovirheitä kokeneet ja mm. tehokkaampaa lääkettä huonokuntoisille yli 80-vuotiaille vaativat.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 10

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 8

Vaikka potilaiden edustaja asettui väitteen kannalle, hän myös korosti väärin kohdeltujen passivoitumista:

- MUTTA vain harvat syrjityt ja väärin kohdellut jaksavat taistella. Pieni aktiivi ryhmä voi olla ärhäkkä, mutta suurin osa masentuu ja syrjäytyy. Kuka yli 80-vuotiaita puolustaa, eivät ainakaan he itse! Järjestelmä suojelee itseään ja byrokraatit eivät lue foorumeja. Nytkin aktiivisia ja kriittistä palautetta antavia kansalaisia kielletään kansanedustajien ja ministereiden toimesta täyttämästä heidän sähköpostiaan! Po: Media poimii jo nyt paljon aiheita Internetistä, joten sen käyttö pienten eturyhmien keskeisenä vaikutuskanavana varmasti edelleen lisääntyy. Ongelmaksi sanoman perille viemisessä saattaa kuitenkin muodostua verkkotarjonnan kasvun mukanaan tuoma ”häly”, johon tärkeäkin viesti voi helposti hukkua. Siten ainoaksi vaikutusvälineeksi Internet-sivustosta tuskin on, vaan se tulee vaatimaan edelleen tuekseen muitakin kommunikointimuotoja.

Muita hyväksyneiden näkökohtia olivat seuraavat:

- Internetiä täydentävät ja hyödyntävät parhaiten ja eniten ne, joilla on siihen aikaa ja mahdollisuus. Se on foorumi, jossa ei ole ulkoista kontrollia tai sensuuria, joten sieltä ja sen kautta voi samanmieliset löytää toisensa. Tyytymättömyys ja syyllisen etsiminen pahaan oloon yhdistää monia.

- Vaihtoehtoisia hoitoja kannattavat ryhmät ja hoitoja tarjoavat ammatinharjoittajat ja yritykset tulevat käyttämään Internetiä entistä laajemmin hyväkseen. On paljon mahdollista, että terveydenhuollon kenttään kehittyä uusia nykyistä aggressiivisemmin toimivia edunvalvonta- ja painostusryhmiä, jotka ajavat asiaansa yksittäisten tapausten kautta lakiteitse. Osa näistä ryhmistä toimii myös kansainvälisesti.
- On muitakin ryhmiä kuten epäilijät ja esimerkiksi psyykkisesti sairaat.
- Yksi syy ko. kanavien lisääntymiseen on se, että hoitovirheitä ei edelleenkään käsitellä avoimesti ammattilaisten eikä potilaiden ja muiden välillä. Virheitä ei arvioida systemaattisesti. Potilaat saavat edelleen parasta tietoa esimerkiksi Internetistä.

Eri mieltä olleet kommentoivat seuraavasti:

- Laitostetut vanhuksat eivät pysty kapinaan.
- Meillä on tutkimustietoa siitä, että tietolähteiden käyttöön pätee sama ”syrjäytymisteoria” kuin muidenkin terveyspalvelujen käyttöön. Vähän kouluja käyneet ja vanhuksat ovat niitä ryhmiä, joilla on vähiten tietoa ja joilla on vähiten erilaisia tietolähteitä käytössään, josta tietoa hankkia. On aika epätodennäköistä, että tilanne muuttuisi radikaalisti nykyisestä. Aktiivisimmin tulevaisuudessakin järjestäytyvät ja kantaa ottavat ”hyväosaiset”, hyvin toimeentulevat ja hyvin koulutetut.
- Tällaiset ryhmät ovat useimmiten myös avuttomimpia puolustamaan oikeuksiaan ja valvomaan etujaan.
- Internet hajautuu eri tason luotettavuuksien kenttiin. Kauna-nettiä ei tulla seuraamaan (”karponeet”), rahoituskriisi vie pohjan yhden asian Mirja Pyykkö -liikkeiltä.
- On vaikea etukäteen tietää, ketkä järjestäytyvät eturyhmiksi, todennäköisesti potilasjärjestöt.
- Kyseessä ovat kuitenkin marginaaliryhmät, joiden järjestäytymistä rajoittavat elämänhallinnan laajemmat ongelmat ja ongelmien kasautuminen.

Kuten monet asiantuntijat edellisen väitteen yhteydessä totesivat, eniten apua ja tukea tarvitsevat ovat usein hyvin heikkoja ajamaan etujaan. Potilasasiamiehet ovat tärkeitä, jotta kaikkia kohdeltaisiin oikeudenmukaisesti heidän henkilökohtaisista ominaisuuksistaan riippumatta. Väite 3.5 sisältää yhden mahdollisuuden potilasasiamiesten aseman vahvistamiseksi. Lukuun ottamatta profession edustajia, jotka vastustivat väitettä suhteessa 2:3, väite sai kaikkien taustaryhmien enemmistön tuen.

Väite 3.5 Kaikissa hoitolaitoksissa tulee olla vähintään viikoittain siellä päivystävä potilasasiamies. Potilasasiamies ei vuonna 2015 saa enää olla hoitolaitoksen palkkaama, koska hänen neutraalisuutensa joutuu tätä kautta epäilyksenalaiseksi. Hänellä tulee olla oikeus saada kaikki potilaan hoitoon liittyvät tiedot potilaan niin toivoessa. Tämä koskee myös potilaskertomuksen mahdollista potilaalta salattua osaa. Hänen tulee myös saada tiedot kaikista ”läheltä piti hoitovirhe” -tilanteista hoitolaitoksessa ja niiden aiheuttamista korjaustoimista. Hänen tulee hyväksyä korjaussuunnitelma. Jos potilasvirheen taustalta löytyy ilmoittamattomia ”läheltä piti” -tilanteita, tämä tulkitaan raskauttavaksi tekijäksi.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 13

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 6

Potilaiden edustajat perustelivat myönteisiä kantojaan seuraavasti:

- Laitoskohtainen laatu järjestelmä julkiseksi!! Vahingot, infektiot ja läheltä piti -tilanteet raportoitava julkisesti vuosittain. Korkeakoulukoulutuksen saaneet potilasasiamiehet lisääntyvät ja tarvitsevat koulutustaan vastaavia tehtäviä. Potilaat eivät luota nykyiseen järjestelmään eivätkä koe saavansa siitä todellista apua. Pelkkä neuvonta ei auta, tarvitaan konkreettisia tekoja!
- Tämä on toivottavaa kehitystä. Tosin sillä edellytyksellä, ettei potilasasiamiehestä tule yksinomaan juridisten kiistojen välikappale, vaan hän voi toimia ensisijaisesti lääkärin ja potilaan välisen kommunikaation parantavana taustavaikuttajana.

Muita väitettä tukeneiden kannanottoja olivat:

- Luulen, että lähivuosina potilasasiamiehen status tullaan tarkistamaan. Luulen, että potilasasiamiehen asema ja etäisyys terveydenhuollon pisteeseen tulee lähenemään sosiaaliasiamiehen statusta.
- Jos tällaiseen systeemiin mennään, on tärkeää, että potilasasiamiehellä on riittävä asiantuntemus ja tuki hoitovirhetilanteiden arviointiin ja korjaussuunnitelman hyväksymiseen.
- Asiakaspalvelullinen ote sairaanhoidossa tulee lisääntymään ja potilasasiamiesten työ nähdään tärkeänä osana hoitolaitosten laadun kehittämisessä. Potilasasiamiehet, vaikka ovatkin riippumattomia hoitolaitoksesta, työskentelevät tiiviissä yhteistyössä hoitolaitosten ”laatupäälliköiden” kanssa.
- Lisätään tehtäviin olosuhteiden tarkastusvelvollisuus.
- Sosiaaliasiamiesjärjestelmä integroituu potilasasiamiesjärjestelmään.

Profession edustajat perustelivat kielteisiä kantojaan seuraavasti:

- Hoitovirheiden ja läheltä piti -tilanteiden käsittely ja jälkimmäisten ilmoittaminen yhteiseen rekisteriin perustuu koko organisaation laadunhallintakäytäntöön, ja toimintaan osallistuu koko henkilökunta. Ei siis tarvita erillistä henkilöä, jonka rooli olisi olennaisesti laajempi kuin nykyisin potilasasiamiesten.
- Sairaaloissa ja terveyskeskuksissa on virheitä ja niiden takana olevia syitä on alettu käsitellä ja analysoida yhä enemmän. Läheltä piti -tilanteet on myös pyritty ottamaan mukaan koulutukseen ja tarkkailuun. Näyttöä siitä, että väitteessä esitetystä kankeasta ja raskauttavia tekijöitä painottavasta tavasta suhtautua virheisiin olisi hyötyä, ei ole. Näyttö on päinvastainen. Siksi suunta terveydenhuollossa tässä asiassa on vapaaehtoisuuteen, laatuun ja koulutukseen suuntautuva. Tähän perustuu potilasvahinkolakikin. Tässä kysymyssarjassa on yhdysvaltalainen henki. Potilasvahinkolaki on onnistunut tehtävässään estää pahimmat epäkohdat ja siinä, ettei tutkimusta ja hoitoa määritellä lakituvassa. Huomauttaisin vielä, että yhdysvaltalainen malli on erittäin kallis ja osittain tullut tiensä päähän.
- Varmaan erehdysten ja läheltä piti -tilanteiden nykyistä avoimempi seuranta ja käsittely tulee tapahtumaan. Potilasasiamiehellä (ei tule päivystäjää) on oikeus potilaan sairauskertomuksiin niin kuin nytkin – jos hänellä on potilaan lupa.

Muita eri mieltä olleiden kannanottoja olivat:

- Hoitovirheiden raportointiin on kehitettävä tulevaisuudessa systemaattisia ratkaisuja ja niihin tulee puuttua, jotta hoitokäytäntöjä voidaan kehittää turvallisemmiksi ja välttää samojen virheiden toistuminen. Tämä ei kuitenkaan tapahdu mielestäni pääasiallisesti potilasasiamiehen välityksellä. Kuitenkin potilailla on tärkeä olla luottohenkilö, jonka kautta he voivat varmistaa oikeuksiaan potilaina.
- Mikään valvontajärjestelmä ei voi korvata sitä, että toiminnan tulee perustua keskinäiseen luottamukseen ja siihen, että virheistä ja epäselvyyksistä voidaan valittaa ilman hankalaa byrokratiaa. Hoidossa on aina asiantuntija-potilas/asiakassuhde, jossa esim. läheltä piti -hoitovirheitä on maaliloiden vaikea tunnistaa ja ottaa esille.

Uhkana lisääntyvässä kiinnostuksessa hoitovirheisiin on ajautuminen Yhdysvaltojen tapaan kalliisiin oikeusprosesseihin. Potilasvahingot aiheuttivat vuonna 2003 sairaanhoitopiireille keskimäärin noin 23 euron kulut piirin henkilöä kohti (STM 2004:13). Luku ei anna kuitenkaan lainkaan kuvaa todella hoitovirheistä syntyneistä kustannuksista, jotka ovat olleet Yhdysvalloissa lääkärien ottamien vakuutusten pohjana. Esimerkiksi vuonna 2004 Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella sattui kolme synnytykseen liittyntä hoitovirhettä. Niistä maksettiin yhteensä noin 40 000 euron korvaukset potilaille. Todellisuudessa yhden aiheutetun aivovaurion kustannukset yhteiskunnalle pelkästään hoitona ovat miljoonan euron luokkaa. Noin 10 000 euron suuruusluokkaa oleva korvaus ei toki mitenkään kata perheelle aiheutettua tuskaa.

Asiantuntijat ennakoivat oikeusjuttujen lisääntyvän. Väitettä 3.6 tukivat kaikkien taustaryhmien enemmistöt. Ainoastaan keskushallinnon edustajat jakautuivat tasan väitettä puoltaneisiin ja vastustaneisiin.

Väite 3.6. Potilaat tai heidän omaisensa käynnistävät vuonna 2015 moninkertaisesti nykyiseen verrattuna oikeudellisia tai hallinnollisia prosesseja liittyen hoitovirheisiin, hoitosuosituksia vastaamattomaan hoitoon tai uusien hoitojen tarjoamiin mahdollisuuksiin.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 12

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 6

Potilaiden edustaja kommentoi väitettä seuraavasti:

- Ensin tarvitaan terveydenhuollon lakeihin selvät sanktiot!! Suomi joutuu kansainvälisesti naurunalaiseksi lakiansa kanssa, joita ei valvota ja joiden rikkomisesta ei seuraa rangaistusta. Jos avoimuus lisääntyy ja virheet tunnustetaan, voidaan vaatia ja saada kunnan korvaukset.

Muita väitettä tukeneiden kannanottoja olivat:

- Maksettava tuskasta myös tulevaisuudessa ja myös hoitohenkilökunnalle.
- Minusta näin pitäisi olla. Potilaat olisivat itse jouduttamassa kehitystä siihen suuntaan, että terveydenhuollon yksiköissä alettaisiin kiinnittää huomiota potilasturvallisuuteen. Suomessa ongelmia tuskin on vielä tiedostettu. Euroopan neuvosto on asettanut kaksi työryhmää laatimaan suosituksia potilasturvallisuuden parantamiseksi nimenomaan systeeminäkökulmasta. Ongelma on yleiseurooppalainen ja siihen on kiinnittänyt huomiota myös Euroopan unioni (ns. Luxemburg Declaration huhtikuussa 2005).
- Todennäköisesti kehitys kulkee tähän suuntaan noudattaen kansainvälistä kehitystä. Hoitovirheitä maksettavat korvaukset eivät ole oikeassa suhteessa aiheutuneisiin vahinkoihin. On tärkeää pyrkiä luomaan luottamuksen ilmapiiriä parantamalla koulutusta, kommunikaatiota, subjekti-subjekti-suhteita hoitoprosesseissa.
- Hoitosuosituksiin vetoaminen potilasvahinkotapauksissa tulee lisääntymään. Hoitosuosituksia ei pitäisi käyttää viranomaisohjeen luonteisina määräyksinä. Nimensä mukaisesti ne ovat suosituksia, ja vaikka ne edustavatkin parasta ajankohtaista hoitotapaa, pitää myös vaihtoehtoinen hoito olla mahdollista. Tätä voi edellyttää esim. hoitosuosituksen teon jälkeen julkaistu tutkimustieto. Lääkärillä tulee olla perustellusta syystä mahdollisuus poiketa suosituksesta potilaan tietoon perustuvalla suostumuksella. Terveydenhuollon legalisoitumista pitää vastustaa.
- Lääkäreiden diagnosointikykyyn tulisi kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Jos se on hyvä, niin potilaat tulevat hoidetuksi oikeassa paikassa oikea-aikaisesti ja vähemmillä kustannuksilla. Terveydenhuoltoalan koulutukseen tarvitaan lisää käytännön taitojen opetusta.

Väitteen kanssa eri mieltä olleet profession edustajat perustelivat kantojaan seuraavasti:

- Laadunhallintamenetelmät kehittyvät siinä määrin, että hoitovirheet vähenevät merkittävästi vuoteen 2015 mennessä. On epätodennäköistä, että valitusten määrä tällöin moninkertaistuisi.
- Kehityssuunta ei ole välttämättä toivottava, mutta nykyperspektiivistä arvioituna yhteiskunnallinen ilmapiiri saattaa hyvinkin muuttua entistä huomattavasti kovempia sanktioita suosivaksi. USA:ta ja Suomea vertailevissa luvuissa on perspektiiviharhaa. Aineettoman vahingon arvottamisessa voidaan hyvinkin mennä yhdysvaltalaiselle huikalle tasolle. Vahingon korvaamisjärjestelmiä on useita ja niistä saadaan erilaisia lukuja. Esimerkiksi hallinto maksaa kestävämmän paljon, eli puolet kustannuksista Yhdysvalloissa. Suomalaisessa järjestelmässä potilasvahinkoilmoitusten määrä on pysynyt vakiintuneena useita vuosia. Jos hoitomahdollisuuksien ja resurssien välinen ero kasvaa liian suureksi, valitukset kasvavat. Samoin käy, jos subjektiivisiksi oikeuksiksi alkaa valua terveydenhuoltoon kuuluvia asioita. Tyytymättömyys ei välttämättä mene potilasvahingon kautta.

Muita eri mieltä olleiden kommentteja olivat:

- Tuleva kehitys oikeudellisissa prosesseissa on olennaisesti kiinni siitä, miten terveydenhuolto yleensä kehittyy. Jos asiakaspalvelullista otetta ei syvennetä (potilaita käsitellään tehokkaasti, mutta kuin perunoita), potilaiden informoimista ei konkretisoida ja hoitovaihtoehtoista ja niiden valinnasta ei käydä avointa yhteiskunnallista keskustelua, on selvää, että paineet oikeudellisiin prosesseihin lisääntyvät. Todennäköinen kehitys on kuitenkin terveydenhuollossa asiakaspalvelullisempaan, informoivampaan ja yhteiskunnallisesti avoimempaan suuntaan.
- Olisin valmis ajattelemaan hieman toisin päin: mitä enemmän tulee valituksia, sitä enemmän terveydenhuolto tulee nojaamaan yleisiin hoitosuosituksiin ja konsensushoitoihin. Hoitovirheisiin perustuvat jo nykyisin esim. hakemukset potilasvahinkolautakuntaan. Jos hoitovirheiden määrä pysyy nykyisellään, ei prosessien määrä tästä voi kovin lisääntyä.
- Kasvaa, mutta ei kymmenkertaistu.
- Jos järjestelmä pystytään pitämään ”laadukkaana”, valitusten määrä ei kasva.

6.3 Potilaiden oikeudet tietää hoidoistaan ja etukäteen vaikuttaa niihin

Keskeinen lähtökohta sille, että potilaat voivat vaikuttaa hoitoihinsa, on, että he saavat tietää, millaisia hoitoja heille on määrätty ja millä perusteilla se on tapahtunut. Tärkeää on myös, että potilaat voivat jo etukäteen olla vaikuttamassa siihen, millaista hoitoa heille tullaan tarjoamaan. Tämä liittyy erityisesti hoitotestamenttiin. Sillä henkilö voi ilmoittaa, millaista hoitoa hän toivoo, jos ei kykene enää tahtomaan ilmaisemaan. Tätä teemaa eriteltiin viidellä väitteellä. Kommentoineita oli 16–19.

Aktiivinen potilas kykenee oma-aloitteisesti löytämään tietoverkoista paljon hoitoonsa liittyvää tietoa. Hoitojen ymmärtäminen ja niihin vaikuttaminen on kuitenkin helpompaa, jos potilaalle ilmoitetaan keskeinen tietolähde hänen hoidostaan. Asiantuntijat olivat lähes yksimielisiä, että tällaista tietoa tulisi tarjota. Ainoastaan yksi profession edustaja, yksi tutkija ja yksi yritysten edustaja olivat väitettä 3.7 vastaan.

Väite 3.7 Hoitoa vuonna 2015 määrätessään lääkärin on potilaan pyytäessä ilmoitettava lähde, josta potilas voi arvioida hänelle määritellyn hoidon asianmukaisuutta. Erityisesti tämä koskee potilaan mahdollisuutta tarkistaa hoidon asianmukaisuus sähköisistä hoitosuosituksista.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 16

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 3

Potilaiden edustajan kannanotto oli seuraava:

- Avoimuutta tulee lisätä ja varata aikaa informaation antamiseen. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa EU-sopimusten mukaisesti. Toisen lääkärin mielipiteeseen on oltava mahdollisuus. Po: Tekniikka tuohon lienee jo nyt olemassa (ei tosin välttämättä käytössä), joten käytännön toteuttaminen riippuu vain poliittisesta tahdosta ja resurssien kohdentamisesta. Kyllä sen 10 vuodessa pitäisi onnistua.

Muita väitettä tukeneiden kannanottoja olivat:

- Terveydenhuolto kehittyy avoimempaan ja läpinäkyvämpään suuntaan. Hoitolinjat yhdenmukaistuvat nojaten konsensuksen saaneisiin hoitosuosituksiin.
- Potilaat ovat jo nykyisin tietoisia erilaisten hoitosuositusten olemassaolosta. Nehän ovat netistä vapaasti löydettävissä.

- Hoidon perusteleminen potilaalle on aina kuulunut lääkärin tehtäviin. Puolueettoman, oikeellisen tiedon saaminen hoidoista on potilaan etu. Tietolähteen mainitseminen edesauttaa tiedon saantia. Tietolähteen luotettavuus ja hoitosuosituksen laatiminen selkokielellä tulee taata.
- Second opinion on yleinen käytäntö esim. USA:ssa. Potilaita pitäisi kannustaa siihen myös Suomessa. Tiedon saanti auttaisi potilaita ymmärtämään omaa sairauttaan ja sen hoitoa ja helpottaisi heidän osallistumistaan hoitoprosessiin. Tässä suhteessa suomalainen terveydenhuolto on vielä erittäin paternalistinen.
- On varmistettava, että potilas ei voi vaatia kohtuuttomia henkilökunnalta. Asiakas saa hakea itse netistä vapaasti, mutta henkilökunta opastaa ”akkreditoiduille” sivuille.
- Kaikista hoitosuosituksista ja hoitoprotokollista on saatavilla selväkieliset versiot, joihin potilaat voivat tutustua.
- Tämä on itsestäänselvyys, että potilaalle on annettava tieto siitä, mihin hoito perustuu. Potilas tulee jatkossa saamaan tämän tiedon myös kirjallisista hoito-ohjeista.

Eri mieltä olleiden kannanottoja

- Ei voi toteutua kaikkien osalta! Ei toimi vanhuksilla.
- Nopeasti muuttuvassa maailmassa vaikea toteuttaa: lääketieteen nopea kehitys, sairauksien ja terveysongelmien muutokset ja erilaiset vaihtoehtoiset hoitomahdollisuudet. Näitä ei voi yhdenmukaistaa, vaikka käypä hoito -suosituksia voidaan antaa.

Jo terveydenhuollon alueellisen järjestämisen yhteydessä pohdittiin sähköistä potilaskertomusta hoitokäytäntöjen parantajana. Väite 3.8. tarkastelee sähköistä potilaskertomusta nimenomaan potilaan oikeuksien näkökulmasta. Verrattuna väitteeseen 1.3. väite sisältää potilaan mahdollisuuden kieltäytyä avaamasta potilaskertomusta. Tämä kohta ilmeisesti oli pääsyy, joka sai panelistien enemmistön väitettä vastaan. Vain tutkijoiden enemmistö oli väitteen kannalla 3:1. Hoidettavien ja yksityisen sektorin edustajien kannat jakautuivat tasan. Keskushallinnon ja profession edustajat sekä alueasiantuntijat olivat selkeästi väitettä vastaan.

Väite 3.8 Potilas on vuonna 2015 potilaskertomuksen ensisijainen haltija. Vain hänellä tai hänen luottohenkilöllään on salasana, jolla hänen potilastietonsa verkosta aukeavat. Muita rajoituksia potilaskertomuksen käytölle ei ole, eli se on avattavissa mistä tahansa Suomessa olevasta hoitopisteestä. Jos henkilöllä on tauti, joka tekee hänet joskus kyvyttömäksi kertomaan salasanaa, se voi olla esimerkiksi kaulaan ripustetussa tuntolevyssä. Vain lääkärillä on oikeus kirjoittaa potilaskertomukseen. Jos potilaan ja lääkärin välille jää erimielisyys potilaskertomukseen kirjoitetusta tekstistä, potilas voi kieltäytyä avaamasta kertomusta erimielisyyteen vedoten. Potilaan pyynnöstä lääkärin on tulostettava potilaskertomus paperille.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 7

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Väitettä tukenut hoidettavien edustaja perusteli kantaansa seuraavasti:

- Potilaalla on oltava oikeus tarkastaa ja vahvistaa lääkärin teksti, onko oikein ymmärretty, onko oikein kirjattu. Epäily: Kuinka sähköisen kertomuksen mahdolliset virheet voidaan korjata?

Väitettä tukeneen tukijan kommentti oli:

- Potilaalla on oltava oikeus omaan sairauskertomukseensa. Toisaalta ihmisille pitäisi avoimesti kertoa periaatteet, joilla sairauskertomukset laaditaan. Nyt kaikki dokumentaatio on paternalistista ”salatiedettä”, joka johtaa epäluuloisuuteen ja väärinkäsityksiin.

Väitteeseen myötämielisesti suhtautunut profession edustaja ehdotti seuraavaa menettelyä:

- Tässä tuntolevyn sijaan voitaisiin käyttää biotunnistetta tai ihon alle asennettua sirua. Potilaan/asiakkaan siru ja terveydenhoitohenkilöstön (lääkärin) biosiru yhdessä avaavat pääsyn asiakkaan tiedostoihin, niille sivuille, jotka sillä hetkellä ovat tarpeen. Asiakkaan oikeudesta koko tiedostonsa selaamiseen on vielä käytävä keskustelua, hieman vierastan ainakin keskeneräisen hoitotietojen selaamista. Varhaisemmat tiedostot ovat eri asia.

Muut profession edustajat esittivät monia syitä, miksi käytäntö ei toimisi esitetyssä muodossa:

- Potilaskertomus on ensisijassa terveydenhoidon ammattihenkilöiden välinen kommunikaation väline ja tulee sellaisena säilyttää. Mahdollisuus potilastietojen nykyistä laajempaan hyödyntämiseen mm. perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen välillä tehostaisi terveydenhuollon palveluita ja on potilaan ja yhteiskunnan etu. Keskitettyjen potilastietojärjestelmien tietojen käytöstä ja yksityisyyden suojasta on säädetty. Jos vain lääkäri voisi kirjoittaa merkintöjä potilaskertomukseen, jäisi merkittävä osa muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamasta terveydenhoidosta kirjaamatta tai tulisi kirjattua puutteellisesti. Sitä paitsi jo nyt hoitajat tekevät resurssipulan vuoksi useita aiemmin lääkärille kuuluneita tehtäviä, ja näyttää siltä, että suuntaus laajenee. Potilaalla tulee olla oikeus omien potilastietojensa oikeellisuuden tarkistamiseen. Erimielisyystapauksia varten on oltava valitusmenettely ja mahdollisuus puolueettoman kolmannen osapuolen kannanottoon.
- Lääkärit ja muu henkilökunta käyttävät potilaskertomuksia usein ”asynkronisesti” siten, että potilas ei ole läsnä. Potilas on tällöin antanut hoitaville henkilöille prospektiivisen oikeuden päästä tietoihinsa. Suostumuksista pidetään valtakunnallista rekisteriä, josta tietojärjestelmät automaattisesti tarkistavat, kenellä on oikeus päästä potilastietoihin. Lukuisat eri terveydenhuollon ammattilaiset kirjoittavat potilaskertomukseen – tämä ei siis ole lääkärin yksinoikeus. Myös potilas itse kirjoittaa potilaskertomukseen tietoja. Jos potilas kieltäytyy avaamasta potilaskertomusta, lääkärillä on oikeus kieltäytyä antamasta muuta kuin kiireellistä ja ensiapuluontoista hoitoa.
- Potilaan kertomuksen haltija on edelleen terveydenhuolto, koska verkkoihin liittyviä epävarmuustekijöitä ei pystytäkään ratkaisemaan.
- En osaa kuvitella, miten päivystyksessä toimisimme potilaan parhaaksi.

Väitteeseen kriittisesti suhtautuneen potilaiden edustajan kommentti oli seuraava:

- Tämä voisi olla periaatteessa kannatettava ajatus, mutta tuskin todennäköinen. Tekniikka ei varmasti tule olemaan este toteuttamiselle, vaan ihmisten syvä skeptisyys keskitettyjä tietokantoja kohtaan ja joissain tapauksissa ehkä myös lääkäreiden pelko kontrollin menettämisestä hoidettavien.

Muita eri mieltä olleiden kommentteja olivat:

- Niin vanhanaikainen olen, etten usko, että todella pitkään käytössä ollut lääkärin potilaskertomusjärjestelmä muuttuisi näin radikaalisti. Ongelmanahan on se, että jos potilas kadottaa salasanansa tai ei halua kertoa itsestään tehtyjä tietoja. Sinänsä nykyinen systeemi on myös kehittämisen arvoinen. Olisin onnellinen, jos kymmenessä vuodessa pystytään muodostamaan yhtenäinen sairauskertomusjärjestelmä julkiselle sektorille. Yksityisen sektorin kanssa yhteistä systeemiä ei varmasti pysty tekemään.
- Ei sovellu psykiatria.
- Uusi työnjako edellyttää myös muitten henkilöstöryhmien potilaskertomusmerkintöjä.
- Ylikorostunut tietosuoja kääntyy potilaiden hoitoa ja hoidon kehittämistä vastaan. Ehdotettu järjestelmä aiheuttaa potilaiden hoidolle enemmän haittaa kuin hyötyä, joten sitä ei oteta esitetyssä muodossa käyttöön. Valtakunnallinen sähköinen potilaskertomusjärjestelmä on kuitenkin todennäköinen.

- Tarvitaan edellä esitettyä enemmän joustavuutta vaarantamatta kuitenkaan tietosuojaan liittyviä vaatimuksia.

Yhtä kriittisesti, mutta osin eri perustein suhtauduttiin siihen, että väitteen 3.8 kaltaisessa potilaskertomuksessa olisi osa, jonka vain lääkäri pystyisi näkemään. Yrityssektorin edustajat ja alueasiantuntijat olivat myönteisimpiä väitteelle suhteessa 4:1. Tutkijoiden ja profession edustajat olivat vastaan suhteessa 3:4. Keskushallinnon ja hoidettavien edustajat olivat yksimielisesti vastaan, tosin eri perustein kuten muutenkin väitettä vastaan olleet.

Väite 3.9 Potilaskertomuksessa voi olla vuonna 2015 luottamuksellinen osa, jonka vain lääkäri voi au-
kaista, kun potilaskertomus on ensin avattu potilaan salasanalla. Potilaan tulee olla tietoinen tästä osasta ja siinä olevat merkinnät eivät saa olla vuotta vanhempia. Jos potilas katsoo salatus osan loukkaavan oi-
keuksiaan, hän voi kieltäytyä potilaskertomuksen aukaisemisesta.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 7

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 9

Vain eri mieltä olleet esittivät kommentteja, potilaiden edustajat seuraavasti:

- Potilaalla on oltava oikeus tietää kaikki hänestä kirjatut tiedot ja hänen tulee voida esittää niistä oma näkemyksensä. Miksi lääkäri tarvitsisi salaisuuksia?
- Tämä on väitettä 3.8 huonompi vaihtoehto, sillä siinä yhdistyy ikävällä tavalla potilaan (salasana) ja lääkärin (salattu osa) toisiaan kohtaan mahdollisesti tuntema epäluulo.

Eri mieltä olleet profession edustajat kommentoivat seuraavasti:

- Potilaan on tiedettävä tällaisen väliaikaistiedoston olemassaolosta. On oltava mahdollisuus korjata tässä osassa tiedostoa olevat virheelliset tiedot (esim. potilasasiamiehen kanssa).
- Olen samaa mieltä siitä, että lääkärillä voi olla vain omassa käytössään luottamuksellinen potilas-
kertomuksen osa. Niin kauan kun lääkäri ei luovuta tätä osaa kenellekään muulle, ei myöskään po-
tilaalla ole oikeutta vaatia tätä osaa potilaskertomuksesta itselleen.

Muita kommentteja olivat:

- En ymmärrä, harva käy vuoden sisään edes kerran lääkärissä...
- Lääkärillä tai muulla terveydenhuollon asiantuntijalla pitää olla oikeus tietoihin, jotka ovat oleellisia potilaan sairauden hoidossa. Mikäli esim. potilaan psyykkisen tilan vuoksi on tarpeen rajoittaa potilaalta kertomuksen yksityiskohtaisten tietojen saantia, on hänelle pyynnöstä annettava tarvittaessa kirjallinen yhteenveto. Potilaalla on oltava oikeus kieltää tietojensa käyttö. Kiellon ehdoista on säädettävä.
- Potilaskertomuksen laatimisesta ja potilaiden suhtautumisesta siihen tulisi olla tutkimustietoa päätöksenteon tueksi. Nyt toimitaan ”mutu”-tiedon varassa.
- Liian salaista ja byrokraattista.
- Vastoin yleistä suuntaa kehittää avoimuutta. ”Kaksinkertainen kirjanpito” ei tule kuulumaan ter-
veydenhuollon tietojärjestelmään.

Potilaskertomuksien ohella henkilön terveyteen liittyvää olennaista tietoa on erilaisissa tietorekistereissä. Väite 3.18 ehdottaa menettelyä, missä aikuisiän kynnyksellä henkilölle tehtäisiin selväksi, missä tällaista tietoa on ja henkilö saisi päättää, kuinka tietoa voidaan käyttää. Ajatuksena on, että henkilö voi valita sa-
lauksen tason, joka on joko nykyistä säädettyä tasoa tiukempi tai lievempi. Kommenttikierroksella ETE-
NEn pääsihteeri totesi, että vastoin väitettä eettiset toimikunnat eivät tee viranomaisharkintaa. Hoidettavi-
en, profession ja tutkijoiden edustajat tukivat väitettä lähes yksimielisesti eli suhteessa 8:2. Sen sijaan
keskushallinnon edustajat ja alueasiantuntijat olivat vastaan suhteessa 1:4. Kahden yritysten edustajan
mielipiteet hajosivat.

Väite 3.10 Kansalaisen tulee itse voida päättää, miten hänestä erilaisiin rekistereihin kerättyä tietoa saa käyttää. Vuonna 2015 henkilön täytettyä 18 vuotta häntä informoidaan kaikista terveyteen liittyvistä rekistereistä ja niissä olevista häntä koskevista tiedoista. Henkilö antaa tässä yhteydessä perehtyneen suostumuksen tietojensa sopivaksi katsomansa laajuiseen käyttöön. Tätä ennen vastaava oikeus on hänen huoltajallaan. Henkilöllä on oikeus milloin tahansa muuttaa antamaansa suostumusta ja kohtuullisella korvauksella saada käytettäväkseen häntä koskeva rekisterissä oleva tieto. Tätä suostumusta ei rajoita minkäänlainen viranomaisharkinta, jota edustavat nyt tietosuojavaltuutettu ja erilaiset eettiset lautakunnat. Vuonna 2015 tällainen rekisteritieto koskee sairauksiin liittyvän tiedon ohella geenitietoja sekä kauppojen kokoamia tietoja henkilön tai hänen kotitaloutensa käyttämästä ravinnosta.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 10

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 7

Hoidettavien edustajat perustelivat myönteisiä kantojaan seuraavasti:

- Suostumus on tärkeä, koska esim. geenitieto koskee myös sukua ja tulevia sukupolvia. Miten voidaan varmistua siitä, että eri rekisterien tietoja ei yhdistellä kansalaisten tietämättä? Yhdistämisen kautta tulevaa tietoa voidaan käyttää väärin esim. lääketeollisuuden, liike-elämän, viranomaisten, poliisin tai rikollisten toimesta.
- Tämä on ongelmallinen kysymyksenasettelu, sillä siihen liittyy ristiriitaisia elementtejä (huonoa: keskitetty tietokanta, hyvää: kontrolli tietokantaan ja sen mukanaan tuoma hyöty). Ikärajaa todennäköisesti pitäisi ainakin nostaa (22–25 v.) ja rajoittaa huoltajan täysi käyttöoikeus tietoihin vain tiettyihin hätätapauksiin. Tosin ostotottumusten kirjaaminen osaksi tietokantaa kuulostaa lähinnä huonolta tieteisromaanilta.

Väitettä tukeneiden profession edustajien kommentit olivat seuraavat:

- Arveluttavaa on muistiossa oleva lause siitä, että alle 18-vuotiaan huoltajalla on oikeudet olemassa oleviin tiedostoihin. Mitenkä nykymaailmassa rajataan henkilöt, joilla on oikeus tietoihin? Vanhemmat? Entä kudossiirtoja tarvittaessa? Jos lapsi on syntynyt kleptogaamisessa suhteessa, eikä äidin puoliso tätä tiedä? Vuonna 2015 kansalaisen oikeus itseään koskevien tiedostojen avaamiseen on periaatteessa oikein. Tiedostojen hallinta, niin että tiedot eivät ”valu” tiedostosta toiseen, on varmasti ongelma. Mitenkä rikosrekisteri, ampuma-aserekisteri, ajokorttirekisteri? Mitenkä varmistetaan, että rekisteristä A rekisteriin B siirtynyt tieto poistuu rekisteristä B samaan aikaan, kuin tuo tieto on poistettava rekisteristä A?
- Kansalaisten oikeudet itseään koskevaan tietoon tulevat lisääntymään.

Väitteitä tukeneiden tutkijoiden kommentteja olivat:

- Muuten ok, mutta mitä kaupat tekevät tässä pykälässä?
- Ihmisillä on oltava oikeus tietää, mitä tietoa heistä on dokumentoitu. Se on vapaan ja avoimen yhteiskunnan peruslähtökohta.

Eri mieltä olleet esittivät seuraavia kommentteja:

- En usko, että geenitieto saa ollenkaan sellaisen osan kuin tässä raportissa väitetään. Suurin osa ihmisistä ei yksinkertaisesti ole kiinnostunut geeneistään... Varsinkin kun tiedostetaan geenitiedon väärinkäyttö ja haitat, en usko, että innostus ainakaan kasvaa.
- Kansalaisella tulee olla oikeus tietää, mitä terveystietoa hänestä kerätään rekistereihin. Mikäli geenitietoja kerätään rekisteriin, on niiden käyttö kaupallisiin tai vakuutustarkoituksiin estettävä.
- Ei mahdollinen, halvaannuttaa toiminnan.
- Tietojenkäyttövaltuutukset säilyvät tapauskohtaisina ja tilannesidonnaisina.
- Eihän nyt kaikkea voi kontrolloida.
- Tarvitaan joustavampi ja vähemmän byrokraattinen tietosuojajärjestelmä.

Hoitotestamentit ovat teema, jota on jo eri yhteyksissä tässä raportissa käsitelty. Jotta hoitotestamentteja alettaisiin tehdä jo siinä vaiheessa, kun henkilö on täysissä hengen voimissa, tarvittaisiin ehkä erityinen tilaisuus, jossa asiaa voitaisiin pohtia. Jos tilaisuus ajoitettaisiin eläkkeelle siirtymisen vaiheeseen, samalla olisi myös mahdollista pohtia yleisemmin sitä, kuinka toimia uudessa elämän vaiheessa. Pohdinnan kohteena voisi olla esimerkiksi osallistuminen vapaaehtoistyöhön. Nimi ”loppuelämän suunnittelukokous” ei ollut kommenttien perusteella kovin onnistunut. Se ilmeisesti sai ainakin muutamat ehdotusta vastaan. Esitetyssä muodossa ainoaa kommentoinutta potilaiden edustajaa lukuun ottamatta väite ei saanut minkään ryhmän enemmistön kannatusta. Tosin yritysten edustajien kannat olivat tasan 1:1 ja profession edustajien 2:3. Selvät enemmistöt kommentoineista keskushallinnon, tutkijoiden ja alueasiantuntijoiden edustajista olivat vastaan.

Väite 3.11 Vuonna 2015 henkilön täyttäessä 65 vuotta tai siirtyessä vanhuuseläkkeelle hänet kutsutaan ”loppuelämän suunnittelukokoukseen”. Tässä yhteydessä hänelle tehdään terveystarkastus, keskustellaan elämäntapojen terveellisyyden edistämisestä sekä tarjotaan mahdollisuus määrämuotoisen hoitotestamentin tekemiseen.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 6

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 11

Potilaiden edustaja perusteli kantaansa seuraavasti:

- Hyvä idea! Selvitetään myös saatavilla olevat palvelut, etuudet ja niiden vaihtoehdot.

Kahden väitteelle myötämielisen profession edustajan kommentit olivat seuraavat:

- Tulisi käyttää termiä hoitotahto mieluummin kuin hoitotestamentti! Tällainen tahto olisi rekisteröitävä aina vaihdettaessa järjestelmää (eläkkeelle siirtyminen tms.). On kehitettävä porkkanoita, houkuttimia. Maksut ovat halvempia, jos hyväksyy omalta kohdaltaan vähemmän aktiivisen hoitokäytännön.
- Loppuelämän suunnittelu alkaa todennäköisesti jo huomattavasti aikaisemmin, joten edellä kuvattunlaista tarkastusta tai kokousta tuskin pidetään. Muuten visio pitää paikkansa.

Muita myönteisen kannan ottaneiden kommentteja olivat:

- Loppuelämän suunnittelukokous on tietty nimenä väärä, mutta varmaankin terveystarkastus ja ohjeet voisivat olla paikallaan, kuten on joskus tehtykin.
- Määrämuotoinen hoitotestamentti kuulostaa vähän liian läpinäkyvältä (pistä nimi paperiin, jottei tarvitse sinuun enää yhteiskunnan varoja tuhlaata, jos satut sairastumaan). Muuten on kannatettava ajatus.
- ”Vanhusneuvolakäynti” osin kuvatulnaisine sisältöineen on osa palvelujärjestelmän avoimuuden kehittämistä, mutta kokouksen ajankohta on todennäköisemmin 70 ikävuoden paikkeilla tai myöhemmin.

Eri mieltä olleet esittivät seuraavia perusteluja:

- Uskon edelleen ihmisen vapaaseen valintaan ja itsemääräämisoikeuden säilyttämiseen.
- Kyllä uskon, että tulevaisuudessakin ihmisillä on toisaalta vapaa mahdollisuus päättää itse, mitä eläkkeelle siirtyessään loppuelämällään tekee, eikä sen päätöksen tarvitse olla terveystarkastuksen perustana.
- Miksi pitäisi odottaa kunnes henkilö on täyttänyt 65 vuotta? Terveystarkastusten edistämisasioiden on oltava esillä kaikkina ikäkausina. Hoitotestamentin tekeminen voidaan ottaa esiin työterveystarkastuksen yhteydessä.
- Sopii vasta ensimmäisen sairauden toteamisen jälkeen. Tähän hirvittävään holhoukseen ei onneksi riitä varoja. 65 vuotta on aika varhainen ikä...

- Työurien ja elämäntietojen erilaisuus ja yksilöiden erilaiset oman elämäntietoa koskevat toiveet, autonomiavaatimukset yms. eivät anna edellytyksiä em. menettelylle
- Edellä mainitut ovat yksilön, ei yhteiskunnan tai terveydenhuollon vastuulla.
- Kammottava ajatus näin esitettynä. Ennaltaehkäisy tutkimuksia ja positiivista ohjaamista ja tukea tarjoavia interventioita yli 65-vuotiaille ollaan laajalti maailmalla tutkittu. FinOHTA on juuri selvittämässä yhtä osaa. Tulokset terveyden ja toimintakyvyn tuottamisen kannalta ovat olleet vaatimattomia. Siis kaikkea voi puuhastella, mutta täytyyhän toiminnasta olla jotain hyötyä osoitettavissa.
- Ei taida tulla montaa qualia tästä projektista.
- Voitaneen ajatella, mutta ”loppuelämän suunnittelukokous” ei ole kovin kiehtova nimitys. Olisi haettava positiivinen lähtökohta ja sille nimitys. Esim. Kunnossa pitkään -suunnitelma, jossa em. asioita voidaan käsitellä. Osallistuminen olisi oltava vapaaehtoista ja motivoivaa. Voitaisiko harkita jotain etuisuuksia tai ”palkintoja” aktiivisesti osallistuville?

6.4 Työterveyshuolto ja wellness-palvelut muun terveydenhuollon täydentäjinä ja kansalaisten omavastuun tukijoina

Lain mukaan työnantajan tulee järjestää työntekijöilleen työterveyshuollon palvelut ja yrittäjät voivat halutessaan järjestää ne itselleen. Kansainvälisessä vertailussa suomalainen työterveyshuolto saavuttaa hyvin palkansaajat. Kattavuus palkansaajista on lähes 90 %. Pienissäkin, alle 10 hengen yrityksissä, 70 %:lla työterveyspalvelut on järjestetty. Yksinäisyrittäjien ja pienten, alle 5 hengen yritysten liittyminen työterveyshuoltoon on kuitenkin edelleen vähäistä (Työ ja terveys Suomessa 2003, Työterveyslaitos). Valtioneuvoston tekemässä periaatepäätöksessä työterveyshuollon kehittämisestä korostetaan näiden ryhmien saamista työterveydenhuollon piiriin. Erityisesti mainitaan epätyypillisissä työsuhteissa olevat (STM:n julkaisuja 2004:3).

Jo pitkään yksityiset lääkärikeskukset ovat vahvistaneet asemiaan työterveyspalvelujen järjestäjinä. Varsinkin suuret yritykset ovat siirtyneet oman työterveyshuollon asemasta käyttämään lääkäriasemien palveluja. Vuonna 2000 lääkäriasemien ja yritysten omistamien terveysasemien osuus työterveydenhuollon piirissä olevista työntekijöistä oli 63 %. Kelan vuonna 2000 maksamista 129 miljoonan euron kustannuksista niiden osuus oli peräti 84 %. Loput 37 % (vuonna 1992 43 %) työntekijöistä sai palvelunsa terveyskeskuksista. He olivat pääasiassa pienten yritysten työntekijöitä, mistä kertoo se, että 61 % yrityksistä sai palvelunsa terveyskeskuksista.

Työterveyspalvelut ovat olleet keskeisessä asemassa avoterveydenhuollossa ja varsinkin työikäisten terveydenhuollossa. Työterveyslääkäreille tehtyjen käyntien osuus kaikista avosairaanhoidon lääkärikäynneistä on 50–57 % (Työ ja terveys Suomessa 2003, Työterveyslaitos). Yrityksille on luotu myös huomattava taloudellinen kiihoke toimia ennalta ehkäisten, koska myös ennaltaehkäisyä tuetaan 50 %:lla hyväksyttävistä kustannuksista Kelan sairausvakuutusrahoista.

Kansanterveyden kannalta työterveydenhuollon keskeisiä haasteita olivat Delfoi- haastattelujen perusteella ennalta ehkäisy ja työikäisten omaehtoinen terveydenhoito. Erityisen haasteen muodostavat mielenterveyden ongelmat, joista on tullut suurin työkyvyttömyyteen johtava vaiva. Keskeiseksi on nousemassa psyykkisen kuormituksen, kiireen, jatkuvan muutoksen ja epävarmuuden hallinta. Ns. wellness-palveluilla on fyysisen terveyden edistämisen ohella suuri merkitys tällaisen elämän laatuun liittyvien kysymysten käsittelyssä. Valtioneuvoston periaatepäätös työterveyshuollon kehittämisestä sisältää omahoidon kannalta kiintoisan kohdan, joka tukee edellä esitettyjä väitteitä hoidettavan oikeuksista: ”Työnte-

kijöiden oikeus tietää työterveyteen ja -turvallisuuteen liittyvistä riskeistä ja oikeus omiin terveystietoihinsa turvataan”.

Työterveydenhoidon ja wellness-palvelujen tulevaa merkitystä erityisesti osana kansalaisten omatoimista terveydenhuoltoa eriteltiin neljällä tulevaisuusväitteellä. Niitä kommentoi 17–19 panelistia.

Väite 3.12 kohdistui yritysten tulevaan kiinnostukseen vastata kokonaisvaltaisesti työntekijöidensä terveydestä. Väite sai keskushallinnon edustajien, alueasiantuntijoiden, yritysten edustajien, profession ja hoidettavien lähes yksimielisen hyväksynnän. Näihin ryhmiin kuuluvista 14 kommentoineesta vain yksi profession edustaja oli vastaan. Poikkeuksen muodostivat tutkijat. He olivat vastaan suhteessa 2:3.

Väite 3.12 Yritykselle on vuonna 2015 vielä nykyistä tärkeämpää huolehtia työntekijöidensä hyvästä työkuunnosta. Tästä syystä yritykset solmivat nykyistä selvästi enemmän sopimuksia työntekijöiden terveydestä kokonaisvastuuta kantavien yritysten, järjestöjen tai julkisten toimijoiden kanssa maksaen niille suhteessa terveyteen (vähäiset poissaolot, tyytyväisyys terveyteen jne.) sen sijaan, että maksu perustuisi vain annettuihin hoitoihin.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 15

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 4

Väitteen kannalla olleiden näkökohtia olivat:

- Työtyytyväisyys ja vähäiset poissaolot ovat yrityksen kannalta toivottavia päämääriä. Edellä mainitut päämäärät eivät ole ristiriidassa sen kanssa, että työntekijä haluaa pysyä terveenä ja työkyisenä. Ennaltaehkäisevien, hoitavien ja kuntouttavien palveluiden saaminen nopeasti ja luotettavasti samalta palvelutuottajalta, työterveyshuollosta, on yritysten ja työntekijöiden edun mukaista. Siksi kokonaisvaltaisten työterveyspalveluiden kysyntä kasvaa. Valtakunnallisesti toimiville yrityksille on tärkeää saada tasalaatuisia palveluita läheltä työntekijöiden työpaikkoja. Nopea sairauksien hoito ja mahdollisuus vaikuttaa sairauksien työperäisiin syihin ovat työterveyshuollon vahvuuksia. Sairaukshoidolla työterveyshuollossa on myös ennaltaehkäisevä ominaispiirre.
- Hyvä tapa hoitaa kiirettä, muutoksia jne.
- Vähentyvästä työvoimasta on pidettävä eri keinoin kiinni.
- Yritykset lienevät kiinnostuneita tekemään työterveydenhuollosta tuotannontekijän. Esitetty laskutusmalli olisi siihen toimiva väline.
- On taattava kattavuus, eli ei oteta mukaan vain geenitestattuja ja terveitä! Mutta on oltava mahdollisuus omilla life-style-valinnoillaan vaikuttaa kustannuksiin (niin työnantajana kuin työntekijänäkin).
- Pienenevä työntekijäjoukko pakottaa yritykset satsaamaan työntekijöiden hyvinvointiin.

Näkemyksiltään kriittisiä, mutta kuitenkin myönteisen kannan väitteeseen valinneita oli kaksi. Heistä toinen oli tutkijoiden edustaja vahvistaen näin tutkijoiden muutenkin muista ryhmistä poikkeavaa kantaa:

- Tällainen kehityksen suunta on mahdollinen, joskin siihen sisältyy monia ongelmia, joita pitäisi voida välttää (esim. elämän kasvava medikalisaatio, toiminnan yksipuolinen kohdentaminen elintapoihin ja fyysiseen terveyteen yms.).
- Terveystieteiden rajanvedon kannalta tässä tullaan kriittiselle alueelle, sillä työhyvinvointi ja vähäiset poissaolot ovat paljon laajemman intervention aikaansaannosta (mm. hyvän henkilöstöpolitiikan, johtamisen, töiden organisoimisen jne.) kuin pelkästään terveydenhuollon. Samoin kuin sairauksien ehkäisy kohdalla myös työhyvinvoinnin edistämiseksi kustannusvaikuttavimmat ratkaisut löytyvät ihan muilta sektoreilta kuin terveydenhuollosta. Jos julkinen yhteiskunnallinen tuki kytketään näihin ”kokonaispaketteihin”, on vaarana terveydenhuollon kustannuksia rasittava medikalisointi, jolloin aiemmin henkilöstöhallinnon tai muun yrityksen osa-alueen kustannuksia ja

toimenpiteitä aletaan pitää terveydenhuollolle kuuluvina. Tämä trendi on jossain määrin nähtävissä jo nyt työikäisten kuntoutuksessa. Julkisen tuen ratkaisilla onkin suuri merkitys, miten yritykset tässä tulevat käyttäytymään. Jos tuki mahdollistaa kustannusten siirtämisen osin verovaroin tai vakuutusrahoitteisesti katettavaksi, on selvää, että toiminta yleistyy.

Eri mieltä olleiden tutkijoiden kommentteja olivat:

- Väitteen alku on OK, mutta terveystaloudelliseen laskutukseen en usko. Eiköhän paine kasva julkista sektoria kohti, koska kustannukset alkavat olla korkeat Suomessa monella tavalla.
- Liian innovatiivista vielä 2015 Suomessa.
- Jos seuraa kehitystä globalisaation nokkamaassa USA:ssa, kehitys on kulkenut siihen suuntaan, että työntekijöiltä on viety entisiäkin etuja pois, koska halutaan säästää kustannuksissa. Tässä suhteessa yhteiskunta tulee polarisoitumaan myös Suomessa: on pieni huippuosaajien joukko, joista työnantajat haluavat pitää hyvää huolta. Suurempi ryhmä on ”bulkkityöntekijät”, jotka on helppo korvata uusilla ja siksi heidän terveyteensä satsaaminen ei ole yritykselle niin tärkeää.

Eri mieltä olleen profession edustajan kommentti oli:

- Sairaanhoidon järjestämistä ei pidä säilyttää yritysten harteille. Työterveydenhuollon lisääntyvä rooli sairaanhoidossa on ei-toivottava, epätasa-arvoa aiheuttava ja kustannuksia lisäävä. Sen sijaan työterveyshuollon tulee keskittyä terveyden edistämiseen, työolojen kohentamiseen ja työyhteisön toimivuuden edistämiseen.

Lähes täysin yksimielisesti kommentoineet hyväksyivät väitteen, jonka mukaan työterveydenhuollon ja kokonaisvaltaisen terveydenhuollon yksityiset palvelut keskittyvät kolmelle suurelle toimijalle, joista yksi on ulkomaalainen. Vain yksi profession edustaja oli väitettä vastaan.

Väite 3.13 Työterveydenhuollon ja kokonaisvaltaisen terveydenhuollon yksityiset palvelut keskittyvät entistä enemmän kolmelle suurelle toimijalle, joita nyt ovat Mehiläinen, Medivire ja Terveystalo. Vuonna 2015 joku suurista on ulkomaisessa omistuksessa. Tämä skenaario perustuu erityisesti palvelujen entistä tehokkaampaan kilpailuttamiseen ja odotettavissa olevaan palvelukaupan vapauttamiseen EU-alueella.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 18

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 1

Väitettä tukevien näkökohtia olivat:

- Ei tarvitse edes arvata: Mehiläinen on jo nykyisin ulkomaisessa omistuksessa. Skenaario on jo nykypäivää.
- Globalisaatio alkaa näkyä yhä selvemmin suomalaisessa yhteiskunnassa ja tänne varmasti on tulossa kansainvälisiä terveysyrityksiä. Toisaalta suomalaisilla työterveysyrityksillä voisi olla mahdollisuuksia laajeta muihin maihin (esim. lähialueella). Esim. Yliopiston Apteekki toimii tällä hetkellä menestyksellisesti Virossa ja avaa pian apteekin Pietariin.
- Sama bisnesmaailman keskittymis- ja fuusiotrendi, mikä on nähtävissä muilla sektoreilla, tulee koskemaan myös terveysbisnestä.
- EU:n sisällä varmaankin ostetaan ja keskitetään kaikkea kannattavaa liiketoimintaa.
- Miten varmistetaan terveys-osuuskunta-tyyppinen toimintamalli? Entä ylikansallinen vastuun vyöryttäminen (tupakkalainsäädäntö, ajonopeudet autobahneilla, epäterveellisten ruokien subventio aluepoliittisin perustein jne.)?
- Tämä kehityssuunta on todennäköinen, mutta ei välttämättä toivottava. Pörssiyhtiöt sopivat huonosti kustannusvaikuttavan terveydenhuollon järjestäjiksi.
- Joku tai kaikki menevät pörssiin ja yritykset siirtyvät sitä kautta myös ulkomaiseen omistukseen.

Eri mieltä ollut profession edustaja perusteli kantaansa seuraavasti:

- Kukaan ei tiedä, ovatko nuo kolme suurta olemassa 2015. Ulkomaisia yrittäjiä pyrkii kenttään, mutta myös pienemmät yksiköt jäävät elämään.

Väitteen 3.12 yhteydessä jotkut kommentoivat, että yritykset ovat erityisen kiinnostuneita avaintyövoimastaan. Väite 3.14 esittää, että heidän terveyttään tullaan edistämään kaikin tavoin, myös vaivoja ennaltaehkäisevin wellness-palveluin. Näistä osa on myös terveysvaikutuksiltaan kyseenalaisia. Väite sai varsin vahvaa kannatusta panelisteilta. Alueasiantuntijat, yritysten edustajat ja hoidettavien edustajat hyväksyivät sen yksimielisesti. Myös professio asettui sen kannalle suhteessa 3:2 ja tutkijat 2:1. Molemmat keskushallinnon edustajat olivat kuitenkin vastaan.

Väite 3.14 Työterveyshuollosta kehitty nopeasti ja ennalta ehkäisten erityisesti avaintyöntekijöiden vai-voihin tarttuva. Tämä tarkoittaa yritysten lisääntyvää panostusta ns. wellness-palveluihin (ks. taulukko 14) ja työkykyä välittömästi alentaviin fyysisiin vaivoihin. Tällaisia nopeaa käsittelyä vaativia vaivoja ovat mm. jännetuppihduukset, ranteiden ja olkapäiden vammat, näköön liittyvät vaivat, suonikohjut ja tyrät.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 12

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 5

Väitteen kanssa samaa mieltä olleiden kommentteja olivat:

- Yrityksille kannattavaa hoitaa.
- Kehitykseen vaikuttaa kilpailu työvoimamarkkinoilla avaintyöntekijöistä sekä julkisen tuen ratkaisut. Wellness-palvelujen medikalisointiin ja julkiseen rahoituksen tukeen ei Suomella ole varaa, vaan terveydenhuollon rahoitus rajataan selkeämmin tarpeelliseen ja vaikuttavaksi osoitettuun sairaanhoitoon, joten yritysten panostus todella rajautuu pieniin avainhenkilöryhmiin.
- Jo nykyisin erityisille ”avainhenkilöille” on olemassa erityispalveluita työsuhde-etuina.
- Yritysverotuksen ratkaisujen on tuettava terveysnäkökulmaa (vain työsuhdepyörät hyväksytään, ei työsuhdeautoja!).
- Wellness-palvelujen osalta edellä sanottu pitää paikkansa. Nopeaa käsittelyä vaativat vaivat käsitellään julkisessakin terveydenhuollossa nopeasti vuonna 2015, joten työnantajan ei tarvitse niiden hoitoa erityisesti järjestää.
- Nopea puuttuminen ja ennaltaehkäisy on yrityksille edullisempaa.

Eri mieltä olleiden kommentteja olivat seuraavat:

- Ainakaan suonikohjut eivät alenna työkykyä. Wellness-palvelut ovat ymmärtääkseni terveyttä ylläpitäviä palveluita. Niin paljon kuin ymmärrän niitä järjestävät terveydenhuollon ulkopuoliset, esim. liikunta- ja kulttuuriyritykset.
- Yritykset ovat aina panostaneet avaintyöntekijöihinsä. Yksi yritysten tarjoamista eduista on terveyspalvelut, joita ne tarjoavat henkilökunnalleen eri laajuisina paketteina. Yritykset ovat valmiit maksamaan sairaanhoitokulut tai ottamaan työntekijälleen sairausvakuutuksen hintavaakin lääketieteellistä hoitoa varten, jos julkinen terveydenhuolto ei kykene tarjoamaan sitä ja näin menetellen avaintyöntekijä saadaan nopeasti työkuuntoiseksi. Yrityksen edun mukaista ei ole kustantaa hoitoja, joilla ei ole osoitettua vaikutusta.
- Tällaista kehitystä tulisi välttää. Työterveydenhuollon pitäisi olla tasapuolista ja suuntautua keskeisiin työterveyshuollon ongelmiin ja pyrkiä toimimaan niin, että mahdollisimman moni säilyisi terveenä lakisääteiseen eläkeikään saakka.
- Kaikki riippuu siitä, miten työterveyshuolto tullaan rahoittamaan.

Wellness-palveluilla tarkoitetaan sellaisia miellyttäväksi koettuja palveluja, joilla on tai väitetään olevan terveysvaikutuksia. Nämä vaikutukset eivät kuitenkaan kohdistu minkään erityisen sairauden hoitoon. Julkinen terveydenhuolto on perinteisesti tarjonnut wellness-palveluja vain rajoitetusti. Osan niistä, kuten liikunnan, on todettu miellyttävyyden ohella vaikuttavan merkittävästi terveyttä edistävästi. Toisten osalta vaikutus voi – vastoin väitettyä – olla jopa terveydentilaa heikentävä. Delfoi-prosessin II kierroksella asiantuntijat saivat kommentoitavikseen taulukon, jolla ennakoitiin erilaisten wellness-palvelujen käytön lisääntymistä sekä sitä, missä määrin yhteiskunta ja työnantajat ovat niiden rahoittajia tulevaisuudessa. Kolmas rahoittaja on palvelun hankkija itse. Mittarina on käytetty maksuosuutta eli käytön lisääntyessä samana pysyvä maksuosuus merkitsee panostuksen kasvua käytön lisääntymisen tahdissa. Varsin harvat kommentoivat taulukkoa rivi riviltä ja kommentit olivat yleensä erisuuntaisia. Tästä syystä taulukko on pääosin sama kuin ennen kommentointikierrosta.

Taulukko 14

Wellness-palvelu	Toiminnan kasvu tai väheneminen vuoteen 2015	Maksuosuus (%)	
		Yhteiskunta	Työnantaja
Kuntoutus, fysioterapia, kylpylätoiminta	Nykytaso	Vähenee	Nykytaso
Liikuntapalvelut	Kasvu	Kasvu	Kasvu
Rentoutushoidot	Kasvu	Nykytaso	Kasvu
Laihdutus	Nopea kasvu	Kasvu	Kasvu
Tupakoinnin ja päihteiden käytön torjunta	Kasvu	Kasvu	Kasvu
Mystikkaan, uskontoon tai filosofioihin liittyvä toiminta, jooga, mietiskely	Kasvu	Vähenee	Kasvu
Ulkonäkö- ja vastaava muu kirurgia	Nopea kasvu	Vähenee	Kasvu
Ravintoon liittyvä toiminta, terveysvaikutteiset elintarvikkeet	Nopea kasvu	Kasvu	Kasvu
Henkisiin ominaisuuksiin vaikuttaminen lääkkeillä, älykkyyspillerit ym.	Kasvu	Ei lainkaan	Kasvu
Tietojen hankinta omista perinnöllisistä ominaisuuksista	Kasvu	Kasvu	Kasvu

Työterveyspalveluihin hyvin perehtyneen keskushallinnon edustajan kommentit eri wellness-palvelujen kehitykseen olivat seuraavat:

- Yleisesti ottaen kansanterveydellisesti ja työterveyden (työ- ja toimintakyvyn) kannalta merkittävien sairauksien ennaltaehkäisyä tulisi lisätä wellness-palveluilla. Työterveyshuolto voisi hoitaa työikäisen väestön neuvonnan ja ohjauksen tässä suhteessa. Yhteiskunnan tuen tulisi tältä osin kasvaa. Kuntoutustarve lisääntyy alkoholin ja päihteiden väärinkäytön, mielenterveysongelmien ja tukielinsairauksien vuoksi.
- Kuntoutus, fysioterapia, kylpylätoiminta yhteiskunnan varoin voisivat vähetä.
- Liikuntapalveluiden soisi lisääntyvän. Yhteiskunnan ja työnantajien tulisi lisätä hyötyliikunnan tukea.
- Hemmotteluhoidot lisääntyvät. Yritykset tarjoavat niitä työntekijöilleen bonuksina. Yhteiskunnan maksuosuuden tulisi pienetä.
- Ylipaino on merkittävä kansanterveydellinen riskitekijä, josta syystä yhteiskunnan ja yritysten panostus tulisi kasvaa. Työpaikkaruokailua ja tietoa terveellisistä ruokatottumuksista tulisi lisätä.
- Tupakointi ja päihteiden käyttö kasvavat. Yhteiskunnan ja yritysten tulisi panostaa enemmän ennaltaehkäisevään työhön.
- Mystikkaan, uskontoon tai filosofioihin liittyvän toiminnan sekä joogan, mietiskelyn lisääntyminen on todennäköistä.

- Ulkonäkö- ja vastaava muu kirurgia todennäköisesti lisääntyy nopeasti, Yhteiskunnan maksuosuus voi kasvaakin, koska entistä useammalle tehdään esteettistä kirurgiaa esim. syöpäleikkausten ja tapaturmien jälkeen.
- Älykkyyspilleri, jos sellainen nyt olisi olemassa, olisi varma kaupallinen menestys. Todennäköisesti mieleen vaikuttavien lääkkeiden käyttö lisääntyy.
- Geenitietämyksen lisääntyessä ihmiset ovat entistä kiinnostuneempia myös omasta perimästään. Yhteiskunnan maksuosuus tulisi olla suurin silloin, kun taudin yhteys genomiin on selvä ja on olemassa keino vaikuttaa ennalta geenien ilmentymisen seurauksiin.

Toisen keskushallinnon edustajan kommentti oli:

- Niin kuin terveydenhuollossa on jouduttu paneutumaan näyttöön perustuvaan hoitoon, luulen että myös wellness-palveluissa ei mitä tahansa hömppää voi tulevaisuudessakaan tarjota toisten kustannuksella. On mahdollista että työnantaja voi tällaista kustantaa, ne kun ovat vähennyskelpoisia yrityksille. Hömpä sinänsä on hyvää plasebohoitoa, sehän on yksi tehokkaimmista lääkkeistä edelleen.

Muita kommentteja olivat seuraavat:

- Wellness-palvelujen, ihmisille hyvinvointia tuottavan viihteen ja yhteiskunnan tukeman terveydenhuollon keskinäisten rajanvetojen tarve tulee korostumaan. Yhteiskunnan tukeman terveydenhuollon rajat on pakko määrittää nykyistä selvemmin ja rajata toiminta vaikuttavaksi osoitettuun sairauksien hoitoon. Sairauksien ehkäisyyn vaikuttavimmat ratkaisut löytyvät terveydenhuollon ulkopuolelta (mm. verotuksesta, yhteiskunnallisiin asenteisiin vaikuttamisesta, ympäristöratkaisuksista jne.). Sairauksien ehkäisy tulee olemaan monitieteinen alue, jossa medikalisaation uhka on ilmeinen ja taloudellisesti tuhoisa. Wellness-palvelut tulevat osittain kuulumaan menestyvään viihdetollisuuteen, jonka kysyntä on kiinni kansalaisten käteen jäävästä tulosta. Yhteiskunnan henkinen ilmapiiri ohjaa wellness-trendejä (kaupallisuuden ohjamaa vai vastuullisesti omaehtoisuutta tai yhteisöllisyyttä korostavaa?).
- Eläkeläisten ja vanhusväestön hyvinvointi – ja kuntoutuspalveluilla voitaisiin säästää paljon kallista laitoshoidokustannuksia.
- Mielestäni taulukko wellness-palveluista on kohdallaan. Rentoutushoitojen kohdalla ohjatun (= työnantajan maksaman) osuus vähenee! Laihdutuskohdassa pidän mahdolltomana hoitaa asiaa erilaisin rahoitetuin keinoin. On älytöntä, että verovaroin tuetaan sokerin tai tupakan tuotantoa ja käyttöä ja sitten verovaroin tuetaan tupakkasairauksien ja lihavuuden hoitoja!
- Todennäköisesti itsehoitomenetelmät terveyden edistämisessä ja sairauksien hoidossa tulevat yleistymään ja ihmiset/asiakkaat kustantavat toiminnan suurelta osin itse. Pyrkimyksestä vaikuttaa vanhenemiseen ("kellon hidastaminen tai kääntäminen taaksepäin") muodostuu big business.
- Kaikenlainen humpuuki lisääntyy räjähdysmäisesti.

6.5 Apteekkien rooli kansalaisten omahoidon tukijoina

Lääkkeiden merkityksen kasvu näkyy selvästi niiden nopeasti kasvaneena osuutena terveydenhuollon menoissa. Kelan korvaustilaston mukaan Kelan lääkekustannukset kasvoivat vuodesta 2000 vuoteen 2004 677 miljoonasta eurosta eli M€:sta 1015 M€:oon eli vuotuinen kasvu oli noin 12 %. Oireellisesti suurista tautiryhmistä syöpälääkitysten kustannukset kasvoivat nopeiten: 54 M€:sta 128 M€:oon eli vuotuinen kasvu oli noin 25 %. Geenitekniset edistysaskeleet huomioon ottaen tämän sektorin kustannusten voi olettaa olevan vasta kasvunsa alkuvaiheessa. Toinen nopeasti kustannuksiaan kasvattanut tautiryhmä oli hermoston taudit. Kulut näiden tautien lääkinnästä kasvoivat 170 M€:sta 278 M€:oon eli vuotuinen kasvu oli noin 15 %. Tässä ryhmässä kasvu Alzheimerin taudin lääkinnässä oli suorastaan huima: 5 M€:sta vuonna

2000 25 M€:oon vuonna 2004. Suurimman kustannuserän eli sydäntautilääkitysten osalta kasvu oli sen sijaan maltillista eli 280 M€:sta 368 M€:oon eli vuotuinen kasvu oli kuutisen prosenttia. Infektiotautien lääkkeissä kasvu oli vielä maltillisempaa eli 114 M€:sta 139 M€:oon. Tässä ryhmässä lääkkeiden vaihto halvempiin vastaaviin apteekeissa vaikutti ilmeisesti olennaisesti.

Lääkkeiden vaihdolla apteekeissa halvempiin vastaaviin valmisteisiin saatiin aikaa säästää, mutta kaiken kaikkiaan apteekeilla ei ole ollut kovin suurta merkitystä lääkkeiden kustannusten nousussa. Kyseessä on selvästi ollut enemmän teknologian kehitykseen liittyvä kehitys. Proviisorilla on kuitenkin keskimääräistä lääkäriä parempi lääkkeitä koskeva ammattitaito ja apteekit vastaavat merkitykseltään yhä tärkeämpien lääkkeiden jakelusta. Tällä perusteella apteekkien roolin pohdintaa terveydenhuollon kokonaisuudessa voi pitää tärkeänä.

Yksi olennainen kysymys lääkkeiden jakelun kannalta on apteekkien välinen kilpailu ja nettiapteekkien tuleva rooli. Väite 3.16 sisältää yhden skenaarion siitä, mitä saattaisi tapahtua. Yli puolet vastanneista löysi skenaarion enemmän uskottavia kuin epäuskottavia aineksia. Yksityisen sektorin, alueasiantuntijoiden ja tutkijoiden enemmistöt asettuivat väitteen kannalle. Keskushallinnon ja hoidettavien kannat jakautuivat tasan puolesta ja vastaan. Profession enemmistö oli vastaan suhteessa 2:3.

Väite 3.16 Mm. lääkevaihdossa esiintyneiden ongelmien vuoksi päädytään lisäämään kilpailua apteekkien ja nettiapteekkien kesken. Suomalaisten apteekkien monopoliasema lääkkeiden toimittamisessa puretaan vaiheittain vuoteen 2015 mennessä. Kotitalouksille tehdään mahdolliseksi käyttää hallitusti nettiapteekkeja, joille voidaan toimittaa myös reseptejä sähköisessä muodossa. Nettiapteekkien kovenevan kilpailun vuoksi suomalaiset apteekit omaksuvat aktiivisen roolin kansalaisten omahoidon tutoreina hakeutuen myös yhteistyöhön julkisen terveydenhoidon kanssa. Suomessa toimii vuonna 2015 ainakin 200 farmaseutin koulutuksen saanutta terveystutoria.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 11

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 8

Apteekkien toimintaa hyvin tuntevan tutkijan kommentti oli seuraava:

- Väitteessä on esitetty hyviä ja realistisia näkökulmia siihen, miten väestö voi vuonna 2015 hankkia lääkkeitä ja miten apteekit toimivat potilaan omahoidon tutoreina yhteistyössä julkisen terveydenhoidon kanssa. Nettiä on syytä hyödyntää tulevaisuudessa enemmän potilaiden lääkeseurannan hoidossa ja lääketiedon lähteenä. Kuitenkin on tärkeää pitää huoli siitä, että asiointi tapahtuu luotettavissa nettiapteeekeissa. Tällaisia palveluja pystyy vuonna 2015 tarjoamaan moni suomalainen apteekki, sillä jo nykyisin monilla suomalaisapteeekeilla on nettisivut ja esim. yksilöllistä neuvontapalvelua netin välityksellä. On tärkeää, että ihmisille tehdään mahdollisimman helpoksi lääkkeiden saanti, mutta toisaalla kehitetään henkilökohtaiseen kontaktiin perustuvia neuvontapalveluja, joita ei voida koskaan korvata kokonaan teknologialla (vaikka voidaan mahdollistaa esim. nettikameran avulla).

Ulkomaisten nettiapteekkien ongelmana on epäluotettavuus. Esim. USA:n yksi keskeinen terveydenhuollon ongelma on tällä hetkellä huonolaatuiset lääkkeet, joita ihmiset ostavat halvalla postimyynti- ja nettiapteeekeista. Näiden toimittamisessa lääkkeissä on ollut monenlaisia laatuongelmia vaikuttavan aineen suhteen (purkissa ei ole sitä lääkettä, mitä siinä tulisi olla, lääke ei ole valmistettu, pakattu ja säilytetty laatustandardien mukaan ym.). Hinta voi olla näissä valmisteissa halvempi, mutta tuotteella ei sitten teekään mitään tai se voi jopa olla käyttäjälleen hengenvaarallinen. Haluaako esim. Kela korvata tällaisia epäkurantteja tuotteita vakuutetuille vai millä varmennetaan valmisteen ”aitous”? Suomalaisten apteekkien monopoliasema kaipaakin kehittämistä. On tärkeää löytää keinoja esim. lupakäytäntöä muuttamalla lääkkeisiin liittyvien avohoidon palvelujen kehittämiseksi nykyistä innovatiivisemmin.

Apteekkareiksi tarvitaan lääkealan ammattilaisia, jotka pystyvät innovoimaan uusia palvelukonsepteja, jotka integroituvat muuhun terveydenhuollon kokonaisuuteen: edesauttavat hoidon onnistumista ja vähentävät siten muun terveydenhuollon kuormitusta. Muiden maiden kokemukset (mm. Norja ja Islanti) ovat osoittaneet, että toiminnan lähtökohtana on kuitenkin tärkeä säilyttää ammatillisuus (esim. proviisoriomistajuus). Muutoin apteekkien toiminta ”kutistuu” pelkäksi lääkkeiden myynniksi, jolloin terveydenhuolto hukkaa tiimistään yhden toimijan, joka voisi osaltaan vaikuttaa väestön terveyteen. Siksi on tärkeää, että viranomaistoiminnalla varmistetaan, että apteekit pitäytyvät edelleen ammatillisissa palveluissa muuhun terveydenhuoltoon integroituneena. Yksi keino tähän on muuttaa apteekkien tulonmuodostuksen periaatteita niin, että kate syntyisi enemmän palveluista kuin itse lääkkeen hinnassa olevasta katteesta. Silloin se ohjaisi apteekkien toimintaa palvelukonseptien rakentamisen suuntaan. Apteekkien toiminta onkin jo ohjautunut tähän suuntaan viime vuosina alan sisäisen kehityksen tuloksena (= apteekteilla on valmiuksia palvelukonseptien tuottamiseen).

Apteekteilla on valmiudet terveystutoritoimintaan ja 200 terveystutorina toimivien farmaseuttien määrä on täysin realistinen. Suomalaiset voisivat nykyistä aktiivisemmin osallistua myös kansainväliseen keskusteluun apteekkien roolista terveydenhuollossa ja pyrkiä vaikuttamaan esim. EUpäätöksentekoon näiltä osin.

Muita kommentteja, joita esittivät myönteisen kannan väitteeseen ottaneet, olivat seuraavat:

- Idea terveystutoreista on mielekäs, koska näin apteekkien kannattavuus lisääntyy!
- Tietoturvanäkökohdat on kyettävä ratkaisemaan ennen kuin nettiapteekkitoiminta voi laajentua. Lääkkeiden toimittamiseen liittyvä neuvontapalvelu puoltaa toiminnan pitämistä apteekkilaitoksen sisällä. Todennäköisesti kuitenkin kehitys vie siihen suuntaan, että apteekkien monopoli purkautuu.
- Terveystutori-asiantuntijaryhmän syntymistä esitetyllä tavalla en pidä kovinkaan todennäköisenä. Muilta osin esitetty kehitys on mahdollinen.
- Pitkäaikaissairaille apteekteista annettava asiantunteva terveystutorointi ja tukipalvelut tukevat järkevää kehityssuuntaa, jossa pitkäaikaissairaista tulee hoitonsa parhaita asiantuntijoita. Terveystutoroinnin kehitys on sidoksissa toiminnan kannattavuuteen apteekteille. Käytännössä tutorointi etenee, jos yhteiskunta subventoi toimintaa tavalla tai toisella.
- On todennäköistä, että nettiapteekki on koko EU-alueen yhteinen.

Kielteisen kannan väitteeseen ottaneet profession edustajat esittivät seuraavia perusteluja:

- Apteekkiasiaassa olen pidättyväinen. Apteekkiala on murroksessa – melkoinen osa valmisteista siirtyy päivittäistavarakaupalle ja kioskeihin. Farmaseutin koulutus pohja ei ole varmaankaan sopiva terveystutoriksi. Myrkytystietokeskuksen kaltaista toimintaa ja Kuopiossa kehitettyä lääkeneuvontajärjestelmää tulee laajentaa.
- Apteekkien monopoliasemaa ei tulla reseptilääkkeiden osalta purkamaan. Nettiapteekitkin ovat apteekkeja, jolla on nykyisten apteekkien tehtävät ja velvollisuudet. Terveystutorit tarvitsevat huomattavasti laajemman koulutuksen kuin farmaseutin koulutus.
- Apteekteilla säilyy monopoliasema tiettyjen lääkkeiden ja toimintojen osalta kansainvälisesti. Terveystutoreita voi kyllä olla olemassa apteekteissa.

Muita kielteisen kannan ottaneiden kommentteja olivat seuraavat:

- Apteekkien monopolit kaatuvat, mutta terveystutoreihin en usko.
- Luulenpa vain, että apteekteissa on kuitenkin luotettu (ja kansalaiset myös edelleen luottavat) henkilökohtaiseen kontaktiin ja vuorovaikutukseen.
- Nettikaupan kehittyminen on ollut odotettua huomattavasti hitaampaa. Nykyisellään sitä käytetään eniten kulutuselektroniikan hankintaan kivijalkamyymälöitä edullisemmista nettikaupoista. Hinta lieneekin ainoa tekijä, joka saattaisi siirtää kuluttajat nettiapteekin käyttäjiksi. Nettiapteekin vaa-

tima valvonta ja logistiikka puolestaan tuskin mahdollistaisivat perinteisiä apteekkeja huomattavasti edullisempia hintoja.

Monet väitettä 3.16 kommentoineet katsoivat, että farmaseuteilla ei ole riittävästi ammattitaitoa toimimiseen terveystutoreina. Yksi mahdollisuus olisi, että heistä kuitenkin kehittyisi vuoteen 2015 mennessä asiantuntijoita geneettisen perimän ja lääkkeiden yhteensopivuuden arvioinnissa. Tällainen väite 3.17 sai hyväksynnän vain runsaalta kolmannekselta panelisteja. Kaksi kommentoinutta alueasiantuntijaa asettui väitteen kannalle. Kannat menivät tasan yritysten edustajien ja hoidettavien ryhmissä. Keskushallinnon kaksi edustajaa olivat väitettä vastaan. Myös tutkijoiden ja profession edustajien selvät enemmistöt olivat sitä vastaan.

Väite 3.17 Vuonna 2015 farmaseutit ovat myös lääkkeiden ja geneettisen perimän yhteensopivuuden asiantuntijoita.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 7

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 12

Pisimmän myönteistä kantaa edustavan kannanoton esitti jälleen apteekkeja hyvin tunteva tutkija:

- Farmaseutit ja proviisorit voisivat hyvin olla mukana hoitotiimissä suunnittelemassa potilaan lääkehoitoa niin, että se ottaa huomioon geneettisen perimän. Farmakogenomiikka kuuluu nykyisin farmasian perusopintoihin, joten siihen liittyvää perusosaamista on jo alalla. Muutenkin hoitotiimeissä tulisi enemmän hyödyntää farmasian alan koulutuksen saaneiden osaamista lääkkeistä ja lääkehoidoista. Farmasian koulutuksen saaneet ovat vähimmilläänkin opiskelleet kolme vuotta lääkkeisiin liittyviä asioita yliopistossa, joten heillä on paljon sellaista osaamista, jota muulla terveydenhuoltohenkilöstöllä ei ole.

Alueasiantuntija esitti seuraavan kommentin:

- Teknologian kehityksen myötä tämä osa-alue tulee kasvamaan ja lääkehoitojen räätälöiminen geneettisen tiedon perusteella tulee parantamaan lääkehoidon laatua.

Väitteeseen myönteisesti suhtautunut potilaiden edustaja totesi:

- Lääkärit eivät luovuta valtaansa muille ammattiryhmille ainakaan ilman pakkoa!

Profession edustajien kriittisiä kommentteja olivat seuraavat:

- Lääkkeiden ja perimän yhteensopivuus tulee varmistaa jo lääkettä määrättäessä, ei vasta apteekissa.
- Farmaseuttien koulutusta ei voida pidentää niin paljon, että ko. asiantuntemus olisi mahdollista. Nykykoulutuksen sisälle ei ole mahdollisuutta järjestää asiantuntijatasen koulutusta genetiikassa.

Muita eri mieltä olleiden kommentteja olivat:

- En usko, että farmaseuttien koulutus muuttuu niin paljon, että heillä on mahdollisuus kombinoida geneettistä tietoa ja lääkkeiden vaikutuksia. Tutkimustiedon saaminen esimerkiksi joidenkin geenien vaikutuksista lääkemetaboliaan on hidasta ja monimutkaista. Yksi geeni vaikuttaa yhteen ryhmään lääkkeitä, toinen geeni toiseen ryhmään. Luulen, että tämä on lääkärikoulutuksellekin haasteen paikka.
- Lääkkeiden vaikutuksesta perimään ja toisaalta perimän vaikutuksesta lääkkeiden metaboliaan elimistössä ei vielä tiedetä kovin paljon. Lääkäri vastaa määräämänsä lääkkeen sopivuudesta potilaalleen. Hänen on myös annettava tietoa lääkkeen käytöstä, yhteensopivuudesta muiden lääkkeiden kanssa sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Farmaseuteilla on sama tietojen anto- ja neuvontavelvollisuus toimittaessaan lääkettä potilaalle. Geneettisen perimän ja lääkkeiden yhteisvaikutuksen osalta farmaseutit ja lääkärit tarvitsevat täydennyskoulutusta.

- Vaatii paljon lisäkoulutusta.

Olettaen, että apteekkeihin tulee terveystutoreita, mitä he tulisivat tekemään? Väitteessä 3.18 on esitetty skenaario tästä. Niukka enemmistö vastanneista oli skenaariota vastaan. Taustaryhmittäin mielipiteet jakautuivat voimakkaasti. Kaikki kolme kommentoinutta alueasiantuntijaa asettuivat väitteen kannalle. Keskushallinnon edustajien, yritysten edustajien, tutkijoiden ja hoidettavien edustajien kannat jakautuivat tasan. Sen sijaan kaikki viisi profession edustajaa olivat väitettä vastaan.

Väite 3.18 Apteekkien terveystutorit avustavat omahoitoa 2015 seuraavilla tavoilla:

Metabolinen oireyhtymä: Terveystutoreiden tärkein työkohte 2015. Yhteistyösopimuksia terveysalueiden kanssa jatkuvasta diabeteshoidosta sekä kolesterolin ja verenpaineeseen liittyvien vaivojen hoidosta. Apteekki voi tehdä terveysalueen kanssa väestövastuusopimuksen, joka sisältää hoidon ohella vastuun ennaltaehkäisystä. Tutoreilla erityinen asiantuntemus myös metabolisen oireyhtymän kannalta keskeisestä geenitiedosta, koska mm. kaksostutkimuksin on todettu perimän merkittävä osuus tautialttiuteen. Yhteistyö edellyttää joskus myös lääkärin palkkaamista ainakin osa-aikaiseen työsuhteeseen apteekkiin.

Infektiot: Yhteistyössä Call Centereiden kanssa antibioottien tarpeettoman käytön vähentämiseen johtava neuvonta, yleiskuntoa muuten kohentava lääkitys/ravinto.

Syöpä sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet: kipujen hallinta, tuki ja neuvonta.

Dementia: lääkkeiden kuljetus kotiin, lääkkeiden säännöllisen ottamisen valvonta tukien kotisairaanhoidoa, kuntoutus ja neuvonta kotikäyntien yhteydessä.

Skitsofrenia: Lääkkeiden oton seuranta, neuvonta.

Depressio: Jo nyt noin 200 000 soittoa vuodessa liittyen lääkkeisiin. Kuunteleva ja neuvova puhelin, ohjaus hoitoon, lääkkeiden väärinkäytön ehkäisy.

Alkoholismi, huumeet: Yhteistyösopimukset hoitavien lääkäreiden kanssa, lääkeasiakkaiden myös sosiaalisten ongelmien seuranta.

Olen taipuvainen olemaan samaa mieltä: 8

Olen taipuvainen olemaan eri mieltä: 10

Perusteellisimmin kantaansa perusteli jälleen apteekkeja hyvin tunteva tutkija. Hän kommentoi kaikkia ehdotettuja toimintamuotoja:

- Metabolinen oireyhtymä: Esitetty on minusta täysin toteuttamiskelpoinen skenaario. Olen ollut mukana monissa apteekkien ja terveydenhuollon kehittämisprojekteissa ja vuonna 2015 tällainen yhteistyö on mahdollista. Tällaisessa palvelumallissa lääkkeestä tulee hoitomuoto, se ei ole vain paketti, joka tietyllä hinnalla vaihtaa omistajaa, vaan se on yksi väline potilaan hoidossa, jota käytetään näyttöön perustuvan tiedon pohjalta harkiten ja yksilön tilanteeseen soveltaen. Samalla tuetaan potilaan elämäntapamuutoksia ja seurataan hänen oireiluaan.
- Infektiot: On toteuttamiskelpoista. Jo pelkästään ”tavallisten” nuhakuumeiden hoitokäytäntöihin vaikuttamalla pystytään huomattavasti vaikuttamaan terveyspalvelujen käyttöön ja lääkehoitojen tarkoituksenmukaisuuteen. Näin vältetään turhia antibioottikuureja, jotka ovat suuri uhka kansanterveydelle. Apteekit voisivat antaa itsehoito-ohjeita tulehdussairauksien hoitamiseksi (+ itsehoitolääkkeiden tarkoituksenmukainen käyttö) ja tarvittaessa ohjata lääkäriin.
- Syöpä sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet: On toteuttamiskelpoista.
- Dementia: On toteuttamiskelpoista. Tässä on hyötyä mm. annosjakelusta, jossa kerralla otettavat lääkkeet jaellaan valmiiksi annospusseihin.

Skitsofrenia: On toteuttamiskelpoista.

Depressio: On toteuttamiskelpoista. Tarkennus puhelinpalvelun käyttölukuihin: soittoja tulee vuosittain yhteensä noin 200 000. Näistä suurin yksittäinen soittajaryhmä ovat masennuslääkkeiden käyttäjät. Mielenterveyspotilaat kaiken kaikkiaan ovat hankala ryhmä avohoidossa. Heille on tarpeen löytää uudentyyppisiä tukipalveluita esim. lääkehoitoon liittyvissä ongelmissa. Toisaalta pitäisi hoitosuhteessa pyrkiä avoimempaan hoidosta kertomiseen. Yksi ongelma on lääkkeiden väärinkäyttö. Kuitenkaan koko potilasryhmää ei pidä leimata sen mukaan, koska suurin osa käyttää mielenterveyslääkkeitä täysin asiallisesti.

Muita väitettä tukeneiden kannanottoja olivat:

- Laajempaa sairauksien ehkäisyä ei ole järkevää medikaloida, vaan panostaa ehkäiseviin toimiin muilla yhteiskuntapolitiikan sektoreilla. Terveystutoreiden rooli keskittyy olemassa olevan sairauden hoidon räätälöintiin ja kustannustehokkuuden nostamiseen ja ennen kaikkea pitkäaikaissairaiden tukemiseen vastuun kantamisessa omasta elämästään.
- Kansalaiset tulevat käyttämään enenevässä määrin verkkopalveluita ja Call Center -palveluita. Palveluiden laatu ja luotettavuus on kyettävä turvaamaan. Lääkkeiden käyttöön liittyvä tietojen anto, neuvonta ja ohjaus sopivat hyvin apteekkien toimintaan. Apteekkien yhteistyötä ja verkkopalveluiden rakentamista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulee jatkaa.
- Täysin realistisia, osin jo nyt toimivia toimintamalleja, joissa apteekit voivat olla mukana lääkeshoidon toteutuksessa.
- Olisi hyvä, jos apteekin toimintaa voitaisiin laajentaa vaikka kyseisellä tavalla. Todennäköisesti ensin pitää purkaa monopoliasema. Lääkeneuvonnassa apteekilla on jo nyt keskeinen rooli.

Kriittisesti suhtautuneiden profession edustajien kommentteja olivat seuraavat:

- Omahoidon tukeminen on paikallaan, mutta en pidä apteekkeja sopivana siihen toimintaan. Terveyskeskukset tai jokin muu ratkaisu on parempi. Nykymuotoisina apteekin tulevat poistumaan hyvin suuresta osasta haja-asutus Suomea.
- Osa edellä mainituista asioista toteutuu, mutta kokonaisvaltaisesta terveysneuvonnasta vastaavat terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat, eivät apteekit.
- Luulen, että edellä mainitut tehtävät hoitavat asiantuntija-sairaanhoitajat. Ei ole järkevää pilkkoa potilaan/asiakkaan hoitoa erillisiksi tehtäviksi. Se vasta kallista onkin.
- Osaan väitteistä yhtyisin, mutta koko kuvio vaikuttaa pikku-terveyskeskukselta ja mielelläni näkisin apteekin olevan yhteistyökumppani, eikä itsenäinen toimija.

Muita väitteen kanssa eri mieltä olleiden kommentteja olivat:

- On hieman huolestuttava ajatus, että lääkkeiden myynnistä vastaava toimii myös mm. elintapojen tai lääkkeiden vähentämiseen johtavassa neuvonnassa. Apteekeilla on varmaan nykyistä enemmän mahdollisuuksia esim. lääkkeiden annosteluun. Vanhusten kotihoidon lisääntymisessä tällainen vanhusten palvelu voisi olla erinomainen ratkaisu suhteellisen hyväkuntoisten vanhusten kotona pysymisen mahdollistamiseen. Samalla esim. kotiavustajat voivat sitten keskittyä asioihin, joihin heidät on koulutettu, ja kotisairaanhoidon tarve ehkä voisi vähentyä. Samalla voitaisiin purkaa (ehkä) nykyisellään olevia epärationaalisia päällekkäisyyksiä.
- Terveystutoreiden rooli keskittyy ja tukee omahoitoa. Mutta esim. dementikon lääkkeidenottovastuu on vielä omalääkärin ja kotisairaanhoidon. Psykyen lääkitys ja huumeiden vieroitus hoito voisi toteutua yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Kaiken perusta on toistemme toimintatapojen tuntemus ja yhteistyö.
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee hoitaa mainitut tehtävät.
- Näkisin terveystutoroinnin mahdollisena maksukykyisille suunnattuna niche-palveluna, joka voi toteutua annetussa ajanjaksossa, mutta jäänee vaikutukseltaan melko marginaaliseksi.

7. Muita terveydenhuollon kehityssuuntia, muutoksen heikkoja merkkejä ja villikortteja

7.1 Mitä haasteita on tarkasteltu suppeasti tai rajattu tarkastelun ulkopuolelle?

Esiselvityksellä, kesän 2004 ohjausryhmän haastatteluilla, syksyn 2004 asiantuntijakuulemisilla sekä kevään 2005 Delfoi-prosessilla on pyritty tunnistamaan terveydenhuollon keskeisimmät haasteet seuraavan noin kymmenen vuoden aikana. Terveysdenhuolto muodostaa kuitenkin niin laajan kentän, että joitakin tärkeitä teemoja on jouduttu sivuuttamaan varsin vähäisin huomioin. Osittain vähemmälle huomiolle jääneitä teemoja on käsitelty syksyllä 2005 tulevaisuusvaliokunnan toimeksiannossa tehdyissä skenaarioissa. Skenaarioita ei käsitellä tässä kirjassa. Niitä on tarkoitus tarkastella erillisessä julkaisussa.

Yksi suhteellisen vähälle huomiolle jäänyt teema, johon on selvästi enemmän puututtu skenaariotarkasteluissa, on terveydenhuollon tarvitsema henkilökunta ja sen koulutus. Tästä teemasta on ohessa Johanna Lammintakaisen tekemä koonnos. Terveysdenhuollossa työskentelee maassamme n. 150 000 henkilöä, josta 130 000–135 000 kuntasektorilla (Linden 2006). Tästä joukosta jää eläkkeelle seuraavan 10 vuoden kuluessa noin 4 000 henkilöä joka vuosi. Kuntaliiton arvion mukaan terveysdenhuoltoon on lisättävä henkilöstöä vähintään 1 % vuosittain ainakin vuoteen 2015 saakka. Terveysdenhuoltoon tarvittaisiin siis 5 000–5 500 uutta henkilöä joka vuosi, mikä on lähes 10 % 20–30-vuotiaiden ikäluokan suuruudesta. Yhtälö vaikuttaa hankalalta toteuttaa. Työvoiman saanti varsinkin ikääntyville syrjäseuduille on ilmeinen ja jatkuvasti vaikeutuva ongelma.

Terveysdenhuollon alueellisen järjestämisen yhteydessä käsiteltiin työvoiman saantia pieniin terveyskeskuksiin. Työvoiman tulevaa saantia voi pitää keskeisenä perusteena suurempien kuntien tarpeelle. Erityisen pohdinnan kohteena arvioinnissa ovat olleet erilaisten ammattilaisten tarpeet noin 15 000–40 000 hengen väestöstä vastaavissa terveyskeskuksissa. Vaativan erikoissairaanhoidon tilaamisen keskittämistä miljoonapiireihin perusteltiin välttämättömyydellä keskittää toimintaa osaavimmille toimijoille. Sitä, kuinka uutta teknologiaa – sekä uutta tietotekniikkaa että biotekniikkaa – halutaan ja osataan ottaa käyttöön, on käsitelty monissa yhteyksissä. Kaikki nämä tarkastelut asettavat haasteita koulutukselle. Terveysdenhuollon ammattilaisten koulutuksen järjestämistä on arvioinnissa käsitelty kuitenkin nimenomaisesti vain arvioinnin alkuvaiheissa eli esiselvityksessä ja ohjausryhmän jäsenten haastatteluissa 2004. Tavalla, jolla tulevaisuuden haasteisiin vastaamisen taidot varmistetaan, on vaikutusta erityisesti terveysdenhuollon eri ammattiryhmien työnjakoon tulevaisuudessa. Myös terveysdenhuollon eri ammattiryhmien tulot ja ryhmien välinen tulonjako aivan ilmeisesti riippuvat siitä, millaisin taidoin varustettua työvoimaa, kuinka paljon ja miten maan eri osiin sijoittuneena työvoimaa on saatavissa.

Johanna Lammintakanen: Henkilöstövoimavarat terveydenhuollossa

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenä tulevaisuuden haasteena on osaavan henkilökunnan saatavuus. Sosiaali- ja terveydenhuolto on työvoimavaltainen ala, eikä henkilöstön työpanosta voi korvata esimerkiksi teknologialla. Ala työllistää Suomessa noin 250 000 henkilöä (Stakes, taskutieto 2006). Henkilöstövoimavarojen kokonaistarkastelussa ei ole kysymys vain määristä, vaan myös henkilöstön osaamisesta ja työyhteisöjen toimivuudesta.

Henkilöstövoimavarojen kokonaistarkastelu (Ranki 1999, Koivuniemi 2004)

HENKILÖSTÖVOIMAVARAT TERVEYDENHUOLLOSSA

Osaaminen ja henkilöstön laadulliset ominaisuudet	Henkilöstömäärä ja -rakenne	Työyhteisön toimivuus
- osaaminen ja oppiminen - kokemus - koulutus - uudistumis- ja työkyky - vaihtuvuus	- henkilöstömäärä - työsuhteen laatu - ikä rakenne - sukupuoli - henkilöstön kohdentaminen: työajan käyttö ja jakautuminen	- työilmapiiri - työtyytyväisyys - johtaminen - työolot - palkitseminen

Alakohtainen pula ja uuden henkilöstön saatavuus

Terveydenhuollon työvoimapula on sekä alueellista että alakohtaista. Erityisesti Pohjois- ja Itä-Suomeen on vaikeaa saada houkutelua osaavaa henkilökuntaa, kun taas pääkaupunkiseudulle on vaikeaa saada riittävästi osaajia. Psykiatrian, anestesiologian, tehohoidon ja radiologian erikoislääkäreistä sekä hammaslääkäreistä on pulaa. Vanhus- ja mielenterveystyön asiantuntijoiden sekä terveydenhoitajien tarve lisääntyy koko ajan. Laineen (2005) tutkimuksessa todettiin, että erityisesti laitoksissa tapahtuva vanhustyö häviää kilpailun työvoimasta. Lukumääräisesti terveysalan osaajia on runsaasti, mutta ongelmana on, etteivät he työllisty alalle. Koulutetut osaajat hakeutuvat muille aloille, ulkomaille tai tutkimus- ja kehittämistehtäviin. Työntekijäpulaa pahentaa muutaman vuoden sisällä tapahtuva eläköityminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee lähes neljännes naisista, joista suurin osa lähestyy eläkeikää vuosikymmenen lopulla. Lähes koko työvoiman arvioidaan vaihtuvan seuraavan 15 vuoden aikana.

Sosiaali- ja terveydenhuolto kilpailee muiden alojen kanssa pienenevistä ikäluokista ja potentiaalisista opiskelijoista. Työnantajan ja alan imagolla on suuri merkitys, millaisia ammatillisia valintoja nuoret tekevät. Ulkomailta rekrytoiminen ei ratkaise työvoimapulaa, sillä Suomi ei pysty kilpailemaan hoitohenkilökunnan palkoilla, eikä myöskään maineellaan monikulttuurisena maana.

Osaamisen kehittäminen

Henkilöstövoimavarojen riittävyyden kannalta olennaista on olemassa olevien voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö esimerkiksi työnjakoa ja toimintamalleja kehittämällä. Myös osaamisen kehittämiseen on kiinnitettävä aiempaa enemmän huomiota. Henkilökunnalle on mahdollistettava joustava osaamisen kehittäminen ja urakehitys sen laajassa merkityksessä. Perustana on työntekijän henkilökohtainen kehityssuunnitelma, jossa yhdistyvät organisaation ja yksilön tavoitteet ja joka kattaa sekä nykyisin että tulevaisuudessa tarvittavan osaamisen. Suunnitelmassa on tarkasteltava koko ihmisen kyvykkyyden kehittämistä, ei vain tietoja ja taitoja. Osaamisen kehittämisen keinoja on useita, joita voidaan hyödyntää sekä työpaikalla (esim. työssä oppiminen mentoroinnin, vertaisarvioinnin, työkierron, oman työn tutkimisen ja analysoinnin avulla) että työpaikan ulkopuolella (esim. opintokäynnit, itseopiskelu, koulutukset). Suomen Akatemian rahoittaman Henkilöstövoimavarojen johtamisen innovaatiot -projektin alustavissa tuloksissa todettiin, että terveydenhuollossa niin työntekijöillä kuin johtajilla on osaamista, jota he eivät pysty hyödyntämään työssään.

Osaamisen johtaminen

Osaamisen kehittämisessä työyhteisön tuki on ensiarvoisen tärkeää. Siksi osaamisen kehittäminen on koko työyhteisön keskeinen tehtävä alkaen perehdyttämisestä aina työuran loppuun asti. Terveydenhuollon henkilöstö pitää tärkeänä arvostusta, oikeudenmukaisuutta ja yhteisöllistä toimivuutta. Ne työyhteisöt, jotka panostavat henkilöstön osaamiseen ja henkilöstöjohtamiseen, pärjäävät kiristyneessä kilpailussa osaavasta työvoimasta.

Toinen varsin vähälle jäänyt teema on ollut terveydenhuollon järjestäminen suurissa yli 100 000 hengen kaupunkikeskuksissa ja niiden lähiympäristöissä. Vaikka perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon järjestämisen 15 000–40 000 hengestä vastaavat modulit soveltuvat ilmeisesti myös suuriin keskuksiin, palveluiden tavoitettavuuden ongelmat ovat suurissa keskuksissa toki aivan toiset kuin pienempien keskusten ympäristöissä tai maaseudulla. Erityisesti mahdollisuudet käyttää kilpailevia yksityisiä palveluja ovat olennaisesti paremmat suurissa keskuksissa. Tästä syystä suurten keskusten terveyskeskuksia on vaikea rinnastaa harvemmin asuttujen alueiden vastaaviin. Terveydenhuollon alueellisen järjestämisen teeman kannalta akuuteimmat ongelmat näyttäisivät kuitenkin liittyvän pienempien kuntien terveydenhuollon järjestämiseen, mikä selittää suurten keskusten jättämistä vähemmälle huomiolle.

Hammashuolto on jätetty lähes täysin tarkastelun ulkopuolelle. Hammashuollon ongelmat ovat kärjistyneet viime aikoina varsinkin suurissa keskuksissa. Tilannetta on kärjistänyt varsinkin se, että perinteisesti yksityisillä hammaslääkäreillä käyneet ovat saaneet oikeuden hoidattaa hampaitaan julkisessa terveydenhuollossa. Suurten keskusten ongelmien sivuuttamisen ohella toinen syy hammashuollon vähäiseen käsittelyyn on ollut se, että tällä sektorilla ei ole näkyvissä sellaisia teknologiseen kehitykseen liittyviä muutoksia kuin monilla muilla terveydenhuollon sektoreilla. Näin hoitojen priorisointiin liittyvät tulevaisuuskysymykset eivät tämän sektorin osalta ole yhtä ajankohtaisia kuin monilla muilla sektoreilla. Toki esimerkiksi dementiaa sairastavien hampaiden hoito muodostaa tärkeän eettisen ja taloudellisen kysymyksen.

Neljäs teema, joka olisi ansainnut enemmän huomiota, on terveydenhuollon vaikutukset aluetalouksiin ja vientiin. Pienissä kunnissa valtionavustuksilla tai kuntien yhteistyönä toteutetut terveydenhuollon palvelut voivat olla aluetalouksien kannalta hyvin tärkeitä. Tämä selittää esimerkiksi sitä, että kunnat aktiivisesti puolustavat alueellaan olevien aluesairaaloiden toiminnan jatkamista. Perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon toimintojen keskittäminen 200 000 hengen suuruusluokkaa oleviin terveyspiireihin on tältä kannalta ongelmallisempaa kuin vastuun aluesairaaloista antaminen 20 000–150 000 hengen kunnille tai maakunnille.

Terveydenhuoltoon liittyvän viennin kehitys riippuu olennaisesti siitä, kuinka paljon suomalainen terveydenhuolto on valmis uudistumaan, panostamaan tutkimukseen ja tuotekehittelyyn sekä kokeilemaan uusia innovaatioita. Viennin edistämisen tavoite voi joskus olla ristiriidassa terveydenhuollon kustannusten vähentämisen kanssa. Tämä koskee mm. uusien kalliiden hoitojen kokeilua.

Terveydenhuoltoon liittyvän liiketoiminnan kehittämistä ja erityisesti menestymistä terveydenhuoltoon liittyvien tuotteiden ja palvelujen viennissä tarkasteltiin vuonna 2004 Delfoi-tekniikalla toteutetussa Pohjois-Pohjanmaan terveysklusterin ennakoinnissa (www.eennakointi.fi). Prosessiin osallistuneet 79 asiantuntijaa edustivat yksityisiä palveluyrityksiä (20), teknologiayrityksiä (6), kuntasektoria (19), tutkimus- ja koulutusorganisaatioita sekä yliopistoja (14), hyvinvointisektorin oppilaitoksia (12), valtion laitoksia ja organisaatioita (6) sekä rahoitussektoria (2).

Tutkimuksen mukaan suomalaiset hyvinvointiteknologiayritykset ovat riippuvaisia vientimarkkinoista. Kotimaan markkinat ovat liian pienet kannattavan liiketoiminnan aikaansaamiseksi. Käytännössä maailmanmarkkinoille pääseminen tarkoittaa joko verkottumista maailman luokan toimijoiden kanssa tai näyteikkunoiden luomista alueelle lokaalien pilottien muodossa. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiteknologian ongelma on tutkimuksen mukaan tänä päivänä se, että alueelta puuttuvat alan veturiyritykset. Alueella ei ole riittävän vakuuttavia sovelluksia esitettäväksi maailmanluokan pelureille kumppaneiden saamiseksi. Menestyminen sektorilla edellyttäisi tutkimuksen mukaan:

- partneroitumista maailmanluokan toimijoiden kanssa
- ”näyteikkunoiden” luomista alueelle asiakkaiden ja sijoittajien vakuuttamiseksi ja mielenkiinnon herättämiseksi
- toimivaa yhteistyötä ja verkottumista yritysten ja julkisen sektorin kesken
- palvelun tuottajien verkottuminen keskenään
- kilpailukykyisyyden turvaavia verotus- ja työvoimapoliittisia päätöksiä
- rahoituksen ja liiketoiminnan osaamisen kehittämistä
- rahoitusmallien luomista kansainvälisille markkinoille tähtäävien
- markkinointipanostusten tukemiseksi.

Hannu Ahjopalo totesi Oulun osaamiskeskuksen järjestämässä ”Innovaatio ja riskirahoitus yrityksen ta-voitteen toteuttajina” -tilaisuudessa (6.2.2004), että vientikelpoisia innovaatioita voisi löytyä neljästä suunnasta:

- uudet diagnostiset hoitomenetelmät ja tuotteet: kehittäminen on haasteellista, mutta diagnostiikan tuotteet ovat helposti globaalisti sovellettavissa
- itsenäisen selviytymisen apuvälineet: innovaatioiden soveltamisen haasteena on soveltaminen paikallisiin olosuhteisiin ja hoitokulttuureihin
- tietojärjestelmätuotteet: toimivat harvoin yksin, joten ne vaativat paikallisen systeemi-integraattorin
- hoitoprosessi- ja hoidon johtamisinnovaatiot: edellyttävät erittäin vahvaa paikallista osaamista kustakin kohdemaasta.

Ahjopalon mukaan Suomen vienti tänä päivänä koostuu pääosin ensimmäisen kategorian teknologisista tuotteista.

7.2 Tulevan kehityksen villikortteja

Arvioinnissa on sen eri vaiheissa pyritty tunnistamaan alan keskeisten asiantuntijoiden ja päätöksentekijöiden keskeisinä pitämiä kehityskulkuja. Alan tunnustetut asiantuntijat eivät kokemusten mukaan suin-kaan aina ole niitä, jotka tunnistavat tulevaisuuden tärkeimmät kehityskulut. Usein vähemmän tunnetut tai alalle vastatulleet, mutta innovatiiviset henkilöt tunnistavat alalla jo kauan toimineita paremmin kehityk-sen ”villikortit”. Villikortilla tarkoitetaan nyt vähämerkitykseltä tai suorastaan naurettavalta vaikuttavaa kehityskulkua, joka kuitenkin osoittautuu ajan mittaan olennaiseksi tai jopa ratkaisevan tärkeäksi.

Kauppa ja teollisuusministeriö toteutti osana ennakkointitoimintaansa yhteistyössä Helsingin teknillisen yliopiston Systeemianalyysin laboratorion kanssa ”Terveystenhuollon innovaatiot” Delfoi-prosessin 2004–2005 (www.opinions.hut.fi). Prosessissa esitti ajatuksiaan 17 henkilöä, jotka oli valittu paneeliin innovatiivisuutensa eikä asemansa perusteella. Lähtemättä tarkemmin erittelemään ja perustelemaan kan-nanottoja, seuraavaan on koottu joukko prosessin tuottamia innovatiivisia ajatuksia, jotka haastavat tässä raportissa esitettyjä näkemyksiä.

Prosessi tuotti kiintoisia näkökohtia yritystoiminnan lupaavien mahdollisuuksien muodossa. Ennen kuin uusiin innovaatioihin perustuva liiketoiminta voisi toimia synergiassa nykyisten järjestelmien kanssa, yhden kommentoineen mukaan pitäisi päästä parempaan kumppanuuteen. Myös palvelujen tuotteistamis-ta tulisi kehittää:

- Kilpailuttamisessa on nykyisin paljon ongelmia. Kilpailutusprosessi on tällä hetkellä epäkäytännöllinen ja sen osaaminen on puutteellista. Pitäisi päästä jonkinlaiseen projektikumppanuuteen. Tällä hetkellä markkinat on niin pienet, että olemassa olevista töistä joudutaan tappelemaan. Monimutkaisia palveluprosesseja saatetaan kilpailuttaa hyvin lyhyin väliajoin ja lisäksi asiakirjat tulevat julkisuuteen, joten tarjouksiin ei uskalla panna uusimpia innovaatioita. Viranomaiset aiheuttavat paljon ongelmia valtakunnalliselle yritystoiminnalle. Esimerkkinä ovat lääninhallitusten erilaiset linjaukset terveydenhuollon toimilupa-asioissa. Samalla hakemuksella saa kaikista viidestä läänistä erilaiset vastaukset ja läänit vaativat erilaisia raportointeja ja ilmoituksia. Lisäksi verotajalla on epäselvä ja eripuolilla maata vaihteleva linja mm. arvonlisäverotukseen ja matkakustannusten korvausten verotukseen liittyen.
- Terveydenhuollon puolella tuotteet eivät saa olla toimenpiteitä vaan kokonaisuuksia, joissa samaan pakettiin kuuluvat myös jälkihoitotoimenpiteet. Tarvitaan siis esim. DRG-luokitusta vastaava yleinen tuotteistuskriteeristö (parhaiten sopisi STM:n tilaukseksi Stakesilta). Analoginen malli on rakentamisen puolella RT-kortisto ja RYL-järjestelmä, jotka ovat alan eri osapuolten yhdessä kehittämät ja määrittelemät kriteerit sille, mikä on oikea tapa ratkaista erilaiset yksityiskohdat.

Yritystoimintaa mahdollistavina innovaatioina, joista monet sopivat myös julkisen sektorin järjestämiksi, esitettiin:

- Lupaava liiketoimintaidea on radiologisten kuvantamistutkimusten tai patologis-anatomisten tutkimusten skannaaminen ja lähettäminen tietoverkkojen kautta analysoitaviksi halvemman työvoiman maihin, kuten esim. Intiaan, Brasiliaan tai Baltian maihin. Innovaatio auttaisi omalta osaltaan alentamaan terveydenhuollon kustannuksia diagnostisten tukipalveluiden osalta. Toimintamalli on käytössä USA:n markkinoilla, mutta siitä voisi luoda pohjoismaisiin toimintatapoihin sopivan tuotteen.
- Suomalaisten terveydenhuoltoyritysten ja julkisen sektorin yhteishankkeet ulkomailla (esim. Pietarin alueen terveydenhuolto).
- Nykyisin laitevalmistajat keskittyvät pääosin "himokuntoilijoihin", mutta vanhusväestö ja muu huonokuntoisempi väestö on jäänyt suhteellisen vähälle huomiolle. Tietotekniikan hyväksikäyttö henkilöiden motivointiin kuntoutumiseen tai kunnon ylläpitämiseen tarjoaa uusia mahdollisuuksia. Erilaiset anturi- ym. seurantajärjestelmät voisivat tuottaa tietoa, joka motivoi henkilöä jatkamaan, kun tulokset ovat "on-line" nähtävissä. Tähän toimintaan voisi kehittää erilaista teknologiaa hydyntäviä palvelukonsepteja/-organisaatiota, jotka kokoavat ja välittävät sekä tietoa että palvelua. Palveluorganisaatio voi tuottaa myös tutkimustietoa (vaikka yhdessä korkeakoulujen kanssa) erilaisten mallien vaikuttavuudesta ja tätä kautta edistää uusien menetelmien käyttöönottoa.
- Etäläsnälorobotit apuvälineinä. Etäläsnäolo tarkoittaa, että (tyhmää) robottia ohjaa joku henkilö muualta käsin. Järjestelmässä (robotissa) on sekä audio- että videoyhteys paikan päälle Internetin kautta. Robottia voidaan liikuttaa siten, että asunto nähdään kokonaisuudessaan. Robotilla voidaan tehdä sen näppäryydestä riippuen yksinkertaisia tehtäviä, joita ohjataan kuten laboratorioissa mekaanisia käsiä. Robotti voi avustaa liikuntakyvytöntä henkilöä, siivota yms. Japanissa on kokeiltu robottilemmikkejä vanhusten laitoshoidossa. Moni omainen toivoisi joskus mahdollisuutta tarkistaa, että kaikki on dementoituneen omaisen kodissa kohdallaan.
- Esimerkiksi keuhkojen kuuntelu ja korvatulehduksen tunnistaminen tietoverkkojen välityksellä mahdollistaisi hoidon niin, ettei pienen sairaan lapsen kanssa tarvitsisi lähteä jonottamaan lääkäriin. Tämän tyyppisiä ratkaisuja on USA:ssa, jossa etäisyydet ovat pitkiä. Siellä on ollut myös esimerkiksi avanteen hoidon ohjausta etäältä kuvayhteyden avulla. Omainen on hoitanut potilasta ja sairaanhoitaja ohjannut kuvan välityksellä.

- Matkailun ja hyvinvointipalveluiden yhdistelmistä on löydettävissä paljon innovaatiopotentiaalia. Monet ikääntyneet haluaisivat matkustella ulkomailla, mutta huono kunto ja avustajan tarve on ongelma. Olisiko kysyntää n. 3–4 ikääntyneen (määrä riippuu autettavuuden asteesta) ryhmää avustamaan lähtevälle, esim. lähihoitajan koulutuksen saaneelle matka-avustajalle? Itse kustannettu henkilökohtainen avustaja voi olla monelle liian kallis.
- Miten ns. mielihyvää tuottavia makuja voisi liittää terveellisiin, lapsille ja nuorille suunnattaviin välipaloihin ilman terveyshaittoja?

KTM:n hanke tuotti paljon ideoita siitä, kuinka voitaisiin joustavasti innovaatioin parantaa terveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa sekä tukea kansalaisten omaehtoista selviytymistä:

- Lyhytaikaista, ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarjoava toimipiste esimerkiksi tilanteisiin, jolloin ihminen kotiutetaan sairaalasta, mutta hän kokee yksinolon kotona liian turvattomaksi.
- Masentuneet passivoituvat helposti, joten olisi syytä kehittää seurantajärjestelmää. Jokaisen potilaan olisi esimerkiksi kirjoitettava verkossa (vaikkapa suljettua) päiväkirjaa. Jos päiväkirjamerkin­töjen väli kasvaa tiettyä aikaväliä suuremmaksi, hälyttää järjestelmä apua (esimerkiksi hälyttää hoitajan, joka voi tarkistaa, mitä potilaalle kuuluu). Näin voitaisiin ainakin lyhentää jaksoja, joissa potilas on passiivinen.
- Terveystuke. Erilaisten sairauksien riskiryhmille tai vaikka kaikille ihmisille voitaisiin istuttaa ns. terveystuke, joka mittaisi esim. ruumiin lämpötilan, muutoksia veriarvoissa, sykkeen yms. ja varoittaisi vaikkapa radiosignaalein, mikäli havaitsee kantajassaan jonkin sairauden oireet. Näin vältettäisiin tarpeettomia lääkärin vastaanottoja. Lisäksi vaikeasti havaittavat sairaudet saataisiin identifioidua ennen kuin on liian myöhäistä. Vastaavaa sirua voitaisiin käyttää myös vaikkapa laihduttajien kannusteena. Siru mittaisi energian kulutuksen ja saannin ja laihdutusseuran kokoon­­tumisissa verrattaisiin tuloksia kollegojen tuloksiin. Lukuisia sovelluksia on helppo keksiä.
- Lemmikkien ja kasvien hoito kollektiivisesti esimerkiksi yksinäisten vanhusten tai syrjäytyneiden verkoston avustuksella. Seutuverkot ja kaupunginosaportaalit olisivat oivia yhteistyökumppaneita (esimerkiksi www.kaupunginosat.net, www.maaseutuplus.net, www.kakeverkko.net).
- Sosiaali- ja terveystalouden opiskelijoiden jalkautuminen ikääntyvien pariin: opiskelijoille oma "kummi-vanhus", jota käydään tapaamassa läpi opiskelujen ajan. Opiskelijat tulevat näin tutuksi vanhuuden kanssa ja mahdollistavat vanhusten kotona selviytymistä. Tällaisia kokeiluja on tehty ainakin USA:ssa. Kokemukset ovat olleet hyviä, sillä opiskelijat kohtaavat usein laitoksissa huonokuntoisia vanhuksia, jolloin kuva vanhuudesta muotoutuu näiden kokemusten kautta. Tällöin liian herkästi hyväksytään iän tuoma raihnaisuus, vaikka "vanhuksella olisi vielä hyvät mahdollisuudet kuntoutua itsenäisemmäksi tai ainakin omatoimisemmaksi kuin alkutilanne antaa ymmärtää.
- Liikkuva hyvinvointipalvelupiste kaupunkiympäristöön eli bussi tms., mikä kulkee lähiöstä ja ostoskeskukselta toiselle. Liikkuva palvelupiste tarjoaa niin neuvontaa ja ohjausta kuin peruspalveluja, terveys-, sosiaalialan sekä sielunhoidon palveluja. Ikäinstituutilla on jo liikkuva kuntosali. Se on hyvä idea maakuntiin.
- Voisiko kaupungissa olla liikkuva olohuone, jossa olisi kirjasto, terveydenhoitaja, kahvit ja mukava yhdessäoloa? Pankkiasiat kuten muutkin palvelut, joihin pääsee netin kautta, voisi hoitaa sieltä. Tarvittaisiin vain henkilö yhteyksien hoitamiseen. Voisihan siellä olla tarjolla lounaskin.
- Mobiilit palvelut ikäihmisille siten, että päiväkeskustoimintaa, hoitajavastaanottoa, ystäväpalvelutoimintaa ja erilaisia liikuntaryhmiä tarjottaisiin syrjäkylien ikäihmisille esim. kerran viikossa, koska julkisen liikenteen palvelut eivät enää ylety syrjäkylille ja näin saataisiin palvelut lähelle ihmisiä.

Yksi KTM:n prosessin tuottama villikortti-idea, joka herätti runsaasti keskustelua eduskunnan tulevaisuusvaliokunnassa, oli uudenlainen Alko-kortti. Idea esitettiin KTM:n prosessissa seuraavassa muodossa:

- Päihdeongelmien kartoittamiseksi voitaisiin lanseerata ns. Alko-kortti. Kyseisellä kortilla rekisteröitäisiin kulutustottumuksia täysin käyttäjän omalla suostumuksella. Kortilla saisi esim. 10 % alennuksen Alkon tuotteista – luonnollisesti vain, jos haluaa omat kulutustietonsa rekisteriin. Rekisteristä voitaisiin seuloa ongelmakäytön piirteitä (suuria määriä edullisia alkoholijuomia). Näin voitaisiin kohdentaa valistusta ja päihdehuoltoa tehokkaasti oikealle kohderyhmälle ja vähentää pimeän viinan markkinoita alennuksilla.

Valiokunta kiinnostui kannanottoaan laatiessaan Alko-kortista, koska on tärkeää löytää sellaisia terveyttä edistäviä ja sairauksia ennalta ehkäiseviä ratkaisuja, jotka moralisoinnin ja pakon sijasta houkuttelevat elämäntavan muutoksiin. Sitran yliasiamies Esko Aho ehdotti syksyllä 2005 maksualennusta niille, jotka omilla toimillaan pienentävät odotusarvoisesti aiheuttamiaan kuluja. Halutessaan ihminen voisi olla ilmoittamatta mitään tietoja ja maksaa Ahon ehdotuksessa täyden vakuutusmaksun. Alennuksia annettaisiin kuitenkin niille, jotka käyvät painonvartijaryhmissä, rasvaprosenttimittauksissa, alkoholi- tai huume- testeissä tms., tietysti lukemista riippuen. Alko-kortti saattaisi olla moralisointia välttävä ratkaisu, jolla on Ahon ehdotuksen piirteitä.

Keskustelun jälkeen kuitenkin päätettiin, että Alko-korttia ei sisällytetä valiokunnan kannanottoon. Yksityy oli, että sen arvioitiin vievän huomiota valiokunnan muilta ehdotuksilta. Viime vaiheessa oli pohdittavana Alko-kortti, jolla paljon alkoholia kuluttava henkilö saisi 10 % alennuksen Alkosta hankittavasta alkoholista. Henkilö saisi Alko-kortin, jos hän sitoutuu kerran kuussa tapaamiseen muiden Alko-kortin omistavien ryhmän kanssa. Tilaisuuksissa henkilöt seuraavat terveydentilaansa, vertailevat elämäntilanteitaan ja pohtivat mahdollisuuksia vähentää alkoholin käyttöään. Koska suurkuluttajat ovat ryhmä, joka helpoimmin hakee alkoholin ulkomailta kotimaisen hinnan noustessa, Alko-kortti voitaisiin rahoittaa alkoholin hinnan lievällä korotuksella ulkomailta haettavan alkoholin lisääntymättä. Järjestelmä voisi ehkä jopa tuottaa lisätuloja, jolla riskikäyttäjiin vaikuttaminen rahoitettaisiin.

Liite 1. Panelistien puheenvuoroja terveydenhuollon alueellisesta järjestämisestä

Liitteessä esitetään panelistien kirjalliset perustelut sille paremmuusjärjestykselle, johon he asettivat neljä Delfoi-prosessin toisella kierroksella arvioitua mallia. Kommenttien kirjoittajat ovat pääasiassa niitä, jotka nimettiin arvioinnin toisella kierroksella terveydenhuollon alueellisen järjestämisen erikoistuntijoiksi. Vastaajissa on tosin myös muutama, jotka ovat kommentoineet teemaa toissijaisena arvioinnin kohteena. Aluksi esitetään neljän panelistin erityisesti ostopoolimallia tukeneet puheenvuorot, jotka olivat erityisesti lähtökohtina ”Terveysten- ja vanhustenhuollon vahvan kunnallisen tai maakunnallisen tilaajan mallille”. Seuraavaksi esitetään terveystiirimallin lupaavimmaksi asettaneiden kannanotot. Sitten ovat vuorossa ”Kunnamon mallin” sekä Terveystiirimallin yhdessä ”Laajan ostopoolin mallin” ensisijaisiksi asettaneiden kannanotot. Lopuksi esitetään Kela-mallin kannattajien perustelut. Jussi Huttuselta ja Tuomo Pääkköseltä, joiden kannanotot ovat erityisesti vaikuttaneet ”Vahvan kunnallisen ja maakunnallisen tilaajan mallin” muotoiluun, on pyydetty lupa esittää kommentit heidän nimissään. Muista panelisteilta mainitaan vain heidän taustaryhmänsä.

Ostopoolimallin osaksi ratkaisuaan ottaneiden kannanottoja

Kannanotto 1 (Jussi Huttunen)

Oman ihanneratkaisuni lähtökohtina ovat:

1. tilaajan ja tuottajien aito erottaminen
2. rahoittajan ja tilaajan kiinteä yhteys
3. julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tasaveroinen asema tuottajina
4. terveydenhuollon kunnallisten yksiköiden muuttaminen kunnallisiksi liikelaitoksiksi tai kunnallisiksi osakeyhtiöiksi
5. poliittisten päättäjien irrottaminen terveydenhuollon tulosityksiköiden operatiivisesta päätöksenteosta ja johtamisesta
6. peruserikoissairaanhoidon ja nykyisen perusterveydenhuollon yhdistäminen
7. riittävän suuret perusterveydenhuollon toimintayksiköt
8. erikoissairaanhoidon työnjaon (ja erikoistumisen) edistäminen
9. potilaan valinnanvapauden lisääminen
10. monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien poistaminen
11. erilaisten mallien salliminen maan eri osissa.

Ottaisin mielimalliini piirteitä Kunnamosta, terveystiiristä ja laajasta ostopoolista, ja sallisin erilaisia ratkaisuja maan eri osissa. Perusjärjestämisvastuun jättäisin kunnille (en Kelalle enkä valtiolle).

Kunnamon mallin paras osa koskee perusterveydenhuollon järjestämistä. Rakentaisin perusterveydenhuollon tämän mallin mukaisesti, mutta sallien väestöpohjan nousta yli 100 000. Minimiväestöpohjana olisi noin 30 000. Perusterveydenhuollon yksiköt rakennettaisiin siten, että niihin kuuluisivat aluesairaala (tai pienemmissä keskussairaalapiireissä keskussairaala) ja alueen terveyskeskukset. Organisaatio vastaisi perusterveydenhuollosta ja peruserikoissairaanhoidosta (yleissisätaudit, yleiskirurgia, yleispediatria, yleisgynekologia) ja tavanomaisesta päivystyksestä. Vaativa erikoissairaanhoito (ml. vaativa päivystys) tilattaisiin jäljelle jääviltä keskussairaaloilta ja yksityissektorilta. Edun mallina olisi mm. se, että ”arkisairauksia” hoidettaessa katkeamattomat palveluketjut ja yhteiset hoitokäytännöt olisivat nykyistä helpompi suunnitella ja toteuttaa. Potilaiden valinnanvapautta lisäisin.

Tilaaajamallin ottaisin vaihtoehdosta 4 eli laajan ostopoolin mallista. Perustilaajana toimisivat yllä kuvattuja perusterveydenhuollon yksiköitä vastaavien kuntien muodostamat tilaajakuntayhtymät. Pienemmillä alueilla riittävää tilaajaosaamista ei kuitenkaan ole helppoa hankkia ja siten useat alueet voisivat rakentaa yhteisen tilaajaorganisaation.

Yksioikoista terveystalokonseptia en pidä hyvänä ratkaisuna. Merkittävä osa tuotantoyksiköistä olisi liian suuria ja jäykkiä. Tilaaajan ja tuottajan erottaminen ja yksityissektorin hyödyntäminen olisi vaikeaa.

Suuresta ostopoolista ottaisin ostopoolikonseptin, en muuta.

Kela-malli on rahoitusmalli, ja sen kuvaus ei kerro riittävästi tuottajaorganisaatioita koskevista ratkaisuista. Yksi valtakunnallinen monopoli merkitsisi paluuta menneisyyteen viemällä päätöksenteon kauaksi ihmisistä ja paikallisista päättäjistä. Etuja olisivat kuitenkin muita malleja pienemmät ongelmat monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamisessa (joskaan kuvauksesta ei käy selville, miten se todellisuudessa tehtäisiin), Kelan hyvin toimivien tietojärjestelmien hyödyntäminen ja pisimmälle viety tilaaajan ja tuottajan erottaminen.

Kannanotto 2 (Tuomo Pääkkönen, täydennetty vuoden 2006 alussa)

Johdanto

Ratkaisumalleissa olisi pystyttävä hahmottamaan tulevaisuutta vähintäänkin 15–20 vuoden tähtäimellä. On arvioitava sekä toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia, että sosiaali- ja terveydenhuollon sisältä tulevia muutostarpeita. Keskustelua siitä, mitkä näkökulmat ohjaavat muutosta, on käyty myös vähän. Onko tavoitteena edelleenkin laaja-alainen, koko väestöä koskettava terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen, vai ohjataanko muutosta yksittäisen kansalaisen ”tässä–nyt–heti kaikki minulle” -näkökulmasta?

Väestörakenteen muutokset näyttävät jatkuvan viime vuosien kaltaisena. Kuntien ja alueiden elinkeinorakenne ja talous eriytyvät edelleenkin nopeaa tahtia. Rahoitusongelmat lisääntyvät. Palvelut pyrkivät keskittymään. Tasa-arvoinen palveluiden saanti ei toteudu. Lääketieteelliset tutkimus- ja hoitomenetelmät kehittyvät edelleenkin nopeaa tahtia. Kehitetään entistä tehokkaampia ja samalla kalliimpia hoitomenetelmiä entistä harvinaisempiin sairauksiin. Hallitsemattomana tämä tulee luomaan suurta eriarvoisuutta.

Väestöpohjaa ajatellen Suomi voisi olla yksi ainoa sairaanhoitopiiri. Ottaen huomioon maantieteelliset tosiasiat, kulttuuriset erot ja hyvin erilaiset kehityssuunnat tätä ei voitane lähitulevaisuudessa toteuttaa. Tässä vaiheessa maa voitaisiin yliopistopiirien mukaan jakaa viiteen toiminta-alueeseen. Oheisena karkea hahmotelma Pohjois-Suomesta, mallia voitaisiin toteuttaa myös muualla.

Tulevaisuuden pohjoinen ostopooli/hyvinvointipiiri

Mielestäni Oulun yliopistollisen sairaalan miljoonapiiriin (ns. ERV-alue), joka käsittää Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirit, tulisi muodostaa suurin piirtein Kainuuta väkiluvultaan vastaavat sosiaali- ja terveydenhoitoalueet. Nämä nykyisten sairaanhoitopiirien ympärille muodostetut yksiköt vastaisivat pääosin alueensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Niiden toimintaa voitaisiin myös yhtiöittää tai niitä voitaisiin kehittää liikelaitoksiksi. Kunnat antaisivat määräprosentin koko veroluontoisesta tulostaan tälle toiminnalle (vrt. Kainuun malli). Kainuun maakunnan tapaan terveydenhuollon vastualueet voisivat ottaa vastuulleen myös muut keskeiset peruspalvelut eli ennen kaikkea koulutuksen järjestämisen. Oulun ympäristö/Oulun kaupunki täytyisi kuitenkin miettiä eri tavalla.

ERV-alue muodostaisi yhteisen ostopoolin. Ostopoolin rajoittuminen pohjoiseen miljoonapiiriin olisi mielekkäämpi kuin valtakunnallinen ostopooli. Näin pohjoiset erityisolosuhteet tulisivat otetuksi huomioon paremmin. Ostopooli hankkisi palvelut joko nykyiseen tapaan organisoidulta terveydenhuollolta tai tuottajat voisivat olla julkisen vallan ohjaamia liikelaitoksia tai osakeyhtiöitä. Rahoitus koostuisi kuntarahasta ja valtion osuuksista, jotka tulisivat nykyiseen tapaan kompensoimaan kuntien väestön palvelutarpeitten eroja. Ostopoolilla olisi tukenaan voimakas tutkimus- ja kehittämisyksikkö, joka harjoittaisi yhteistyötä alueen ja valtakunnan tutkimuslaitosten kanssa. Yliopistosairaalan rooli olisi vielä mietittävä. Siellä tulisi joka tapauksessa säilyä vahvana tutkimus- ja koulutustoiminta, jonka rahoitus tulee valtiolta.

Osana kansallista terveysprojektia pohjoisen ERV-alueen viisi sairaanhoitopiiriä ovat laatineet erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja työnjakoa koskevan selvityksen ja toimintasuunnitelman (Pasi Parkkila (toim.) Erikoissairaanhoidon yhteistyö ja työnjako Pohjois-Suomessa, raportti 26.8.2005, Rovaniemi). Tämä yhteishanke pohjustaa hyvin pohjoisen miljoonapiirin yhteistyön kehittämistä ja osoittaa suuntia, missä yhteistyötä voidaan kehittää. Itse asiassa hankkeessa on jo kyse ERV-alueen kehittämisestä hyvinvointipooliksi tai -piiriksi.

Yhteistyötä on kehitetty kolmella teemalla: erikoisalakohmainen yhteistyö, osaaminen ja osaajat sekä tiedon hallinta ja käytettävyys. Perustavoitteena ensimmäisellä teema-alueella on ollut hoidon saatavuuden ja laadun turvaaminen asuinpaikasta riippumatta. Ensimmäisen vaiheen tehtävinä ovat olleet osallistuminen valtakunnalliseen hoitoon-pääsykriteerityöhön, Pohjois-Suomen yhtenäisen jonorekisterin laadinta sekä vapaa hoi-toon lähettäminen sairaanhoitopiirien välillä. Pidemmän aikavälin tavoitteiksi on tunnis-tettu sairauksien ehkäisyohjelmien toimeenpano ja hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen. Erityisesti ollaan panostamassa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja tupakoinnin vähentä-miseen. On myös päätetty, että ERV-alueen sydänkirurgia tullaan yhteisesti keskittämään Ouluun viimeistään vuonna 2006. Yhteistyötä ollaan tiivistämässä myös tehohoidon, psykiatrisen hoidon ja hengityshalvauspotilaiden hoidon osalta.

Pitäisi arvioida, mikä osa Kelan rahoituksesta voitaisiin siirtää ostopoolin/hyvinvointi-piirin vastuulle. Kelan rahoitusosuus sairausjaksojen alun (6 kk?) osalta voitaisiin siirtää ostopoolille (sv-päiväraha, matkakustannukset, lääkekulut). Yksityisen terveydenhuollon toiminnalle nykytapaan suunnattu julkinen rahoitus tulisi vihdoinkin lopettaa. Tämä mahdollistaisi oikean yksityisen tuotannon syntyminen terveydenhuollon puolelle. Osto-pooli voisi kilpailuttaa näitä julkisten rinnalla tasapainoisesti.

ERV-alueen laajuinen ostopooli/hyvinvointipiiri mahdollistaisi riittävän asiantuntija-panoksen päättäjien tueksi. Se pystyisi tuottamaan tarvittavan tiedon päätöksenteon poh-jaksi eli palvelutarpeen arvioimiseen. Nykyisellään samat viranhaltijat yrittävät kartoittaa palvelutarpeita ja johtavat toimivia organisaatioita.

Kannanotto 3 (Alueasiantuntija)

Laajan ostopoolin malli on ehdottomasti neljästä mallista paras. Sen etuna ovat mahdolli-suudet suuriinkin rationalisointiratkaisuihin. Joka tapauksessa se on nykyisen pienkunta-vetoisen mallin vastakohta – mallin, joka on ajautunut umpikujaan. Laajan ostopoolin malli on työlämpi ja hitaampi rakentaa kuin muut mallit. Se kantaa kuitenkin pidemmäl-le ja osoittaa noin viidessä vuodessa voimansa. Mallissa tulee kiinnittää huomiota erityi-sesti perustason palvelujen rakentamiseen, muutoin ne jäävät lapsipuolen asemaan.

Malli edellyttää myös valtion aktiivisempaa roolia. Valtio ei voi jäädä passiiviseksi osa-puoleksi, joka sysää joka tilanteessa vastuun muille. Tuottajista eli terveydenhuoltopii-reistä tulisi muodostaa osakeyhtiöitä, joissa valtio olisi mukana omistajana. Tämä edellyt-tää ensin Norjan mallin mukaista lainsäädäntöä, jossa määriteltäisiin erityislaille terveys-yrityksen (=terveyspiirin) toimintaperiaatteet ja yhtiöjärjestys sekä tilinpito.

Ostopoolimalliin voitaisiin liittää elementtejä muista malleista. Kunnamon malli on hyvin pitkälle ajateltu erityisesti perusterveydenhuollon näkökulmasta. Tässä perspektiivissä se toimisi varmasti erinomaisesti. Sen hyviä ratkaisuja olisi joka tapauksessa hyvä ottaa mu-kaan huolimatta siitä, mikä malli lopullisesti valitaan. Peruspalvelun tuottajana malli on ihan kelvollinen.

Rahoitusmallina Kunnamon malli ei toimi. Väestömäärään suhteutetut mallit ovat huonoja. Peruslaskutus pitää olla aina kustannus- ja aiheuttamisperusteista. Muutoin kustannusvastaavuutta ei toteuteta ja mallista tulee kasvoton ja kallis. Terveysalueen asukasluvun tulisi olla mieluummin 50 000 kuin 20 000 asukasta.

Ostopoolin koon tulisi olla vähintään 50 000 asukasta, joka sekin on pieni. Tässä suhteessa parempi olisi järjestelmä, jossa ostopooli olisi nykyisen sairaanhoitopiirin keskikoon suuruinen (200 000 asukasta). Oikeutta palvelujen käyttöön ei tulisi rajata piiriin. Erikoissairaanhoidon tilaajana Kunnamon alue on aivan liian pieni. Tilaaminen tulee olemaan jatkossa vaativaa ammattityötä ja tästä syystä pitää koko valtakuntaan kehittää aivan uudet yksiköt, joilla on asiaan rautainen ammattitaito.

Terveysdenhuoltopiirimalli muistuttaa liikaa nykyistä rahoitusmallia, joka on ajautumassa umpikujaan. Kunnan terveydenhuollon menoille tulisi muodostaa katto esim. prosenttia verotuloista, jonka jälkeen astuisi kuvioon valtionosuustuet. Valtiolla tulisi tässä tapauksessa olla myös veto-oikeus kunnan toimintoihin, jos valtionosuus paisuu yli kohtuuden. Valtio voisi kroonisessa tapauksessa julistaa kunnan selvitystilaan (=järjestämään hallintonsa/palvelunsa uudelleen), joka todennäköisesti pakottaisi kuntaliitoksiin.

Tilaaja mallissa on riittävän kokoinen. Sitä olisi mahdollista hoitaa myös ammattimaisesti. Vielä suurempi koko (yliopistopiiri) kuitenkin olisi parempi. Valtakunnallinen terveyskonserni on tässä yhteydessä outo. Tuottajana terveyspiirimalli on epäselvä: kuka omistaa ja millä hallintomuodolla. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhdistettynä olisi tässä mallissa toimiva ratkaisu.

Kelan sotkeminen terveydenhuollon kuvioihin toisi ison sotkun valtakuntaan. Kela ei missään tapauksessa ota minkäänlaista rahoitusvastuuta kokonaisuudesta ja tyrkkäisi sen aina muiden kontolle. Kelan malli muistuttaa jossain määrin Keski-Euroopan vakuutusyhtiömallia, joka on ajautumassa konkurssiin. Yksi sotkija (ei vastuullinen toimija) tuo mukanaan sellaisen kulmakertoimen, joka tulee kalliiksi. Tällä hetkellä Kela ei tahdo selviytyä edes lääkekorvausviidakosta, joka on vain pieni osa terveydenhuoltoa.

Kannanotto 4 (Alueasiantuntija)

Terveyspiiriin tavoitteeksi tulee asettaa kustannustehokas kuntakoon mukainen palvelu, joka turvaa palvelujen saatavuuden ja kehittämisen. Tässä tarkoituksessa tehdään mahdolliseksi kullekin seutukunnalle liittyä sopivaan kuntakokonaisuuteen, jonka väestöpohja on vähintään noin 30 000 asukasta. Yläraja tulee asettaa niin korkealle kuin välimatkat ym. seikat antavat myöten.

Terveyspiiriin tulee sisältyä myös sosiaalityö, joten kyseessä on sosiaali- ja terveyspiiri. Tähän on hyvät perustelut ja kokemukset esim. Jyväskylästä. Kuntajaon tulee olla sama kuin sosiaali- ja terveyspiiriin eli yksi kunta on järjestäjänä ja vastaa toiminnasta sekä rahoituksesta. Erikoissairaanhoidon järjestävät sairaanhoitopiirit, joita on valtakunnassa viisi. Omistajana ja rahoittajana on valtio.

Terveyspiirin maksupolitiikkaa kehitetään asettaen tavoitteeksi maksukertymän lisäämisen kunnille, käytön ohjauksen, palvelujen arvostuksen lisääminen, asiakkaiden omavastuujärjestelmän lisäämisen sekä valinnanvapauden lisäämisen palvelun käyttäjälle.

Tähän pyritään siten, että korotetaan asiakkaan saama subventio samaksi, käyttipä asiakas julkisen sektorin, kolmannen sektorin tai yksityisen sektorin tuottamaa palvelua. Tähän edetään asteittain aloittaen perusterveydenhuollon hammaslääkärin ja lääkärin vastaanotoilta. Yhteiskunnan tuki maksetaan samansuuruisena, käyttipä hammaslääkärin asiakas julkista tai yksityistä sektoria. Toteutustapana on esimerkiksi palveluseteli. Julkisen sektorin maksujen on perustuttava todellisiin tuotantokustannuksiin. Maksukattoa sovelletaan kaikkiin terveydenhuoltokustannuksiin. Mikäli asiakkaan maksukyky on riittämätön, palvelun saatavuus huolehditaan toimeentulotuen avulla.

Terveyspiirimallin I-sijalle asettaneiden kannanottoja

Kannanotto 1 (Alueasiantuntija)

Tällä hetkellä Suomen kokoisessa maassa on liikaa terveydenhuollon strategista johtamista. Strateginen johtaminen on toteutettu säilyttämällä perinteinen hierarkkinen malli, jonka mukaisesti jokaisella sairaanhoitopiirillä, kaupungilla ja pienilläkin kunnilla on mahdollisuus laatia oma strategia ja vastata sen toimeenpanosta. Tämä on johtanut useisiin erisuuntaisiin strategioihin, joiden toimeenpano ei voi johtaa palvelujärjestelmän eikä kansalaisten kannalta kansallisesti kustannustehokkaaseen lopputulokseen. Erityisen selvästi tämä kehitys näkyy terveydenhuollon tietohallinnon johtamisessa.

Terveydenhuoltopiiriä lukuun ottamatta esitetyt mallit eivät sisällä riittävästi kehityspotentiaalia tulevaisuuteen. Palvelujärjestelmän uudistamista ei pidä nähdä sarjana uusia hallinnollisia rakenteita, jotka organisoidaan osaksi nykyistä hierarkkista palvelujärjestelmää. Tällä periaatteella uudistaminen on keinotekoisista ja aiheuttaa viimekädessä vain uusia kustannuksia ja tekee toiminnalliset muutokset tulevaisuudessa entistä vaikeammaksi. Tällainen rakenne ei vastaa tietoyhteiskunnan kehittymistä eikä kansalaisten odotuksia uudessa yhteiskunnassa. Tulevaisuudessa kansalaiset eivät sitoudu kuntaan tai kuntarakenteeseen hallintoyksikkönä vaan suoraan palveluun riippumatta siitä, kuka sen tuottaa. Kansalaisen puolesta toimiminen ei kuulu nykyisessä laajuudessa tulevaisuuden tietoyhteiskuntaan.

Tavoitteeksi tulee asettaa terveyspiirin kaltainen verkostomainen rakenne, joka perustuu n. 200 000–300 000 asukkaan väestöpohjaan ja palvelupisteiden (verkoston solmujen) väliseen työnjakoon ja joka ei ole kiinni nykyisessä kuntarakenteessa. Piirin alueelle laaditaan yksi terveydenhuollon strategia, jonka toimeenpanosta vastaavat alueen palvelupisteet ja sairaalat. Kaikki alueen terveydenhuollon resurssit pitää olla strategian laatijoiden käytössä. Mikäli terveyspiirillä ei ole resursseja kaikkien palveluiden tuottamiseen, sillä tulee olla kilpailutetut sopimukset palveluiden tuottamisesta sekä suunnitelma yhteistyös-

tä alueen sosiaalihuollon kanssa. Myös lääkejakelun logistiikka tulee sisällyttää nykyistä kiinteämmin palvelujärjestelmään.

Piirin (verkoston) hallinnosta vastaavat verkostoon kuuluvat kunnat ja niiden omistuksessa olevat toimitilat ja muut resurssit. Piiri on organisoitu julkiseksi yritykseksi, jonka hallintoa ei valita kunnallisvaalien tuloksen perusteella.

Toiminnan rahoitus perustuu kuntien asukkailleen ottamiin terveysvakuutuksiin. Vaikka toiminnan kustannukset palautuvat aina kuntien talousarvioihin ja tilinpäätöksiin, vakuutuksen määrä kunnalle ja valtionosuudet kustannuksiin perustuvat riskien kantamisesta tehtyihin vakuutusmatemaattisiin laskelmiin. Näissä tulee huomioida pienten kuntien rajalliset mahdollisuudet kantaa terveydenhuollon kustannusten riskejä eri vuosina.

Tässä mallissa kansalaisella on oikeus käyttää mitä tahansa verkoston palvelupistettä, yleislääkärin vastaanottopalvelua tai päivystyspistettä sekä mennä laboratorio- tai röntgentutkimuksiin itse valitsemaansa pisteeseen parhaiten sopivana ajankohtana. Kaikki sairaaloiden ajanvaraukset ja odotusajat näkyvät yleislääkärille ja kansalaiselle suoraan. Lähetekäytäntö vakioidaan strukturoiduilla läheteillä ja potilaalla on mahdollisuus toimittaa etukäteen kuvaus oireista tai vaivoistaan lääkärille tai hoitajalle. Työprosessit perustuvat hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden uuteen työnjakoon sekä ensikontaktit Call Centereiden käyttämiseen. Kansalaiset omistavat heitä koskevan sähköisiin arkistoihin arkistoidun tiedon ja heillä on oikeus ja käytännön mahdollisuus tarkistaa tietoa ja tehdä muutoksia erilaisiin suostumuksiin tiedon luovuttamisessa.

Mallin toteuttaminen edellyttää uudistusta myös valtion ohjauksessa. Suomeen tulee luoda sellainen valtakunnallinen toimija, joka voi nykyistä tehokkaammin osallistua terveyspiirien strategioiden laadintaan sekä vastata osaltaan niiden riittävästä kansallisesta näkökulmasta ja toimeenpanosta.

Kannanotto 2 (Keskushallinto)

Vaikka olenkin ensisijaisesti terveyspiirimallin kannalla, myös Kunnamon mallilla on vahvuutensa. Seuraavassa esitän kriittisiä näkökohtia suuren (> 20 000 asukasta) terveyskeskuksen (Kunnamon) mallista.

Malliin liittyviä vahvuuksia:

- Sairaanhoidopiirit säilyvät, mikä edelleen pienentää muutoksen dramaattisuutta.
- Yhteys sosiaalitoimeen yksikön pienuuden takia on helpompi rakentaa/säilyttää kuin terveyspiirimallissa.
- Vähimmäisväestö on sama kuin terveyshankkeen terveyskeskustavoite, ei siis edellytä suuria tavoitemuutoksia.

Mallin heikkouksia erityisesti liittyen ostamiseen:

- Aktiiviseen ostamiseen väestöpohjavaatimus on liian pieni; suuret transaktiokustannukset hankintamenettelyn vaativuuden takia.
- Erikoissairaanhoidon nojautuneekin omaan sairaanhoitopiiriin ja ostaminen kohdistuu osaan elektiivistä hoitoa, mikä taloudellisesti on vähämerkityksellistä.
- Jos erikoissairaanhoidon ostetaan suurina paketteina, muutokset voivat olla niin rajuja, että parin asiakkaan vaihduttua sairaanhoitopiiri joutuu ajamaan hallitsemattomasti alas olennaisen osan toiminnasta. Sen jälkeen se ei voi vastata lakisääteisistä tehtävistä, ei esim. suuronnettomuuden hoidosta.
- Hallinnollisesti asia voidaan hoitaa liittämällä kunnat toisiin sairaanhoitopiireihin; poliittiset ratkaisut ottavat kuitenkin aikaa, koska pitkään ollaan eri mieltä siitä, kuinka vakava tilanne on.
- Muutos voi tuoda lisää tehoa, mutta voi iskeä myös hyvin toimivaan sairaalaan sen takia, että vastaavasti asiakkaita menettänyt ja olemassaolostaan taisteleva sairaala myy harakirihinnoin.
- Seurauksena ei ole vain alempi hintataso, vaan myös huonompi laatu, mikä terveydenhuollossa on ongelmallisempaa kuin bussiliikenteessä.
- Valvonnan ja normien rooli korostuu väistämättä kilpailun lisääntyessä. Mutta kun kunnat kuitenkin vastaavat suurimmasta osasta hoitoa, ”uusien velvoitteiden” asettaminen ei onnistu poliittisesti.

Rationaalinen malli:

- Alueellinen palvelurakenne muodostuu edelleen monien toimijoiden toisistaan riippumattomien päätösten summana sattumanvaraisesti; tietoteknologian järjestelmällinen rakentaminen ei ole kenenkään vastuulla, hyvien käytäntöjen leviäminen yhtä sirpaleista kuin nyt.
- Kilpailu karsii joitakin toimintoja, mutta aiheuttaa myös kustannuksia, kun samat lääkärit siirtyvät paikasta toiseen eikä vanhaa varustelua ehditä kuolettaa samaa vauhtia, kun uutta hankitaan.
- Epätäydellinen kilpailu pitää edelleen yllä tehottomia rakenteita – perusterveydenhuolto (joka ei kilpaile) ottaa vaihtelevasti tehtäviä, joita on ylläpidettävä myös erikoissairanhoidossa (esim. laboratorio- ja kuvantamisverkosto).
- Alueellisten perus- ja erikoissairanhoidon työnjakoon perustuvien alueellisten hoito-ohjelmien toimeenpano vaikeutuu, jos erikoissairaanhoidon on jatkuvassa kilpailutuksessa.
- Perus- ja erikoissairanhoidon rajaa pitäisi madaltaa läpi linjan – esimerkiksi konsultaatiot, toipumis- ja kuntoutusyksiköt ja liikkuvat hoitoyksiköt. Se edellyttää yhteistyötä ja kumppanuutta. Parhaiten se onnistuu samassa organisaatiossa.

Kannanotto 3 (Tutkija)

Kunnamon malli ei ratkaise mm. monikanavaisuutta ja jättää perushoidon ja erikoishoidon edelleen eri organisaatioihin. Terveydenhoitopiiri on realistisin ja siksi kannatettava, ei ratkaise monikanavaisuutta eikä vielä vanhusongelmia. Kelan malli voi olla tulevaisuudessa ratkaisu, jos ei todennäköinen terveydenhoitopiirimalli onnistu. Laaja ostopooli tuntuisi toimivan, mutta ei liene poliittisesti läpivietävissä.

Kannanotto 4 (Alueasiantuntija)

Sellainen teoreettinen pohdiskelu terveystiirillä, jossa ei konkreettisesti avata erikoissairaanhoidoa ihan erikoisaloittain, ei voi johtaa mihinkään kunnolliseen ja toimivaan malliin, jossa erikoissairaanhoidon kokonaisuutena olisi mukana. Ilmeisesti terveystiirikaavailuissa on yleisesti tyydytty sellaiseen malliin, jossa vain n. 10–15 % erikoissairaanhoidosta integroidaan seudulliseen perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin ja 85–90 % erikoissairaanhoidosta tuotetaan "kauempaa", mutta tämänkin rahoitus kulkee "terveystiiriin" kautta. Tällöin ei terveystiiri kuitenkaan ole sama kuin sairaanhoitopiiri, kuten kirjoituksessa toisaalta useassa kohdassa korostetaan, vaan sen seudullinen osa ja sairaanhoitopiirit ovat – ainakin suurimmat – edelleen erikseen olemassa.

Selkeyttä tähän saataisiin tekemällä ehdotus, jossa koko maa käydään konkreettisesti sairaanhoitopiireittäin läpi. Oman erityisongelmansa muodostavat suuret kaupungit. On muistettava, että yliopistolliset sairaalat eivät ole VAIN yliopistosairaaloita, vaan ne ovat oman miljoonapiirinsä erityisvastuualueen tertiääritason sairaaloita (= n. 10–15 % erikoissairaanhoidosta), oman sairaanhoitopiirinsä keskussairaaloita ("vaativa erikoissairaanhoido", 30–40 % erikoissairaanhoidosta) ja oman kaupunkiseutukuntansa, joka usein on selvästi yli puolet koko maakunnan väestöstä, aluesairaaloita ("peruserikoissairaanhoido" 30–40 %). Juuri tästä seuraa se, että keskussairaaloiden ulkopuolella aluesairaaloissa toteutettava peruserikoissairaanhoido muodostaa vain 10–15 % kaikesta erikoissairaanhoidosta, kun peruserikoissairaanhoido sinänsä olisi 30–40 % kaikesta erikoissairaanhoidosta, mutta suurin osa siitä tapahtuu kaupunkiseutukunnissa keskussairaalassa, mikä onkin järkevää ja tehokasta.

Oma kannanottoni maakunnittain/sairanhoitopiireittäin ns. piirien yhdistämiseen:

- Itä-Savo ja Etelä-Savo yhdistettävä
- Kainuu, nykyinen kokeilu luonnollisesti etenee
- Länsi-Pohja, luontaisempi yhdistyminen Oulun suuntaan kuin Rovaniemelle eli Länsi-Pohja osaksi Pohjois-Pohjanmaata
- Keski-Pohjanmaa osaksi Vaasaa ja Seinäjokea eli K-PSHP, VSHP ja E-PSHP yhteen, kielipolitiikka ongelmana!
- Kymenlaakso ja Etelä-Karjala yhdistetään
- Muut jatkavat entisellään, Kanta-Häme kenties yhteen Päijät-Hämeen kanssa?

Yllä oleva luettelo vain siksi, että jos tämä samalla on TERVEYSPIIRIJAKO tai vaikka se olisi nykyiseen sairaanhoitopiirijakoon perustuva, niin väestön enemmistö asuu alueilla, joilla terveystieteistä muodostuu vähintään 200 000 asukkaan piirejä lukuisine kuntineen, perusterveydenhuoltoyksiköineen ja sairaaloineen. Tuleeko tästä toimiva malli? Vai lähtee koko kirjoituksen idea siitä, että sielläkin, missä erikoissairaanhoidon työnjakoa on monen vuoden ponnistelujen ja vaikeiden rationalisointiratkaisujen (esim. Satakunta - Rauman as:n ja Satalinnan sairaalan integrointi SatKS:aan, Varsinais-Suomi-Raisio as:n ja Turun Kirran integrointi TYKS:iin, psykiatrian toimialueen, laboratorioliikelaitoksen ja kuvantamiskeskuksen muodostaminen jne.) avulla vihdoin saatu muutettua kustannustehokkaampaan suuntaan, tulee tämä kehitys kääntää aikaisempaan separatistiseen suuntaan irrottamalla osa erikoissairaanhoidosta seutukunnallisiin terveystieteisiin?

Kannanotto 5 (Keskushallinto)

Koolla lienee väliä. Kunnamon malli on OK, sinänsä voisi kyllä toimia sekin. Pidän ajatuksesta, että pääterveysasemalla hoidetaan myös osa erikoissairaanhoidon palveluista siellä olevien erikoislääkäreiden toimesta.

Kannanotto 6 (Yritykset)

Terveydenhoitopiirimalli on realistisin nykyisessä poliittisessa ilmapiirissä. Laajan ostopoolin malli on paras ottaen huomioon rahoituksen selkeyden.

Kunnamon mallin I sijalle asettaneiden kannanottoja

Kannanotto 1 (Alueasiantuntija)

Kunnamon malli on ainoa, joka jollakin tavalla kunnioittaa kansanterveyslain periaatetta ja kuntien kuntalain mukaista asukkaitensa hyvinvoinnista. Terveydenhuollon pitäisi toimia lähellä kunnan muita toimintoja, kuten sosiaalitoimi puhumatta koulutoimesta. Tämä kuntakohtainen läheisyysperiaate on valitettavasti hyvin pitkälle unohdettu tämän hetken keskustelussa. Kunnan päätöksenteosta lähtevä pohja on asukasmäärää tärkeämpi asia. Asukaspohjaisuus korostaa tuottavuutta ja sektorikohtaista tarkastelua. Kytkenät muihin toimintoihin unohtuvat helposti. Terveydenhuollossa ei saa unohtaa vaikuttavuutta. Pääterveyskeskusratkaisu on hyvä, kuten myös alueelliset terveysasemat.

Terveydenhoitopiirimalli on varmasti tuotannon tehokkuuden kannalta hyvä ratkaisu, mutta viittaen edellä esitettyihin perusteisiin kunnan muun toiminnan tärkeyteen. 8 000–12 000 asukkaan aluepalveluyksikkö on toiminnaltaan hyvä yksikkö (5–7 lääkäriä).

Kelan malli on vakuutusmallin ja asumiseen perustuvan kuntamallin sekoitus, josta puuttuu selkeä talouden ja toiminnan vastuun kytkentä. Laajan ostopoolin mallin ongelma on hyvin heikko kytkentä kunnan järjestämisvastuuseen.

Kuntien kunnallislain perusteella olevaa vastuuta asukkaidensa hyvinvoinnin edistämisestä ja kestävästä kehityksestä ei ole ollenkaan otettu huomioon esitetyissä malleissa. Ympäristöterveydenhuolto ei ole lainkaan ollut keskustelussa mukana.

Kannanotto 2 (Tutkija)

Kunnamon malli 1: Väestöpohja näyttää realistiselta – toimija (potilas, työntekijä, johtaja, luottamushenkilö) voi edes jotenkuten identifioitua ko. alueeseen. Olennaista kuitenkin on sosiaali- ja terveystoimen tiukempikin integraatio elämäntapaan pohjalta. Asukkaalle sosiaali- ja terveydenhuollon raja ei ole tärkeä, vaan yksilö kokonaisuutena. Palvelurakennetta mietittäessä olisi vain uskallettava enemmän sitoutua asiakkaan näkökulmaan. Toisaalta tämä on mielestäni yhteydessä myös työntekijöiden jaksamiseen (esim. vanhustyön yrittäjät lähtivät julkiselta sektorilta osittain siksi, että eivät enää jaksaneet keinotekoisia raja-aitoja esim. sos. ja terveydenhuollon välillä (ks. Rissanen & Sinkkonen 2004).

Terveydenhoitopiirimalli 2: Jos tämä valitaan, niin vanhusten huolto olisi irrotettava pois kokonaisuudesta. Jo aikaisempaan viitaten vanhustenhuoltoa ei kannata taloudellisesti kytkeä liikaa sairaanhoitoon – jo tällä hetkellä medikalisoituminen vanhuuteenkin liittyen on jo voimakasta. Vaikea nähdä, että terveydenhuolto pääosin korjaavana toimijana lähtisi mukaan esim. alueilla tapahtuvaan kuntouttavaan, sosio-kulttuurisempaan, ennaltaehkäisevään orientoitumiseen. Kokonaisuudessaan tämä preventiiven/ennaltaehkäisevä toiminta pitäisi katsoa kokonaisuutena (eli sos. ja terveystoimi yhdessä). Uskotaanko siihen ja resursoidaanko sitä vai ei (tupakasta liikuntaan ja sosiaalisten suhteiden olemassaoloon)?

Kelan malli 4: Huonoin malleista. Keski-Euroopan kokemukset osoittavat, että vakuutus-pohjainen malli ei ratkaise ongelmia. Toisaalta Kelan osaaminen on muualla. Lisäksi Kela toisi vain yhden valtatoimijan lisää kentälle ja nyt on jo useita sidosryhmiä mukana. Halutaanko Suomessa valta antaa vakuutustoimijalle?

Laajan ostopoolin malli 3: Hyvää sekä tässä että edellisessä oli se, että Kelan rahat tulisivat samaan kokonaisuuteen. Mutta erittäin laaja kilpailuttaminen ei välttämättä tuota tulosta, jos ei ole olemassa riittävästi palvelujen tarjoajia ainakaan koko Suomea maantieteellisesti ajatellen. Englannin kokemukset ovat osoittaneet, että esim. yksityinen monopoli tuottaa omia ongelmiaan ja hallinnolliset kustannukset kasvoivat osittain jopa potilastyön kustannuksilla (vrt. Koivusalo, 2003; Knapp ym., 2001).

Esitetyissä malleissa terveydenhuoltoa on tarkasteltu liiaksi lääkäriprofession näkökulmasta. Lääkärit ovat keskeisiä toimijoita tietyissä terveydenhuollon palveluissa, mutta ratkaisuja tehtäessä olisi huomioitava laajemminkin mallien yhteydet esimerkiksi neuvolatoimintaan, kouluterveydenhuoltoon, kotisairaanhoidon, hammashuoltoon tai pitkäai-

kaisosastoihin. Onko esimerkiksi kilpailuttaminen tarkoitettu kohdistumaan myös neuvolatoimintaan?

Osassa malleista korostuu myös muut kuin perinteisesti terveydenhuoltoon kuuluneet palvelut. Tältä osin olisi tarkoituksenmukaista purkaa auki, mitä tarkoitetaan ja kuvata mallit tältä osin sosiaali- ja terveydenhuollon integroituina malleina. Lisäksi malleja on hyvä arvioida suhteessa STM:n pyrkimykseen luoda esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon seudullisia integroidumpia palvelumalleja (vanhustyö, päihdehuollon palvelut, perhehanke) (ks. esim. STM-monisteet 2005:4).

Näkemykseni mukaan ns. sanottu Kunnamon malli on edellä esitetyistä mielekkäin jatkokehittämistä varten. Ko. mallin väestöpohja mahdollistaa sitoutumista (potilaat, asiakkaat, työntekijät, luottamushenkilöt) ja osittaista läheisyysperiaatetta. Toisaalta mallia voidaan kehittää vielä voimakkaammin sosiaali- ja terveydenhuoltoa integroivaan suuntaan. Sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon sisältyy omat erityisyytensä, mutta myös yhteisempää toimintakenttää (mm. päihdehuolto, mielenterveystyö, vanhustenhuolto, lasten palvelut). Asiakkaille/potilaille sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinta ei ole läheskään niin merkityksellinen kuin professionille. Tiettyjä erikoissairaanhoidon tehtäviä voisi siirtää perusterveydenhuollon vastuulle ja toisaalta tietyt erikoissairaanhoidon palvelut voisi keskittää vielä nykyistä voimakkaammin. Vastaavasti sosiaalihuollon osalta tietyt palvelut (sijaisperheinen palvelut) voivat vaatia vielä isompaa väestöpohjaa. Mahdollisesti Kelan maksamat etuudet (esim. päivärahat, lääkekorvaukset) voisi integroida vielä tähän kokonaisuuteen alueellisesti. Lisäksi alueisiin kohdistuva vertaileva arviointi- ja palautetieto pitäisi olla jatkuvaa esim. STM:n, lääninhallitusten ja Stakesin toimesta.

Kannanotto 3 (Yritys)

Kunnamon malli soveltuu suurelta osin parhaiten meidän alueemme kokoon ja yhtenäisyyteen nähden. Länsi-Uusimaa on hajanainen sekä kuntien poliittisten päättäjien ja asiantuntijamiesten suhteen. Vihoviimeisenä aina kaiken estää kielikysymys. Alueen historia jo vuosisatojen taakse on ollut eripuraista. Resurssien ja talouden rajoittuneisuus nostaa kuitenkin uudistustarpeen välttämättömäksi. Pääterveyskeskus on hyvä ja alueelliset terveysasemat myös. Diagnostisoinnin kehittäminen ja erojen vähentäminen on tärkeää.

Kannanotto 4 (Alueasiantuntija)

Kuntakohtaisten järkevien yhteenliittymien syntyminen on edellytys kaikille kehittämismalleille. Yhteyksien tulisi olla seudullisesti luontaisia (esim. liikenneyhteydet). Tämä on keskeisempää kuin tarkasti määritelty alueen koko. Tästä mallista olisi helppo edetä erikoissairaanhoidon tilaaja-tuottajamalliin tai terveystaloukselliseen malliin. Perusterveydenhuollon hyvä organisointi on pohja koko kansalliselle terveystalouksellajärjestelmälle. Huomatakoon, että mallissa on kokonaan jätetty huomiotta mielenterveystyö ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen.

Onnistuakseen terveystuomalll edellyttäisi pohjaksi esim. Kunnamon mallin mukaista kuntien organisoitumista tai esim. Pirkanmaalla käytettyjen tilaajarenkaiden tapaista kuntien yhteistoimintaa, muutoin operointi kymmenien kuntien kanssa isoissa sairaanhoitopiireissä on varsin ongelmallista.

Todettakoon, että kaikissa malleissa on vahva somaattisen hoidon orientaatio, malleissa on lähes kokonaan kommentoimatta, miten erityisen paljon kustannuksia tuottava mielen-terveystyö ja psykiatrinen hoito organisoidaan. Mielen-terveyspalvelujen järjestäminen olisi ehkäisevän hoidon ja peruspalvelujen osalta seutukuntien tai terveydenhoitopiirin järjestämiä, olkoonkin palvelut osana terveystuomallia. Sen sijaan psykiatrinen erikoissairaanhoido, myös nykyiset kuntakohtaiset erikoislääkäripalvelut, tulisi keskittää terveystuomallien järjestämiksi, sillä nykyinen psykiatripula tuskin helpottuu vuosiin. Näin kunnille saataisiin samanarvoiset psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelut.

Terveystuomallin ongelma on toimintamallin väistämättä raskas byrokratia ja ylimmän virkamiesjohdon kaukaisuus toiminnoista. Mittakaavaedut voivat olla peruspalveluiden osalta kyseenalaisia ja näin ollen kuntataso tuskin tuntee toimintamallia omakseen.

Kannanotto 5 (Tutkija)

Terveydenhuollossa on kovin vähän tutkimusnäyttöä mittakaavaeduista. Päinvastoin tutkimustulokset viittaavat siihen, että palvelujen kustannusten hallinta on vaikeinta suurimmissa terveydenhuolto-organisaatioissa. Suomessa tehdyt kustannus- ja tehokkuusvertailut eivät myöskään anna tukea sille käsitykselle, että terveydenhuollossa olisi saatavissa tehokkuushyötyjä tai kustannussäästöjä kasvattamalla olennaisesti keskimääräistä palvelujen väestöpohjaa. Poikkeuksena ovat pienimmät väestöpohjalta alle 5 000 asukkaan terveyskeskukset, joiden on vaikea järjestää palvelut tehokkaasti ja joissa riski lääkäri- ja hoitajavajeesta on suurin.

Kansainvälisen vertailutiedon perusteella Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on osoittautunut varsin hyväksi, käytettiinä kriteerinä hoitotuloksia, kansalaisten tyytyväisyyttä tai kustannuksia asukasta kohden.

Tutkimusnäytön ja kansainvälisen vertailutiedon perusteella järkevimmältä strategialta Suomen terveydenhuollon uudistamisessa näyttäisi edellä esitetyistä malleista Kunnamon malli. Sillä voidaan ratkaista pienistä väestöpohjista aiheutuvat terveydenhuollon järjestämisen ongelmat uhraamatta suomalaisen järjestelmän vahvuuksia, kuten palvelujen järjestämis- ja kustannusvastuun hajauttamista.

Palvelutuotannon tehokkuuden ja kustannusten kannalta väestöpohjaa ja terveydenhuolto-organisaatioiden kokoa tärkeämpiä ovat taloudelliset kannustimet ja terveydenhuoltoyksiköiden johtaminen sekä palvelujen rahoitusmuodot. Keskeisiä kysymyksiä mm. ovat mistä maksetaan ja palkitaan ja kuinka budjetit laaditaan ja mitä niiden ylittamisestä seuraa.

Kannanotto 6 (Alueasiantuntija)

Kaikkien edellä mainittujen mallien heikkoutena on palvelutuotannon ohjaus. Mistä tulee se voima, joka pakottaa palvelutuotannon jatkuvaan tehostamiseen? Rahoittajien eli kuntien mahdollisuudet ohjata terveydenhuollon toimintaa kustannustehokkaampaan suuntaan ovat erikoissairaanhoidon eli sairaanhoitopiirien osalta olemattomat. Hoitoon pääsyn turvaava lainsäädäntömuutos heikensi edelleen kuntien mahdollisuutta ohjata toimintaa. Perusterveydenhuollon osalta kuntien mahdollisuudet toiminnan ohjaukseen ovat jonkun verran paremmat kuin erikoissairaanhoidon osalta.

Laaja ostopooli voisi hyvin toteutettuna antaa mahdollisuuden erikoissairaanhoidon toiminnan tehostamiseen esim. toimialarationoinnin kautta. Elektiivinen operatiivinen hoito voitaisiin keskittää koko valtakunnan osalta muutamiiin tehokkaisiin keskuksiin. Päivystyspisteitä tulisi vähentää radikaalisti myös erikoissairaanhoidon sisällä. Avohoitoa tulisi kehittää hakemalla mallia esim. Kaiser-mallista Kaliforniasta, jolloin sairaansijojen määrää voitaisiin vähentää huomattavasti koko valtakunnan tasolta. Potilastiedon siirtoa ja sähköistä asiointia tulisi kehittää jne.

Huonoimpana pidän Kelan mallia, jossa rahoitus ja toiminnan ohjaus olisivat täysin irrallaan toisistaan ja Kelalla käytössä avoin piikki.

Kaiken kaikkiaan terveydenhuollon menot eivät voi kasvaa nykytilanteessa 6–8 % vuodessa, koska kuntien tulot kasvavat 2–4 %. Tilanteen tekee kestävämmäksi kunnille jatkuvasti valtion toimesta annettavat uudet tehtävät, joiden aiheuttamia kustannuksia ei valtion toimesta kompensoida täysimääräisesti. Kaikkein kestävin malli toimintojen järjestämisen kannalta on, että toiminnan ohjaus ja rahoitusvastuu on samalla organisaatiolla.

Terveyspiirimallin ja laajan ostopoolin mallin ensisijaisiksi asettaneiden kannanottoja

Kannanotto 1 (Tutkija)

Kunnamon malli ei ratkaise mm. monikanavaisuutta ja jättää perushoidon ja erikoishoidon edelleen eri organisaatioihin. Terveystenhoitopiiri on realistisin ja siksi kannatettava, ei ratkaise monikanavaisuutta eikä vielä vanhusongelmia. Kelan malli voi olla tulevaisuudessa ratkaisu, jos ei todennäköinen terveydenhoitopiirimalli onnistu. Laaja ostopooli tuntuisi toimivan, mutta ei liene poliittisesti läpivietävissä.

INTERREC 3C-projektissa: Network for Future Regional Health Care on käsitelty tulevaisuuden palvelujärjestelmää. Seuraavien kommenttien pohjana ovat ne näkemykset, jotka ovat kehittyneet tässä työssä. Lisäksi palvelujärjestelmän pitäisi pystyä ratkaisemaan tunnetut ongelmat. INTERREC-projektissa on päädytty seuraavaan palvelujärjestelmään.

1 Kansallinen sairaala (yliopistosairaala, miljoonapiirikeskussairaala)

Yksikön väestöpohja on 1–2 miljoonaa asukasta. Se antaa erikoissairaanhoidon erityistason palveluja (Highly Specialized Health Care). Kampuksella on lisäksi koulutusta (lääketieteellinen tiedekunta), tutkimusta sekä yritysten kehitystoimintaa.

2 Keskussairaala

Keskussairaala on akuuttisairaala. Sairaalassa on päiväkirurgista toimintaa ja vaativampaa elektiivistä kirurgiaa. Sairaalassa on edustettuna keskeiset erikoisalajat. Väestöpohja 200 000–400 000 asukasta.

3 Kuntoutussairaala

Kuntoutussairaala vastaa kroonisten tautitilojen (sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, dementia) hallinnasta sekä kuntouttaa potilaita akuuttisairaalahoidon jälkeen. Sairaalan hoitoaika on maksimissaan noin 30 vuorokautta. Sairaalan väestöpohja voi olla noin 100 000–200 000 asukasta.

4 Vanhusten palvelukeskukset

Vanhustenhoidon toteutetaan komplekseissa, joissa on hoivakoti, kuntoutus, päivätoimintaa, tehostettua palveluasumista ja palveluasuntoja. Tukipalvelut tuodaan saman palvelukeskuksen toimesta. Hoivakodin väestöpohja on noin 10 000–30 000.

5 Avohoito

Avohoito sisältää alueella useita erityyppisiä palvelupisteitä alkaen erikoislääkäreiden avohoitoyksiköistä päättyen lääkärijohtoihin palvelupisteisiin. Yksiköt voivat erikoistua esimerkiksi työterveyshuoltoon, kouluterveyshuoltoon, ennalta ehkäisevään työhön. Tavoitteena on, että kroonisten tilanteiden hallinta tapahtuu pääosin avohoidon voimin. Tukena ovat lyhyet hoitajaksot kuntoutussairaalassa.

Tuotantorakenne olisi kuvattava tarkemmin kaikissa malleissa. Kohta 4 tarvitsee lisää huomiota. Järjestelmä toimii ohjelmoidusti (Care Program). Palvelukonseptit on kehitetty valtakunnallisesti ja ovat samat kaikille. Palvelukonseptit toteutuvat erilaisten hoitopolkujen kautta (Clinical Pathways). Hoitopolut ovat rutiinisti samantapaisia. Hoitopolut kattavat noin 40–60 % kaikista tapauksista.

Oleellinen asia puuttuu

Tulevaisuuden arvioinnissa ei tunnuta ymmärtävän, että vanhusväestön kasvu edellyttää radikaalia uudelleenarviota ja panostusta vanhushuollon järjestelmiin. Näistä olisi tehtävä kaikkiin visiomalleihin lisäyksiä. Suomen väestöennusteesta nähdään, että nykyisen rakenteen kaksinkertaistaminen olisi edessä, jos hoitokäytäntöjä ei muuteta. Rahoitus riittänee korkeintaan 9–10 % BKT-osuuteen.

Suomi	2005	2015	2030	2040
65+	835 189	1 101 760	1 420 395	1 427 795
75+	387 305	453 835	748 144	826 351
80+	208 120	258 869	441 993	521 865

Edellä olevan lisäksi on arvioitava, miten suunniteltu palvelujärjestelmän järjestämistä vastuu ratkaisee Suomessa olevat keskeiset ongelmat:

- monikanavainen terveydenhuolto (terveyskeskus, työterveyshuolto, sairausvakuutusjärjestelmä)
- miten terveyskeskusten vuodeosastoilta saadaan vanhukset kuntoutettua takaisin itsehoitoisiksi koteihin ja palveluasuntoihin
- miten saadaan mitattaviin suureisiin perustuva johtamisjärjestelmä
- miten saadaan kattavaan ja oikeaan kustannuslaskentaan perustuva tuoteistus.

Seuraavassa vielä yksityiskohtaisempia arvioita eri malleista:

Kunnamon malli

Malli ei ratkaise hoidon monikanavamallia. Tuottajien osalta malli on terveyskeskuksen suhteen ylioptimistinen. Mallin useissa osa-alueissa puhutaan yleislääkäreistä, joilla on lääketieteen eri alueiden riittävä asiantuntemus, tai yleislääkäreistä, joista kukin on hankkinut erityisosaamista joltakin osa-alueelta. Ajatus sisältää jonkinlaisen yleislääkärien erikoistumisen. Toisaalta tuntuisi siltä, että tämä erikoistuminen ja erikoislääkärikoulutus ovat jotenkin päällekkäisiä. Ajatus siitä, että pääterveyskeskus omaisi vähintään 12 lääkäriä riittävän ammattitaidon lääketieteellisten diagnoosien teon kannalta keskeisillä erikoisaloilla, on mielestäni esimerkki lääketieteen pyrkimyksistä subspecialiteetteihin. Matka-aikamäärittely on hyvä, joskin haja-asutusalueella annetut rajat edellyttävät helikopterikuljetuksia. Kunnamon malli ei muuta palvelujärjestelmää riittävästi.

Terveydenhoitopiirimalli

Terveydenhoitopiirimalli merkitsee käytännössä sitä, että yhden 200 000–400 000 asukkaan kaupungin palvelumalli sovelletaan samaan väestöpohjaan, joka asuu harvemmasta ja eri kunnissa. Malli tuntuu tällä hetkellä saaneen laajan kannatuksen ja sitä lähdettänee kokeilemaan. Mallin Tiivis kuvaus osassa pohditaan suuruuden ekonomiaa ja toivotaan, että sitä voitaisiin saada kaikessa tuotannossa. Toisaalta terveydenhuollon palvelut ovat rinnastettavissa kampaamopalveluihin, joissa kampaajan ja yksilön välinen suhde on ratkaiseva. Tämä näkyy mm. siinä, ettei kampaamoissa ole pystytty kehittämään suuruuden ekonomiaa, 150 hengen kampaamoita, joissa eriväriset tukat tehtäisiin tietyissä toimipisteissä. Tästä syystä potilas–lääkäri-suhteessa edelleen on vaikea käyttää hyväksi suuruuden ekonomiaa, joskin nykyistä parempaa ohjausta voitaisiin ehkä harkita.

Muut mallit

En pidä kahta muuta enää realistisena, koska terveydenhoitopiiri näyttää jo voittaneen. Kaikki mallit ovat siinä määrin erilaisia, että tein oheen yhteenvedon kommentteistani.

Ehdotuksia kaikkiin malleihin:

Rahoittajat	Muodostetaan terveydenhoitoalueet, joiden väestöpohja on miniminä 30 000. Terveydenalue kerää väestöltä palvelujen rahoitukseen tarvittavat rahat.
Tilaaja	Terveydenhoitoalueet tai niiden kunnat muodostavat ostopoolin tai ostopooleja, jotka ovat selvästi nykyisiä kuntayhtymiä suurempia. Poolin minimikoko voisi olla noin 300 000–400 000 asukasta. Pooli ostaa tekemiensä sopimusten mukaan erikoisosasairaanhoidon palvelut palvelutuottajilta. Perustasolla väestö voi vapaasti valita alueen palvelutuottajan ja maksaa palvelusetelillä. Palvelusetelin saanut henkilö listataan johonkin palveluntuottajajärjestelmään (terveyskeskus, työterveyshuolto, lääkäreiden vastaanottokeskus). Palvelusetelin mukana tulee poolilta perusrahoitus yksikön toimintaan, josta peritään asiakkaalta kohtuullinen maksu ja tarpeetomasta ylikäytöstä nouseva maksu.
Tuottajat	Tuottajat ovat itsenäisiä yksiköitä, joilla on oma vastuu taloudestaan. Yksiköt ansaitsevat rahoituksensa joko laskuttamalla sopimuksiin perustuen tai palvelusetelillä. Ne ovat itse vastuussa tuloksestaan. Sairaala- tai avohoitoyksikkö voi mennä konkurssiin. Alueen palveluverkkoa säädetään lupamenettelyllä.
Oikeus palvelujen käyttöön	Asiakas voi vapaasti valita perusterveydenhuollon osalta itselleen sopivan kanavan, mutta vain yhden. Hän antaa kanavalle palvelusetelin, joka sisältää rahoitusta sekä listalla olemisesta että palvelujen käyttämisestä. Listalta voi siirtyä toiseen pisteeseen tietyn karenssiajan jälkeen esimerkiksi kerran vuodessa. Erikoissairaanhoito sopimusohjauksella.
Erikoissairaanhoito	Erikoissairaanhoito jakaantuu akuutteihin ja elektiivisiin palveluihin. Akuutteja palveluja varten on kussakin noin 200 000–250 000 asukkaan piirissä keskussairaala. Keskussairaalan lisäksi alueella on muita erikoissairaanhoitoa pisteitä elektiivistä (päivä) toimintaa varten. Erikoissairaanhoitoa palvelut annetaan sairaalan lisäksi myös muissa avohoitopisteissä, joissa on sekä yleislääkäreitä että erikoislääkäreitä. Yhteisen tietopohjan mahdollistama yhden tyyppinen käytäntö johtaa taudin hallinnan paranemiseen. Asiakkaalla on oltava esimerkiksi leikkaushoidoissa valinnan mahdollisuus. Tämä merkitsee sitä, että hänen on voitava vapaasti valita vaativissa ja harvinaisissa leikkauksissa se yliopistosairaala, jossa hän haluaa toimenpiteen tehtävän. Moni ammatillinen yhteistyö toimii tiettyjen hoito-ohjelmien puitteissa tietyn potilaspolun (Clinical Pathway) mukaisesti. Käyttöä ohjataan palvelujen tuotannon ohjausjärjestelmällä, jossa on tiedot alueella olevista vapaista resursseista.

Kuntouttava hoito ja kroonisten tilojen hallinta	Aluesairaaloista ja terveystieteiden vuodeosastoista kootaan alueelliset ”Community” sairaalat. Ne ovat erikoissairaaloita, joissa on geriatrian, psykiatrian, kuntoutuksen ja sisätautien erikoislääkäreitä. Hoitoaika on alle 1 kk. Yksikköön pääsee suoraan tilanteen niin vaatiessa tai keskussairaalan toimenpiteen jatkohoitoon. Yli kuukauden venyvä hoito on jo luonteeltaan hoivaa ja se hoidetaan vanhuksetaloksissa.
Perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut	Terveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa on palveluverkko, joka ei välttämättä edellytä henkilökunnan asumista palvelupisteen läheisyydessä. Pienin vastaanottoyksikkö on noin 10.000 asukasta normaalipohjan ollessa noin 10 000–20 000 asukasta. Perushoitoon kuuluu sekä yleislääkärin että erikoislääkärin palveluja. Erikoislääkärin työpanos tulee sekä tietoverkon että konsultaatioiden kautta näihin pisteisiin. Vanhustenhuolto hoidetaan sosiaaliviranomaisten toimesta palvelukeskuksissa, joihin kuuluu vanhainkoti hoivaosastoihin, palveluasuntoja, kuntoutusyksikkö ja tukipalvelut kotiin. Nykyisen kaltaiset terveystieteiden vuodeosastot lopetetaan.
Laadun valvonta	Terveydenhuollon laadunvalvonta tapahtuu sekä rekisterien analysoinnilla että jalkautetuilla käynneillä. Laatuksiteereinä ovat tehokkuus, vaikuttavuus, oikea-aikaisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus ja potilaskeskeisyys. Vanhustenhuollossa olennaista on parantava ympäristö, joka merkitsee riittävän väljiä asumiseen tarkoitettuja rakennuksia ja tiloja. Palvelujärjestelmässä laadun varmistukseen kuuluu myös yhtenäiset kansalliset kriteerit sekä lääninhallituksesta käsin esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa suoritettavat laatuarkistukset. Tarkastusta varten kehitetään STM:n (Stakesin) ja lääninhallitusten yhteinen kattava organisaatio. Sairaaloiden ranking-tulokset julkistetaan.

Kannanotto 2 (Tutkija)

Tärkeää terveydenhuollon alueellisessa toteutusmallissa on pitää kiinni siitä, että kaikilla kansalaisilla on asuinpaikasta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta yhtäläinen mahdollisuus yhtä laadukkaaseen hoitoon. On myös tärkeää rakentaa vahva perusterveydenhuolto lähelle potilaita niin, että hoitoprosessissa hyödynnetään kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja että työskentely tapahtuu moniammatillisena tiimityönä. Tiimiin kuuluu myös potilas itse. Ohjattua omahoitoa tulee tukea tietoisesti samalla pyrkien minimoimaan erikoissairaanhoidon käyttöä hoidon laadusta tinkimättä.

Seutukuntamalliin siirtyminen ei siten yksin riitä ratkaisuksi terveydenhuollon kustannusongelmiin. Tutkimusta tulisi suunnata hoitoprosessien tutkimiseen potilasnäkökulmasta, jotta pystyttäisiin löytämään hoidon tuloksellisuutta tukevat näyttöön perustuvat toimintamallit.

*Kela-mallin I sijalle asettaneiden kannanottoja***Kannanotto 1** (Keskushallinto)

Kelan malli on selvästi kattavin ja yleisin, ja mielestämme muut mallit voidaan halutessa sisällyttää siihen. Kelan malli on siinä mielessä neutraali, ja siinä on yksi sen vahvuuksista, että se ei mallina edellytä erityistä piirijakoa, vaan voi toimia samanaikaisesti sekä kunnallistasolla että maankattavasti. Terveyspiirijakoa kuitenkin tarvitaan, samoin eri sairaaloiden ja hoitolaitosten vastuualueita. Niin kuin yllä jo todettiin, luonteva jako synnyisi esimerkiksi Kelan vakuutuspiirijaosta. Kelan mallissa yhtenä ideana on myös ostopoolien rakentaminen. Tässä taas on apuna mallin monipuolisuus. Taloudellisesti raskaiden ja osaamiseltaan vaativien erikoispalvelujen hankintojen kilpailutus kannattaa keskittää yhteen tai korkeintaan muutamaaan paikkaan, samoin kuin usein niiden tuottaminen kannattaa keskittää. Kevyempien peruspalvelujen hankinta ja järjestäminen voidaan delegoida pienempiin alueellisiin tai paikallisiin yksiköihin.

Kelan malli on myös lähtökohdiltaan laajakantoinen. Sen tärkein oletus on, että nykyinen kuntarakenne tukee huonosti terveyspalvelujen järjestämistä ja sitä kautta se palvelee jatkossa huonosti kansalaisten terveysriskien vakuuttamista. Kuntien erilaisuus taloustilanteen, väestörakenteen ja terveystilanteen suhteen johtaa ennen pitkään erittäin hankaliin tilanteisiin. Tähän ongelmaan Kela-malli tarjoaa kokonaisvaltaisen ratkaisun, kun taas muut mallit, kansallista terveysthanketta myöten, tarjoavat riittämättömiä osaratkaisuja.

Kela-malli, jossa toimijana olisi yksi kansallinen vakuutuslaitos, muistuttaa toteutuessaan vähemmän esim. saksan vakuutusperusteista järjestelmää kuin Kanadan Puolan tai Viron nykyisiä malleja, eli mallina on kansallinen terveyspalvelujärjestelmä, jonka päävastuunkantajana olisi kansallinen terveysvakuutuslaitos. Kuntien rooli muuttuisi järjestäjän roolista edunvalvontarooliksi, kuten yllä jo todettiin.

Kansallinen terveysvakuutus voisi järjestää terveyden edistämistä, hyvien käytäntöjen levittämistä, sähköisen asiainhallinnan ja seurannan toteuttamista, tutkimusta ja tilastointia paljon tehokkaammin ja laadukkaammin kuin mihin nykyisellä kunnallisella järjestelmällä voidaan ikinä päästä.

Terveydenhuollon järjestäminen on säilytetty kuntien vastuulle, ilman rahoitusriskien hallinnan, johtamisen ja osaamisen varmistamista. Normiohjaus on poistunut, ja kunnat ovat jääneet oman harkintansa ja päätöksentekonsa varaan. Maassamme on kuitenkin yli 400 kuntaa, ja ne ovat kovin erilaisia kokonsa, osaamisensa, taloudellisen kantokykynsä ja väestönsä terveydentilan suhteen. Ongelmallisimpia kuntia on etenkin maan pohjoisissa ja itäisissä osissa, muuallakin on vaikeuksissa olevia, mm. ikärakenteeltaan vanhoja ja sairastavuudeltaan ongelmallisia kuntia. Näihin eroihin ei ole riittävästi kiinnitetty huomiota, vaan keskustelua on liaksi ohjannut keskiarvoajattelu.

Terveydenhuoltoa rahoitetaan usean kanavan kautta. Tämä johtaa joka päivä osaoptimoinniksi kutsuttuihin ratkaisuihin, jolloin rahoittajat tuijottavat vain omaa rahakukkaroon ottamatta huomioon päätöstensä seurauksia muille rahoittajille. Yksi raja-aita kulkee Kelan ja kuntien välillä. Tyypiesimerkkejä tästä ovat pitkien leikkausjonon vaikutus sairauspäivärahoihin tai alueittaisten päivystysjärjestelyjen vaikutus matkakorvauksiin. Kunnat ovat myös kilvan muuttelleet vanhusten hoitolaitoksia avohoidon palvelutaloiksi, jolloin osa kustannuksista on voitu siirtää sairausvakuutuksen ja Kelan muiden etuuksien tuen piiriin.

Terveyspalvelujen rahoitusongelmat konkretisoituvat kuntien ja sairaanhoitopiirien jatkaisyksisessä budjettityöskentelyssä. Kulujen kattamiseksi pienille väestötappiokunnille jää tässä vain huonoja vaihtoehtoja: joko veroäyriä pitäisi nostaa tai lainanottoa lisätä. Usein ei pystytä tekemään näistä kumpaakaan. Kunnallispoliitikot yrittävät selvittää päivän tilanteesta tekemällä ylioptimistisia budjettejä, joiden seurauksena syntyy kunnan ja sairaanhoitopiirin välille hyödytön syytely lisälaskuista.

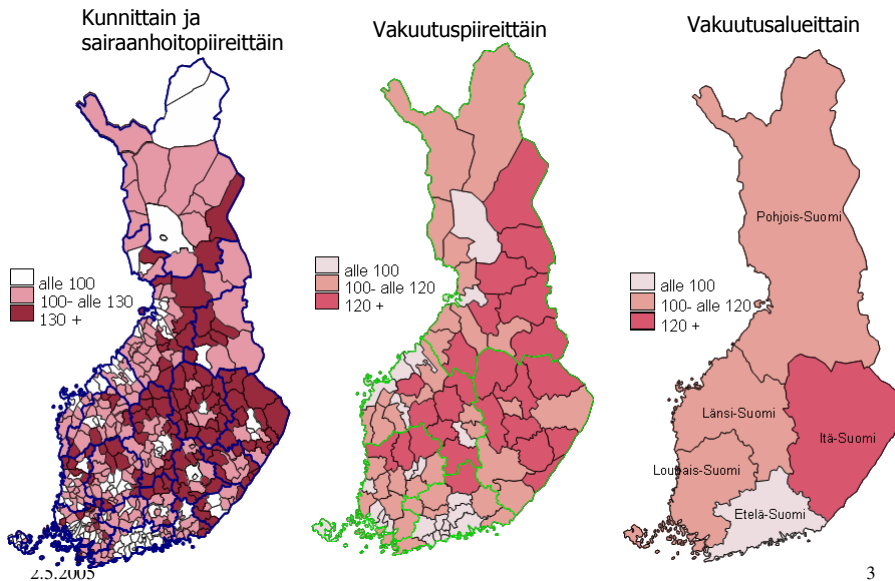
Pienet kunnat eivät pysty palkkaamaan pysyvää ja osaavaa henkilökuntaa sen enempää terveyskeskuksiin kuin kunnantoimistoonkaan. Lakisääteiset velvoitteet pyritään hoitamaan viransijaisilla ja määräaikaisien virkojen turvin, jolloin paikkakunnan olojen tuntemus on pinnallista ja sitoutuminen ratkaisuihin jää vähäiseksi. Huonon valmistelun varassa sinänsä kannatettavan luottamusmiesjärjestelmän rooli päätöksenteossa jää hataralle pohjalle.

Palatkaamme kuntakokoon: Osa edellä esitetyistä ongelmista voitaisiin ehkä ratkaista joko muodostamalla suurkuntia tai Ruotsin maakäräjä-mallin mukaisia alueita, kuten Kainuun mallissa on yritetty. Yhdistämisen tie on poliittisesti pitkä ja kivinen, joten on vaikea uskoa sen toteutumiseen edes 10–15 vuoden kuluessa. Kunnanisät puolustavat paitsi asukkaiden identiteettiä myös omia asemiaan paikallisina päättäjinä. En jaksakaan voimakkaasti lisääntyvään vapaaehtoisuhteistyöhön nähtyäni itse läheltä siihen liittyviä mekanismeja. Sekä kuntien että niiden ja kolmannen sektorin väliselle yhteistyölle on suuria kulttuurihistoriallisia ja poliittisia esteitä.

On myös ongelmia, jotka eivät poistu yhdistämällä kuntia. Terveyskeskusten rekrytointi- ja rahoitusongelmia on kaiken kokoisilla paikkakunnilla aina Helsinkiä myöten. Kuntakoon merkitystä ei pidäkään ylikorostaa. Tämä näkyy oheisesta kuvasta, joka esittää terveyseroja kunnittain sekä Kelan vakuutuspiireissä ja vakuutusalueilla. Alueyksiköiden yhdistäminen ei suinkaan poistaisi alueiden välisiä terveyseroja. Sama koskee rahoitustilannetta – vaikkapa kymmenen köyhän kunnan yhdistäminen ei lisää niiden yhteistä vaurautta. Paikallinen yhteistyö on kannatettavaa, mutta suuret ongelmat edellyttävät uudenlaisia päätöksiä kansallisella tasolla.

SAIRASTAVUUS

(Koko maan keskiarvo = 100)



Kuva: Kelan laatima sairastavuusindeksi kunnittain, vakuutuspiireittäin ja vakuutusalueittain. Indeksä rakentuu kunnan väestön kuolleisuudesta, työkyvyttömyyseläkeläisyydestä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrästä. Luvut ovat 2000-luvun alkuvuosilta. www.kela.fi/tutkimus

Olisikin mietittävä kunnan roolia terveydenhuollossa. Entäpä jos ei kajottaisikaan kunnalliseen itsehallintoon pakkoyhdistämällä kuntia ja luovuttaisiin Kainuunkin yhteistyömallista?

Tämä on yleisen terveystakuun perusajatus. Kunta vapautettaisiin palvelujen tuottamisen tai niiden ostamisen vastuusta. Tilalle tulisi valtakunnallinen ja alueellisesti aktiivinen vakuutusjärjestelmä, joka ottaisi huolehtiakseen kuntalaisen terveydenhuollon järjestämisestä.

Mallissa kunta vakuuttaa asukkaansa terveystalvelujen tarpeen varalta. Tämä tarjoaisi mm. seuraavia parannuksia nykyiseen käytäntöön nähden:

- Kunnan rahoitusriski pienenee: kunta maksaisi vuosittaisen vakuutusmaksun juoksevien terveystalvelukulujen sijaan, mikä helpottaisi kunnan taloussuunnittelua.
- Tilaaaja-tuottaja-asetelma selkiintyisi ja erityisesti erikoissairaanhoidon tarjoajien ylivalta vähenisi, kun vakuutusrahasto ottaisi hoitaakseen palvelujen ostamisen.
- Asiakkaalle avautuisi uusia mahdollisuuksia hakeutua hoitoon myös kotiseudun ulkopuolella.
- Vakuutusrahasto voisi luoda yhtenäisen kansallisen varaus- ja potilastietojärjestelmän, joka tarjoaisi hyvää aineistoa myös tilastointiin ja tutkimukseen.

- Vakuutusrahasto rakentuisi vahvalle osaamiselle hintaneuvotteluja ja hoidon seuranta ja kehittämistä varten.
- Erityisesti pienten kuntien puolesta neuvottelisi palveluiden määrästä, laadusta ja hinnasta nykyistä vahvempi neuvottelija.
- Yli kuntien ja sairaanhoitopiirin rajojen meneviä palvelukokonaisuuksia ja työnjakoa olisi helpompi järjestää (erikoistuneet osaamiskeskukset, pelastushelikopteritoiminta, jne.).
- Julkiset ja kolmas sektori sekä yksityiset palvelutuottajat tulisivat samalle lähtöviivalle.
- Kelan tukemat sektorit ja palvelut, kuten sairaanhoitovakuutus, kuntoutus ja työterveyshuolto saataisiin kiinteäksi osaksi yleistä terveydenhuoltoa, ja osaoptimointi vähenisi tai poistuisi.
- Vakuutusmaksuun voitaisiin rakentaa bonusjärjestelmä joka hyödyttäisi niitä kuntia, jotka panostavat terveyttä edistävään toimintaan.

Mikä olisi kuntien ja erityisesti luottamusmiestoimen rooli? Tämä voidaan nähdä samalla tavalla kuin työnantajan rooli pakollisessa eläke- ja tapaturmavakuutuksessa. Työnantaja vakuuttaa tällöin työntekijänsä tiettyjä riskejä vastaan ja samalla myös itsensä mahdollisten vahingonkorvausvaateiden varalta. Esitetyssä mallissa kunta vakuuttaisi asukkaansa terveysriskejä vastaan ja itsensä vuosittaisten menovaihtelujen varalta.

Kunnan tehtävänä olisi vakuutuksenottajana valvoa ja neuvotella vakuutuslaitoksen kanssa siitä, miten hyvin palvelut on järjestetty. Kunnasta ja kunnallispolitiikoista tulisi selkeästi edunvalvojia. Nykymallissa kunnan rooli on tässä suhteessa epäselvä, ja siihen liittyy myös jääviysongelmia kunnan ollessa sekä tilaaja että tuottaja. Usein kunnan henkilökunta on myös voimakkaasti edustettuna luottamusmiestoinnassa, mikä voi vaikuttaa päätöksenteon rationaalisuuteen.

Kannanotto 2 (Yritys)

Jokaisella mallilla on omat perustelunsa, mutta yksikään ei ota huomioon tarpeeksi asiakasnäkökulmaa: Asiakkaalle on tärkeää saada hoito asiantuntevasti, nopeasti, kohtuullisin omavastuuosuuksin ja tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta. Terveydenhuoltomenot tulevat väistämättä kasvamaan lääketieteen kehityksestä ja asiakkaiden vaatimustason lisääntymisestä johtuen. Toisaalta esim. kuntien käytettävissä olevien resurssien suhteellinen osuus ei tule kasvamaan vaatimusten suhteessa, pikemminkin vähenemään. Tämän vuoksi suunnittelijoiden varsinainen ongelma onkin odotusten ja edellytysten välinen ristiriita. Jokaisessa alueellisessa mallissa maksajan hakeminen on vaikeaa, kun hoitoa olisi saatava tai olisi saatavilla oman alueen ulkopuolella. Erityisesti jos tilaaja (kunta tai kuntien ostopooli) ja tuottaja ovat samaa organisaatioita, ei voida mitenkään saavuttaa toivottua tehokkuutta eikä aidosta kilpailusta koituvia hyötyjä.

Asiakkaan tasa-arvoinen kohtelu toteutuisi mielestäni parhaiten kehittämällä Kelan mallin pohjalta sellainen sairauskuluvakuutus, joka mahdollistaisi palvelujen saamisen kaikilla maassa mahdollisimman tasapuolisesti. On todennäköistä, että vain todellinen maksuvalmius- ja kassakriisi kunnissa käynnistävät aidon pyrkimyksen ennakoluulottomiin ratkaisuihin. Tästä on selviä indikaatioita kunnissa, jotka pyrkivät radikaalisti vähentämään ostojaan keskussairaaloista ja siirtämään/ulkoistamaan työterveys- ja avohoidon erikoislääkäripalveluitaan yksityissektorille.

Kuntarakenteet ja aidon kilpailun puute palvelusektorilla ovat mielestäni keskeisimmät haasteet pyrittäessä muuttamaan terveydenhuoltopalveluita asiakasystävällisempään suuntaan. Yksityissektori tulisi nähdä jo tällä hetkellä resurssina ja yhteistyökumppanina julkisen sektorin kanssa (Ilahduttavaa on nähdä, että esim. TAYS-keskussairaalapiirissä tällainen asenne on kehittymässä. Ks. Julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin uusi rooli, Ossi Auvinen Tampere Crossing seminaari 5/2005). Yksityissektorin tehokkuus ei voi toteutua kunnallisissa liikelaitoksissa, elleivät ne ole talousrakenteeltaan ja omistussuhteiltaan oikeita yhtiöitä ja kilpailussa tasa-arvoisessa asemassa muiden palveluntuottajien kanssa. Väistämättä olen saanut vaikutelman, että kunnallisten terveydenhuoltoalan liikelaitosten perustamisen kannustimena ei ole ollut pelkästään kustannustehokkuus, vaan aidon kilpailun pelko. Näen tulevan kehityksen menevän kohti vakuutus pohjaista rahoitusjärjestelmää, tilaaja-tuottajakytken murtumista ja suuriin asiantuntijapohjaisiin ostopooleihin. Yksityissektori tulee edelleen verkottumaan ja todennäköisesti lähitulevaisuudessa jo nähdään enemmän kuntien ja yksityissektorin välisiä eriasteisia kumppanuusjärjestelyjä. On syytä huomioda, että yksityissektori on tällä hetkellä pisimmällä kehitettävässä koko maan kattavissa avosektorin palvelujärjestelmissä.

Liite 2. Terveydenhuollon eettisesti kestävä ja kustannustietoinen järjestäminen

Liitteessä on esitetty pääasiassa niiden asiantuntijoiden kommentteja, jotka nimettiin arvioinnin toisella kierroksella terveydenhuollon eettisten kysymysten erikoistuntijoiksi. Vastaajissa on myös muutama, jotka ovat kommentoineet teemaa toissijaisena arvioinnin kohteena. Kommentointipyyntö esitettiin seuraavasti väitteiden 3.1 ja 3.2 jälkeen:

Kommentissasi väitteisiin 3.1 ja 3.2, jotka julkaistaan sellaisenaan arvioinnin loppuraportissa, toivomme Sinun pohtivan, kuinka pitää tulevaisuudessa kiinni Martti Lindqvistin ja Juha Siltalan ETENEn seminaarissaan esittämistä peruslähdekohdista. Ennen kommenttisi kirjoittamista toivomme, että käyt läpi ainakin tämän lohkon tulevaisuusväitteet sekä väitteet 2.3–2.6. Kerro oma käsityksesi siitä, miten tulisi eettisesti kestävällä tavalla ratkaista pitenevän, mutta mahdollisesti huonokuntoisempana eletyn eliniän, teknologisten mahdollisuuksien, nousevien kustannusten ja lääkärin potilaan edun kaiken muun yläpuolelle asettavan etiikan ongelma, niin että hoitohenkilökunta jatkossakin voisi motivoitua ”protestanttisen diakonissan” etiikalla? Koetko väitteiden 2.4–2.6 priorisointi- ja kustannusten alentamisperiaatteet ongelmallisiksi?

Kommentit on jaoteltu lähtien siitä, millaisen vastauksen kommentoija antoi väitteisiin 3.1. ja 3.2. Ennen muiden kommenttien esittämistä on kuitenkin mielekästä esittää lääkiriprofession edustajan Katriinan sairaalan ylilääkärin Leena Niinistön perusteellinen kannanotto, joka hyvin valaisee yleisiä hoitoon liittyviä eettisiä periaatteita. Hän on antanut suostumuksensa nimensä käyttöön. Hän oli eri mieltä molemmista väitteistä.

Leena Niinistön kannanotto:

Huomattava osa terveydenhuollon eettistä arvopohjaa on säilynyt perinteisenä parituhatta vuotta – elämän kunnioittaminen, hyvän tekeminen, vahingoittamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus ovat edelleen keskeisiä. Niihin kuuluvat nykyään myös potilaan itsemääräämisen, autonomian ja elämän arvokkuuden korostaminen.

Hoidon lähtökohtana on kaikkien potilaiden yhtäläinen ihmisarvo.

Lääkintä- ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet ovat elämän kunnioittamisen periaate ja ihmisarvon, itsemääräämisen, hoitamisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteet sekä hyödyn maksimoimisen periaate. Jokainen periaate on sinänsä hyvin perusteltu ja palautuu tunnettuihin kolmeen moraaliteoriaan. Niistä seuraa kuitenkin ristiriitaisia ohjeita käytännön ratkaisuille (Pietarinen ym., 2005).

Oikeudenmukaisuuden kannalta keskeisimmät asiat ovat yhdenvertainen kohtelu (hoitoon pääsyssä alueelliset ja tautikohtaiset sekä eri väestöryhmien väliset erot), syrjimättömyys ja ihmisarvon kunnioittaminen (ongelma-alueina pitkäaikaisesti sairaiden ja kuolevien hoito). Lääkärin kannalta on keskeistä, miten perinteinen lääkärin etiikka ja ammattikunnan rooli muuntuu säilyttäen ytimensä ympäristön, maailman muuttuessa. Sama koskee myös hoitohenkilökuntaa. (ETENE-julkaisuja). Oikeudenmukaisuuden ongelmista on korostettu etenkin yhdenvertaista kohtelua, jolloin huolenaiheina ovat olleet alueelliset, tautikohtaiset ja väestöryhmien väliset erot. Hoidon ja tutkimuksen rajat eivät ole olleet kaikkialla yhdenvertaiset. Erot ovat tulleet selvimmin esille hoitoon pääsyssä, tähän vuonna 2005 voimaan tulleet kiireettömän hoidon järjestämisen enimmäisajat pyrkivät vaikuttamaan.

Oikeutta syrjimättömyyteen tarkastellessa on nostettu esille leimautuminen elämäntavan mukaan. Aiheellisesti ollaan huolissaan huume- ja päihdeongelmien hoidosta alkoholin käytön voimakkaasti kasvaessa. Terveystieteiden valintoja voidaan tarkastella priorisoinnin näkökulmasta käsin. Ihmisarvon kunnioittamisesta keskustellessa esiin on nostettu pitkäaikaishoidon ongelmat ja kuolevan hoito. Kun potilas on ollut hoidossa pidempään, ei ongelmia yhteisen hoitosuunnitelman luomisessa yleensä ole. Potilaan oma tahto ja toiveet ovat hyvin ratkaisevia, mutta kuitenkin potilaan oikeus ei ole sanella, miten häntä on hoidettava. Potilas saa tehdä huonoja päätöksiä. Täysivaltaisena hän saa kieltäytyä yleisesti hyväksyttävästä elintärkeästä hoidosta tai poistua sairaanhoitolaitoksesta kesken hoidon. Tällaisessa tilanteessa yritetään säilyttää edes jonkinlainen kontakti häneen ja tarjotaan hoitoa uudelleen kuulostellen, millainen hoito olisi molempien hyväksyttävissä. Etenkin alkoholitien ja huumausaineita käyttävien parissa tästä hoitolinjasta on osoitettu parempi kokonaishyöty kuin moralistisemmista tavoista.

Terveystieteidenhoidossa on aina tehty valintoja eli asetettu tiettyjä potilasryhmiä, sairauksia, eri hoitomuotoja tai tarpeita etusijalle – priorisoitu. Koska priorisoinnin syy on kustannusten hallinnan tarve, on esitetty, että tilannetta kuvattaisiin paremmin sanalla säännöstely. Se tarkoittaa potentiaalisesti hyödyllisen hoidon epäämistä taloudellisista syistä.

Väitetään, että **terveydenhuollon säännöstely taloudellisin perustein** on jo pitkään ollut välttämätöntä, mutta se on tapahtunut julkisuuden ulkopuolella – näin ei enää ole. Julkisesta keskustelusta ei kuitenkaan vielä selviä, kuka päätöksiä tekee, millä perusteella ja kuka niistä on vastuussa. Etenkin päättäjiä ja poliitikkoja herättävä käänne on myös ollut lukuisat riittämätöntä hoitoa koskevat valitukset korkeissakin oikeusasteissa. Silloin, kun mietitään hoidon ja tutkimuksen rajoja, on muistettava, että hoidon priorisointi koskee aina apua etsiviä, vahingoittuneita ja sairaita ihmisiä, ja siksi sillä tulee olla vahva eettinen painoarvo. Priorisointi yksittäisen potilaan kohdalla ei voi koskaan tapahtua jälkikäteen sovittujen kriteerien mukaan. Jokaisen potilaan asia täytyy arvioida yksittäin, juuri siinä tilanteessa ja tarkasti ajateltujen periaatteiden mukaisesti, jotka ovat ihmisarvo, itsemäärääminen, hoitamisen velvollisuus, oikeudenmukaisuus, hyöty ja avoimuus.

Niiden mukaan hoidon rajoja tarkastellessa priorisoidaan vaikeasti ja pitkäaikaisesti sairaiden, vajaakuntoisten sekä niiden potilaiden hoito ja hoiva, jotka eivät kykene määräämään omasta elämästään. Samoin tehtäisiin elämän viimevaiheiden hoidon osalta. Viimeisten kahdenkymmenen vuoden ajan on jouduttu useaan otteeseen eri tilanteissa miettimään iän vaikutusta hoidon ja tutkimuksen rajoihin.

Kaiken kaikkiaan **tautilistoja ei ole pidetty oikeana tapana priorisoida**, vaan vaaditaan huomion keskittämistä yhä enemmän arvojen ja oikeudenmukaisten päätöksentekoprosessien tutkimukseen. Norjalaisessa tutkimuksessa selviteltiin, miten sairaalalääkärit eri sairauksia arvostavat. Korkeimmin arvostettuja olivat sairaudet, jotka olivat hengenvaarallisia ja akuutteja, joihin tyypillisesti sairastuvat potilaat olivat nuoria ja elämäntavoiltaan ”hyväksytyjä”, sekä ne sairaudet, joihin oli olemassa hyvä hoito. Hyvänä esimerkkinä näistä olivat leukemia ja sydäninfarkti. Myös sairaudet, joiden hoitoon voidaan käyttää korkeaa teknologiaa, olivat arvostettuja. Psykkiset sairaudet kuten anoreksia, skitsofrenia ja masennus saivat osakseen vähiten arvostusta. Samansuuntaisiin ajatuksiin päätyy Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta eli ETENE oikeudenmukaisuutta ja arvostuksia pohtiessaan. Sen mielestä osa terveyspalveluista voidaan jakaa siten, että oikeudenmukaisuuden määrällinen arviointi on verraten yksiselitteistä. Sellaiset kriteerit täyttävillä taudeilla tai tiloilla on ominaista, että ne ovat hengenvaarallisia ja varmasti tulkittavien biokemiallisten suureiden tai yksiselitteisten patologisten löydösten määrittämiä. Esimerkkeinä mainitaan munuaisten toiminnan vaje ja syöpä. ETENEn mielestä arviointia vaikeuttaa, jos hoitotarpeen arviot vaihtelevat tai taudin diagnoosi ei perustu numeraalisiin suuriin.

Lääketieteen etiikan haasteita on aiheellista katsoa yhteisöetiikan ja yksilöetiikan lähtökohdista ja keskustelua on käytävä siitä, ettei sairaanhoidon perimmäinen tehtävä toisesta välittäminen, kärsimysten ja kipujen lievittäminen ja parantumattomasti sairaiden hoito jää tulosten tekemisen ja taloudellisten tavoitteiden varjoon. On sanottu, että priorisointi on niin vaikeaa, ettei kannata kehittää rationaalisia ohjeita. Kuitenkin tieteellinen lähestymistapa ja näyttöön perustuva lääketiede antavat kuitenkin mahdollisuuden selvittää läpi vaikeuksien edes jonkinasteisella tyylillä terveydenhuollon vaikeista valinnoista. Kyse on siitä, kuinka suuren terveydenhuollon mahdollisuuksien ja toisaalta käytettävissä olevien voimavarojen välisen ristiriidan me siedämme. Suomessa me olemme pyrkineet pitämään tätä ristiriitaa kurissa arvioimalla suunnitelmallisesti terveydenhuollon toimintaa ja ohjaamalla terveydenhuollon voimavaroja tuottamaan väestölle mahdollisimman suurta terveyshyötyä esimerkiksi tekemällä kansallisia hoitosuosituksia, käypä hoito suositukset ja arvioimalla FinOHTAn voimin.

Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta ja hoidosta hoitopäätöksiä tehtäessä Kansallinen terveysprojekti (2002) esitti hoitotakuuta, joka toteutettiin vuonna 2005. On syytä toivoa, että hoitotakuun kautta alueelliset ja eri sairauksien erot saataisiin edes kohtuullisiksi hoitoon pääsyssä.

"Hoitotakuu" eli hoidon järjestämisen enimmäisajat. Säädösten tarkoituksena on ollut turvata pääsy kiireettömään hoitoon asuinpaikasta riippumatta yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Koko ajan on korostettu, ettei tämä merkitse subjektiivista oikeutta. Suositusten ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Lääkäri voi hoidon aiheutta asettaessaan myös poiketa "kiireettömän hoidon" ohjeista perustelluista syistä. Hoitotakuun suositusten perusteita korjataan ja kehitetään jatkuvasti. Kyseessä on jatkuva prosessi, joka huomioi lääketieteellisen tiedon muutokset. Suositukset ovat myös kansalaisten luettavissa samoin kuin Duodecimin Käypä hoito -suositukset. Huomattavaa on, että tällä hetkellä Suomessa on vähän puhtaasti yksityistä sairaanhoitoa. Jos yhteiskunta esim. Kela osallistuu kustannuksiin, tulee kyseisen toiminnan noudattaa sovitusti yhteisiä ohjeita. Tulevaisuudessa tilanne tulee olemaan huomattavasti värikkäämpi.

Lääkärijärjestöjen yhteisessä julkilausumassa vuodelta 2003 korostetaan, että yhteiskunnan päättäjien on kunnioitettava lääkärin etiikkaan kuuluvaa hoitamisen velvoitetta, jotta luotaisiin edellytykset avoimelle keskustelulle erityisesti priorisoinnista terveydenhuollossa. Vetoimuksessa korostetaan potilaan keskeistä asemaa terveydenhuollon järjestelmässä sekä potilaiden tasa-arvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkärin valassa (2005) ja Lääkärin eettisissä ohjeissa (Lääkärin etiikka 2005) ei puhuta väitteen 3.1 terminologian mukaan "parhaasta mahdollisesta hoidosta potilaalleni lääkärin hippokraattisen etiikan" perusteena, vaan sanotaan seuraavasti: "Lääkärin tulee pitää yllä ja kartuttaa tietojaan ja taitojaan, ja hänen tulee suositella vain lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaina ja tarkoituksenmukaisina pidettyjä tutkimuksia ja hoitoja." Lisäksi toteaisiin, että arkkiatri Risto Pelkonen esittelee Hippokrateen kliinisen lääkintätaidon edelläkävijänä seuraavalla tavalla: "Etusijalle on aina asetettava potilaan paras. Jos se voidaan saavuttaa monella tavalla, on valittava vähiten haitallinen..." Pelkonen kiteyttää lopuksi: "Tieteen käsitykset muuttuvat tiedon karttumisen myötä, mutta lääkintätaidon humanistinen ydin hyvään pyrkiminen ja vahingon välttäminen ovat se pohja ja perusta, josta kaikki seuraa. Tämä on Hippokrateen arvokkain perintö." Kysymyksen tekijän käsitys Hippokrateen valan mukaisesta parhaasta hoidosta on ilmeisesti teknisempi.

Potilaskohtaisten valintojen tekeminen on lääkärin työtä. On erittäin tärkeää, että tuntee saavansa hoitaa potilaansa tasa-arvoisina, tiettyjen yleisesti hyväksytyjen hoitoperiaatteiden mukaan, yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa toimien. Valinnat ja tuottaminen kuuluu alan ammattilaisille, mutta vastuu oikeudenmukaisuudesta laajalti katsottuna poliittiselle järjestelmälle. Nämä kysymyssarjat ovat aika teknisiä, joten sallittaneen mielestäni tähän sopiva lainaus. Ilkka Niiniluoto pitää ongelmallisena mekanistista teknoutopiaa, jossa elämä sinänsä on vaarallista ja lääketieteellinen kysymys, ja lainaa puolestaan Karl Popperin sanoja: "Ihminen ei ole kone, joka käy kuin kello, vaan käyttäytyy ennustamattomasti pilvien tavoin."

KYLLÄ, KYLLÄ

Kommentti 1 (Professio)

Hoitojen rajoittaminen kustannus-vaikuttavuusrajaa apuna käyttäen täyttää eettiset vaatimukset yleisellä tasolla paremmin kuin muut tavat valikoida hoitoja ja hoidettavia. Johtavana periaatteena on silloin kaikkien hoitoa tarvitsevien tasa-arvoisuus. Terveydenhuoltohenkilökunnan eettinen velvollisuus on huolehtia siitä, että heikoimmassa asemassa olevat saavat vaikuttavia ehkäiseviä toimenpiteitä ja hoitoja samassa määrin kuin hyväosaisemmat. Tämä voi edellyttää lisäpanostusta palvelujen tarjontaan heikoimmassa asemassa oleville, jotta terveyserot tasoittuisivat.

Elämän loppuvaiheen laatuun kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomiota. Tämä tulee johtamaan siihen, että yhä useammat ihmiset kirjaavat hoitotahtonsa, ja että monet ottavat pidättyväisen kannan elämää pitkittäviin hoitoihin tilanteissa, joissa henkilön kyky ilmaista oma tahtonsa on vakavan sairauden tai henkisen toimintakyvyn alenemisen takia vajavainen. Hoitotahto voi tällöin sisältää nykyistä yksityiskohtaisempia ohjeita erilaisten tilanteiden varalle. Elämää pitkittävästä hoidosta pidättäytyminen tulee vaikuttamaan riippuvaisena vietettävää aikaa lyhentävästi. Terveydenhuoltohenkilöstön tehtävä on avustaa hoitotahdon laadinnassa.

Hoitosuositusten ja hoitoprotokollien laadinnan tulee tapahtua avoimesti ja niiden sisällön tulee olla kaikkien saatavilla. Hoitosuosituksiin liitetään eettisiä katsauksia, joissa tuodaan esiin valintoihin vaikuttavia tekijöitä ja tunnistetaan erityisesti tilanteet, joissa arvonäkökohdat vaikuttavat valintoihin. Hoitosuosituksen laatijoiden ja terveydenhuollon resursoinnista päättävien tulee toimia yhteistyössä, jotta taataan kaikille mahdollisuus saada hoitosuosituksen mukaisia hoitoja. Terveydenhuollon työntekijöitä ei pidä saattaa tilanteeseen, jossa he joutuvat niukkuuteen vedoten jättämään antamatta hoitosuosituksen mukaisia hoitoja.

Hoidon vaikuttavuuden ennustaminen tietokonemallien avulla aiempaa täsmällisemmin yksittäisellä potilaalla auttaa kohdistamaan hoidot niille, jotka todennäköisimmin hyötyvät hoidosta. Hyödyttömästä hoidosta pidättäytyminen tulee näin helpommaksi.

Uusien menetelmien käyttöönoton tulee aina tapahtua osana tutkimushankkeita, joiden aikana hoidon kustantaa tutkimuksen rahoittaja. Päätös hoidon ottamisesta yhteiskunnan kustannettavaksi tehdään siinä vaiheessa, kun tutkimuksen tulos on käytettävissä ja kustannusvaikuttavuus on arvioitavissa. Julkisen rahoituksen osuutta uusien menetelmien tutkimisessa tulee lisätä.

Kommentti 2 (Tutkija)

Lääkärikunnan edustajat ovat esittäneet, että lääkärin työssä talous on vain väline, mutta altruismi toiminnan lähtökohta. Näin olikin aikana, jolloin kirkko järjesti terveydenhuollon ja munkit ja nunnat hoitivat sairaita rakkaudesta lähimmäiseen. Vaikka kutsumus edelleenkin on merkittävä motivoija, terveydenhuolto on kuitenkin osa rahataloutta. Tästä voi hankkia havainto-opetusta seuraavan kerran, kun lääkärin ja hoitajien palkoista kiistellään. Rahataloudessa eläminen tarkoittaa, että kaikista panostekijöistä, kuten työ, taidot, tilat ja teknologia, joudutaan maksamaan rahassa. Tästä seuraa, että jokaisella suoritteella on tuotantokustannus. Yhteismitallisessa valuutassa esitettyinä niistä tulee vertailukelpoisia ja vaihtoehtoisia. Pediatriaan mennyt raha ei ole enää käytettävissä geriatriaan. Joudutaan monien inhoamaan arvo- ja priorisointikeskusteluun.

Julkinen rahatalous pakottaa sosiaalietiikkaan, joka on paljon vaikeampi laji kuin markkinoiden yksilöetiikka. Kotitalouksien tekemissä yksittäisissä valinnoissa vaikutukset rajoittuvat lähipiiriin. Julkisen rahatalouden päätöksillä on vaikutus koko järjestelmään. Anteliaisuus yhtäällä pakottaa tarjoamaan ei-oota toisaalla. Kysyntä ja tarjonta ovat jollakin tavoin sovittava yhteen.

Perinteisesti uskontoon ankkuroidut normit ovat rajoittaneet kysyntää. Kutsukaamme tätä herra sebaotin malliksi. Sosiaalityöntekijämalli pyrkii ohittamaan koko kysymyksen kaatamalla sen päälle rahaa huitaisten, että meillä on varaa, onhan? Kysyntää voi rajoittaa myös huonolla laadulla sekä jonojen ja juustohöylän mekaanisella logiikalla, pirun mallilla. Jäljelle jää mammonan malli, ajatus, että kysyntää voi hillitä niin kuin markkinoilla tehdään, eli lisäämällä ihmisten omaa taloudellista vastuuta. Julkisista valinnoista tulee yksityisiä valintoja.

Sairaanhoidon kustannukset nousevat 7–9 % vuodessa. Kansantalous kasvaa parin prosentin vuosivauhtia ja trendi on laskeva. Veroja on paha mennä nostamaan. Tilanne ei voi jatkua. Terveydenhuollon tuotannon ohjausta kehittämällä ongelmaa voi lievittää. Kapasiteetin käyttöasteissa on nostamisen varaa. Kysyntää voi seuloa ja ohjata esimerkiksi lääkärikäynneistä puhelinneuvontaan. Reippailla kehitystoimilla kysynnän kasvuun voisi vastata nykyisillä resursseilla monen vuoden ajan. Mutta työvoimavaltaisen ja tietointensiivisen toimialan tehokkuutta ei voi rajattomasti lisätä.

Professori Olli-Pekka Ryynästä mukaillen terveydenhuollon tuote voidaan nähdä kaksijakoisena: toisaalta terveyden tuottaminen, toisaalta eksistentiaalisen ahdistuksen lievittäminen. Onko oikein, että julkisesti rahoitettu terveydenhuolto vastaa eksistentiaaliseen ahdistukseen medikalisaatiolla, tekno-magialla, laitefetissismillä ja hoitoriiteillä? Eli tekee sitä, mitä sosiaalityöntekijäksi muuttanut kirkko ei enää suostu tekemään? Jos ei kirkko, niin sitten markkinapaikka.

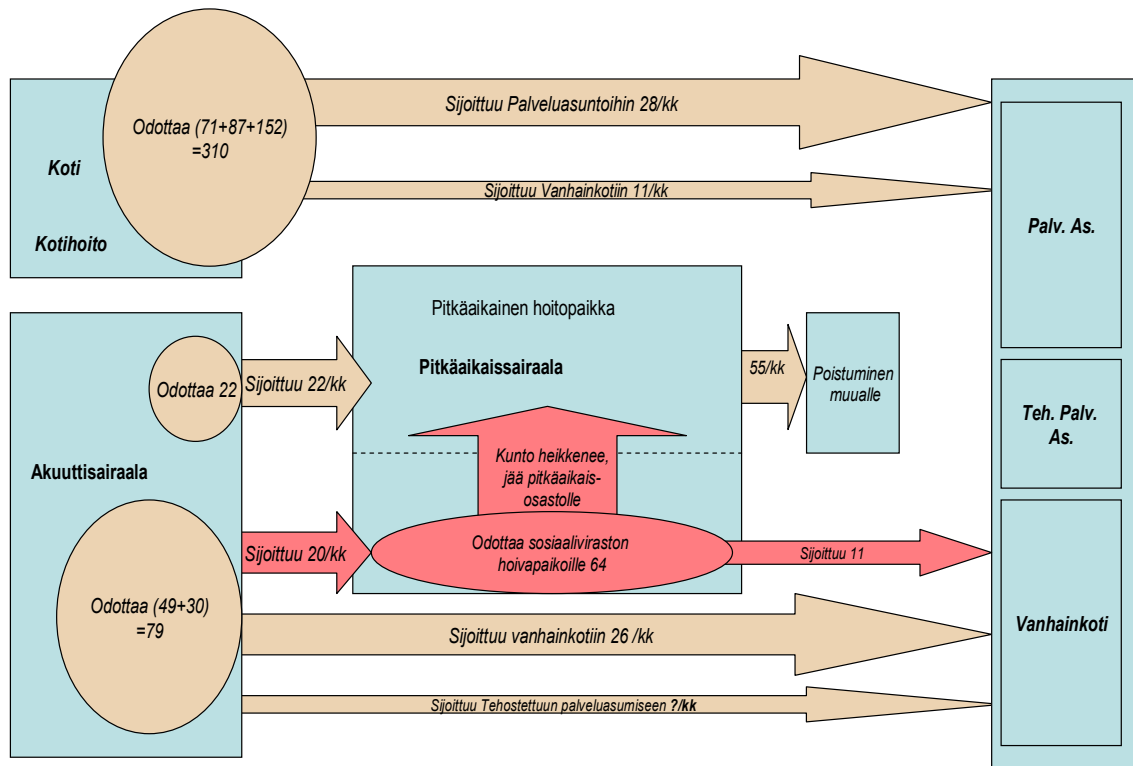
KYLLÄ, EI**Kommentti 3 (Professio)**

Mielestäni on järjestelmällisesti tehtävä yhteiskunnallista valistustyötä eri ryhmille ja keskustelua eri ryhmissä (koululaisista alkaen) ihmisenä olemisesta, elämän rajallisuudesta, elämän tyytyväisyyden riippumattomuudesta taloudellisesta hyvinvoinnista, ihmisen omasta vastuullisuudesta (vastuu ennen oikeuksia). Vain tämän keskustelun ja reunaehtojen ymmärryksen jälkeen on mahdollista laatia joitakin ”eettisiä normeja.” Olemme joka tapauksessa kohtaamassa tilanteen, jossa emme pysty antamaan ”kaikille kaikkea.” Vaikka varallisuutta olisikin, niin ei ole olemassa riittävää määrää (altruistisia) ihmisiä, jotka suostuvat toimimaan esimerkiksi ympäri vuorokautisissa hoitotiimeissä (nelirajahalvaantuneet, vegetatiiviset tilat jne.). Yhden kaularanka-vammautuneen potilaan hoitotiimi vaatii 7–8 pätevää ammattilaista vain tätä yhtä potilasta kohden. Mikä määrä tällaisia potilaita on mahdollista hoitaa uusinta hoitoteknologiaa käyttäen, jos ikäluokat pienenevät nykyistä vauhtia?

EI, KYLLÄ**Kommentti 4 (Tutkija)**

Vanhusten laitostaltainen hoito tuottaa vuodepotilaita. Esimerkiksi Helsingissä potilaat pannaan odottamaan pitkäaikaissosastolle paikkaa vahainkodeissa tai palveluasunnossa. Heidän kuntonsa huononee ja vain osa pääsee vuorollaan enää keveämpään hoitopaikkaan. Oheisessa (Noora Ekroos, TKK, BIT-Instituutti) kaaviossa näkyy, kuinka 20 potilasta kuukaudessa menee sairaalaan odottamaan ja vain 10 potilasta kuukaudessa pääsee pois. Eli kyseessä on teollisessa mittakaavassa tuotettu pitkäaikaispotilasmäärä, joka vaaraa noin 700 sairaansijaa käytettävissä olevista 1200 sairaansijasta.

Vanhuksen ohjautuminen 24h palvelujärjestelmässä - Periaatekaavio



Lähde: Helsingin kaupungin SAS-tilastot; syyskuu 2004, Hoitoilmoitusrekisteri HILMO 1-9/ 2004

Palvelurakenteen erilaisuus Ruotsiin verraten näkyy seuraavasta taulukosta, josta ilmenee, että 96–97 % Ruotsin vanhuksista asuu enemmän tai vähemmän itsehoitoisina yhden hengen huoneissa. Heidät on kuntoutettu tai kunto ei ole päässyt pitkissä vuodeosastojaksoissa laskemaan. Vanhusten palvelukeskusten luonti on resurssien käytön kannalta ensisijainen ja välttämätön asia.

Helsingin tilanne osoittaa, että valtakunnallinen ohjausjärjestelmä ei ole pystynyt vaikuttamaan isoon konservatiiviseen yksikköön. Siksi tavoitelukuja ja myös lääninhallitusten aktivointia tulisi harkita.

Liite 2

Antal permanent boende 65-w år i
särskilda boendeformer 2003
fördelade efter bostadstyp

	Riket		Stockholm	
Total antal boende 65-w år	110902		20006	
därav i				
Flerbetsrum	3261	3 %	841	4 %
1 rum utan kokmöjl, wc, dusch	6893	6 %	1569	8 %
1 rum utan kokmöjl, med wc, dusch	19211	17 %	2996	15 %
1 rum med kokmöjl, wc, dusch	53856	49 %	7709	39 %
1-1,5 rum med kokmöjl, wc, dusch	21507	19 %	3808	19 %
2 rum med kokmöjl, wc, bad	1404	1 %	277	1 %
3 rum eller mera	4770	4 %	2806	14 %
Övriga bostad	3641	3 %	1026	5 %

Kommentti 5 (Professio)

Näyttöön perustuvia teknologisia mahdollisuuksia hyödyntävät hoidot parantavat ikäihmisten kuntoa ja kotona selviämistä pidempään. Oikealla teknologialla/oikea-aikaisesti hoidettu potilas on yhteiskunnalle halvempi ratkaisu, koska potilaat voivat selvitä hyvin loppuikänsä itsenäisesti. Huonokuntoisena ja vähitellen edelleen heikentyvänä sekä komplikaatioita omaavana kuntoutuksen antaminen ja muun tarvittavan hoidon järjestäminen on kallista.

Kommentti 6 (Alueasiantuntija)

Hippokraattisen etiikan soveltamiseen sisältyy kysymys: Kenen näkökulmasta paras hoito? Hoitosuhteeseen liittyy informaation epäsymmetria niin, että lääkäri tekee valintoja omalla tietämyksellään potilaan puolesta tai potilas on riippuvainen lääkärin ohjauksesta omissa valinnoissaan. Käytännössä lääkärit yliarvioivat hoidon vaikuttavuutta ja aliarvioivat hoitojen haittoja. Lääkärit soveltavat myös omia arvojaan hoidon riskeihin olettaen implisiittisesti, että potilaan arvomaailma on sama. Niinpä parasta hoitoa potilaalle ja potilaan edun asettaminen yli kaiken on myytti. Hoitovalintojen lopputulos ei välttämättä ole lainkaan sama, jos potilas olisi täydellisesti informoitu ja itse tosiasiallisesti tekisi valinnat. Liian usein viimeisin, kallein, markkinoiduin jne. hoitovaihtoehto tulkitaan terveydenhuollossa parhaimmaksi potilaalle, vaikka tosiasiallisesti näin ei olisikaan, ja informaation epäsymmetriasta johtuen ei ole tavatonta, että potilaan on vaikea olla hoitavan tahon kanssa eri mieltä. Potilaalle lääketieteellisesti ”paras” ei hänen omasta arvomaailmastaan aina olekaan ”paras” (mistä kielii mm. runsas uskomuslääkinnänkin käyttö). Ja

tätä hippokraattisen etiikan tulkin, protestanttisen diakonissan tavoin toimivan omnipotentin terveysammattilaisen voi olla vaikea ymmärtää.

Koska täydellisesti informoitua potilasta ei todennäköisesti koskaan saavuteta (jo senkin vuoksi, että häntä informoiva lääkärikään ei ole täydellisesti informoitu), on välttämätöntä, että hoitovalintoja ohjaa etukäiteisesti yhteiskunnallisesti hyväksytyt, arvotetut rajaukset (kustannusraja/Quality). Laatupainotettuihin elinvuosiinhan on arvotettu sisään myös hoidon haitat. Tällainen hoitovalintojen ”auktorisointi”-järjestelmä mahdollistaa myös rajahyötyjen paremman tarkastelun voimavarojen suuntaamisessa.

Väitteessä 3.1 esitetty tapa tuoda voimavarojen rajallisuus ja siihen liittyvä valinta potilastasolle ei tuo mitään lisäarvoa hoidon toteutukseen. Parempi tie on kehittää hoitotahon keinoja konkretisoida hoitovaihtoehtojen vaikutuksia nimenomaiselle potilaalle (odotettava vaikuttavuus, esim. NNT-lukujen tapaan, haitat ja niiden todennäköisyys esim. arkielämän todennäköisyyksiin verrattuna). Voimavarojen rajallisuuteen liittyvistä valinnoista ja valintojen periaatteista ja eri hoitojen kustannusvaikuttavuudesta on parempi käydä avointa julkista keskustelua kuin viedä se potilaiden hoitotilanteisiin.

Väitteen 3.2 periaate tuo, kuten yllä jo mainittiin, järkevää ohjausta voimavarojen käyttöön. Jos kyseisen kriteerin täyttäviä hoitovaihtoehtoja samaan sairauteen on useita, voi luonnollisesti olla tarkoituksenmukaista, että kaikkea kirjoa ei pienen Suomen oloissa pidetä saatavilla, vaan investointien näkökulmasta tehdään kriteerit täyttävienkin hoitojen osalta rationalisointia.

ETENEn esittämät peruslähtökohdat ovat oikeaan osuneita eikä niiden tavoittelu ole este järkevälle terveydenhuollon priorisoinnille, kunhan lähtökohtien saavuttamisessa ei sotkeuduta medikalisaation tielle, toisin sanoen tekemään sairauksien riskeistä sairauksia ja sisällyttämällä sairauksien ehkäisy terveydenhuollon yksinoikeudeksi. Sairauksien ehkäisy ja terveyserojen tasoittaminen tulee pitää yleisen yhteiskuntapolitiikan alueella ja haakea ratkaisuja laajalla rintamalla (verotus, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, ympäristötekijät jne.). Näin vähennetään riskiä kurjistaa terveydenhuollon taloutta toimilla, joissa kustannusvaikuttavimmat ratkaisut löytyvät ihan muualta.

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden eettiset ongelmat edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmien avartamista syvällisemmin potilaiden tosiasiallisille näkökulmille, hoitovalintoihin liittyvän informaation konkretisoimista potilaille, työn laadun osatekijöiden monipuolisempaa hahmottamista (potilastyytyväisyys, hoidon kustannukset, kustannusvaikuttavuus) ja oman työn hahmottamista nykyistä paremmin potilaiden palvelemisena (palvelu ja potilastyytyväisyys voi olla erinomaista, vaikka lääketieteellisesti ”parasta” maailmassa keksittyä hoitoa ei annetakaan). Tämä on kieltämättä suuri terveydenhuollon palvelunäkökulman rakentamisen haaste.

Näkemykseni on, että huonokuntoisena elettävä elinikä ei juurikaan kasva (pikemminkin vähenee), mutta siirtyy myöhemmälle iälle. Haaste on, että ymmärretään, että jonkin asian tekeminen ei välttämättä ole parempi vaihtoehto kuin olla tekemättä mitään. Esim. vaikeassa dementiassa Alzheimerin taudin lääkehoidon hyödyt ovat niin vähäiset, että

suhteessa hoidon kustannuksiin, hoitovoimavarat tulevat muulla tavoin paljon paremmin käytetyksi potilaiden parhaaksi kuin lääkehoitoja jatkamalla laitoshoidossa. Matalan teknologian hoito voi olla myös parasta hoitoa. Valitettavasti tämä matalan teknologian hoidon (hoivan) kehittäminen on jäänyt lääketieteellisen korkean teknologian kehittämisen varjoon (väite 3.0).

EI, EI

Kommentti 7 (Keskushallinto)

Ymmärtääkseni Siltalan viittaus diakonissan etiikkaan oli enemmän sarkastinen kuvaus terveydenhuollon työntekijän tavasta tehdä työtä kuin aivan kirjaimelliseksi tarkoitettu. Mitä tulee väitteeseen 3.1 kenenkään potilaan omaisen ei pitäisi joutua tekemään omaisensa ja toisen potilaan välistä hoidon priorisointia tilanteessa, jossa omainen on vakavasti sairas. Sellainen ei kaiken järjen mukaan ole edes mahdollista. Niin paljon kuin asiaa ymmärrän, omaisilla liittyy läheisen vakavaan sairauteen suhtautumiseen niin paljon erilaisia, vaihtelevia tunteita, että pakottaminen valintoihin on syyllistämistä, ainakin luulen niin. Punnintaa ja arvovalintoja täytyy tehdä olemassa olevassa maailmassa, jossa jokainen on oman ja läheistensä suhteen subjektiivinen. Lääkärin vastuu on vastuuta myös päätöksistä ja seisomista niiden takana. Myös potilaslain mukaan lääkärin olisi selvitettävä läheisille erilaiset olemassa olevat vaihtoehdot. Jos joku vaihtoehto ei ole käytettävissä, se voidaan näin esittää. Mutta on hämmäntävää asettaa omaiset vastuuseen toisen, heille ulkopuolisen, potilaan hoidotta jäämisestä.

Väitteeseen 3.2 liittyen lääketieteessä on paljon hoitoja, jotka täyttävät ehdon, mutta niitä pitää käyttää silti rajoitetusti. Esim. antibioottiryhmä on yksi ryhmä. Kun lääkkeit/hoidot halpenevat, hinta/QUALY saattaa laskea merkittävästi. Kun hinta menee rajan alle, hoitokriteerit pitää säilyä samana.

Kommentti 8 (Keskushallinto)

Ihmisen elämän laatu ei ole riippuvainen ainoastaan siitä, onko hänellä jokin sairaus vai ei. Elämän laadun kannalta onkin oleellisempaa, että ihminen kykenee toteuttamaan kussakin elämänvaiheessaan oman potentiaalinsa puitteissa asioita, jotka hän kokee itselleen mielekkäiksi ja tarpeellisiksi. Kaikkia sairauksia ei osata estää ja vain osaan sairauksista on olemassa elämää pidentävä ja elämän laatua parantava hoito. Terveydenhuollon tehtävänä on antaa ihmisille keinoja oman terveytensä sekä työ- ja toimintakykynsä ylläpitämiseen ja edistämiseen. Hyvä sairauksien hoito on osa tätä työtä.

Hoitoja valittaessa on lähtökohtana oltava parhaaseen tieteelliseen tietoon ja hoitokäytäntöön perustuva hoidon vaikuttavuus ja hoidettavan tietoon perustuva hoitotahto. Yhteiskunnan varoin kustannettavan hoidon tulisi olla kustannustehokasta ja vaikuttavaa. Kaiken nykitekniikan mahdollistaman hoidon ulottaminen kaikille julkisin varoin ei ole järkevää eikä johda terveystalouden tarkoituksenmukaiseen jakautumiseen. On hyvin

mahdollista, että kansanterveys jopa heikentyy erikoissairaanhoidon suhteellisen osuuden kasvaessa ennaltaehkäiseviin terveyspalveluihin nähden. Lääkärien tekemien hoitopäätösten ja hoitoonohjauksen tueksi luodut hoitoonohjaus- ja hoitokäytännöt ovat tarpeellisia ja niiden kehittämistä tulee jatkaa.

Kommentti 9 (Yritys)

Yleensä preventioon suunnattavat resurssit jäävät kuratiivisten vaatimusten jalkoihin terveydenhuollon resursoinnissa. Näkisin jonkinlaisen vanhuudenvaravakuutuksen olevan harkittavissa oleva vaihtoehto, jolla kustannuksia voitaisiin tasata. Mikäli positiivisella tavalla voitaisiin kansalaisia motivoida säästämään rahaa oman vanhuuden ja kriittisten hoitajaksojen varalle, resurssipohja laajenisi. Voitaisiinko ajatella esim. verohelpotuksia/vähennyksiä vanhuudenvaravakuutusmaksuista? En pidä kannustavana ehdotuksia, joilla kansalasten omaisuutta jouduttaisiin realisoimaan hoitojen takia.

Kommentti 10 (Yritys)

Hoitovalintatilanteessa ei voi verrata toiseen potilaaseen. Pitäisi tukea potilasta asumaan kotona. Ylläpitää liikuntakykyä-lihasvoimaa. Eettinen kanta taustalla AINA!

Kommentti 11 (Alueasiantuntija)

Minusta tämä kysymys on mitä syvimmin elämänkatsomuksellinen. Ihmisen rajallisuuden tajuaminen ja myös sen hyväksyminen ovat edellytyksenä sille, että elämässä annetaan tilaa niille, joitten ”vuoro” on. Myös terveydenhuolto joutuu hyväksymään talouden reunaehdot. En näe 2.4–2.6 kohtia sinänsä ongelmallisina. Eli tyyneysrukousta lainatakseni: Suokoon korkein meille voimaa muuttaa se, minkä voimme, tyyneyttä hyväksyä se, mitä emme voi muuttaa, ja viisautta erottaa nämä toisistaan.

Kommentti 12 (Alueasiantuntija)

Meidän tulisi hyväksyä se tosiasia, että jokainen ihminen kuolee joskus. Ihmisellä tulee olla oikeus kuolla arvokkaasti ilman raskaita tehosytostaatti- tms. hoitoja silloin, kun hoidon vaikuttavuus on vähäinen tai hoito aiheuttaa kohtuuttomia kärsimyksiä. Tämä tosiasia on unohdettu turhan usein nykypäivänä.

Kommentti 13 (Tutkija)

Mielestäni ei ole oikein ja eettisesti kestävää omaisille antaa tällaisia ”vaihtoehtoja”. Minusta olisi paljon rehellisempää sanoa suoraan, että ”tällä kalliilla, ehkä kivuliaallakin,

toimenpiteellä/hoidolla voidaan vanhempanne elinaikaa pidentää joitakin päiviä/viikkoja/kuukausia. Miettikää, onko se sen arvoista, että siihen kannattaisi ryhtyä”.

Kommentti 14 (Tutkija)

Tässä esitetyn mallin perusongelmana on pyrkiä saattamaan kysymys ihmisen oikeudesta elää numeron muotoon. Voiko yksi tietyllä kaavalla laskettu numero päättää siitä? Minusta se on yksilön ihmisyyttä alentavaa ja kuvaa enemmänkin ”hitlerimäistä” yhteiskuntaa kuin sivistynyttä nyky-yhteiskuntaa. Se on hyvin paternalistinen malli, joka kylmästi ulkoapäin lukee ”tuomion” kunnioittamatta potilaan omaa näkemystä tilanteestaan. Se myös sivuuttaa lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan ammattilaisina, jotka pystyvät käyttämään näyttöön perustuvaa evidenssiä ja soveltamaan sitä tilannekohtaisesti. Elämä ja kuolema eivät kuitenkaan ole näin yksiviivaisia muualla kuin kirjoituspöydän ääressä – onneksi.

Tässä raportissa esitettyjen ratkaisuvaihtoehtojen perusongelmana on liiallinen teknisyyks ja teknologisuus. Potilaan hoito ja sairaus on paljon muutakin kuin geenikartan lukemista ja siitä ennustamista. Kustannuksia pystyttäisiin vähentämään myös sillä, että hoitoorganisaatiota kehitettäisiin ja potilas otettaisiin mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Laskennallisen ”eloonjäämisnumeron” käyttöönotto ei toisi terveydenhuollon toiminnallisiin epäkohtiin mitään parannusta.

Kommentti 15 (Tutkija)

Me elämme muuttuvassa maailmassa, jossa myös me muutumme, kuten ikivanhassa toteamuksessa sanotaan ”Tempora mutantur et nos mutamur in illis”. Sairaudetkaan eivät ole ylihistoriallisesti pysyviä. (On jopa hieman sarkastisesti todettu, että tauteja esiintyy vain oppikirjoissa, elävässä elämässä ei niitä oppikirjojen esittämässä muodossa todeta. Etenkin vanhojen ihmisten kyseessä ollen toteamus voi monelta osin pitääkin paikkansa.)

Syntyy myös uusia terveydentilan häiriöitä tai ainakin eri sairauksien yleisyys ja merkitys väestössä muuttuvat; on esimerkiksi esitetty skenaario, jonka mukaan viime vuosisadan alkupuolen infektioautien epidemiasta siirryttiin vuosisadan loppupuolen kroonisten sairauksien epidemiologiaan ja että 2000-luvulla tulevat korostumaan mielen terveyden ja tasapainon, ihmissuhteiden ja laajemminkin ihmisenä olemisen perusongelmat. Todennäköisesti biolääketieteen nopea kehitys myös tulee muuttamaan tilannetta monelta osin.

On mahdollista, että osaan sairauksista voidaan laatia käypä hoito -suosituksia, mutta niistä tuskin voidaan tehdä oikeustoimikelpoisia standardeja. Potilaiden/asiakkaiden ongelmat ovat yksilöllisiä ja etenkin vanhoilla ihmisillä monitautisuus ja moniongelmaisuus edellyttävät monipuolista ja hyvää kokemusta vaativaa harkintaa yksilökohtaisesti. Näen kohtien 2.3–2.6 toteuttamisessa monia ongelmia ja vaikeasti ratkaistavissa olevia kysymyksiä. Lääketieteen käytännössä on sekä tieteellinen puoli (science of medicine), joka koko ajan kehittyy ja poistaa luuloihin, myyttisiin ja maagisiin menetelmiin perustuvia

hoitomuotoja, mutta siinä on myös taitopuoli (art of medicine), joka nojaa perinteeseen, eettisesti kestäviin periaatteisiin, kokemukseen, intuitioon. Tieteellisen puolen seuraamisessa ja siihen liittyvien menettelytapojen muuttumisessa on riittävästi vaikeuksia tiedon nopean kasvun takia ja taitopuolta ei puolestaan voi valjastaa normatiiviseen viitekehykseen.

Terveydenhuollon kehittämisessä ja toimintojen suuntaamisessa ja toteuttamisessa ei tule tinkiä niistä periaatteista, joita esim. ETENEn toimesta on esitetty. Terveydenhuoltoa voidaan parantaa mm. suuntaamalla nykyistä enemmän tutkimus- ja kehitysvaroja tähän tarkoitukseen. On hämmästyttävää, miten pientä osaa terveydenhuoltoon suunnatuista varoista edelleenkin käytetään alan tutkimus- ja kehitystyöhön. Kansainvälisesti vertailen terveydenhuollon osuutta kansantaloudessa voidaan vielä myös kasvattaa. Uusien ja usein kalliiden hoitomenetelmien käyttöönotossa on syytä edetä konservatiivisesti odottaen riittävä, tarpeellisen pitkäaikaista näyttöä uuden menetelmän tai lääkkeen hyödyistä ja mahdollisista haitoista.

Vaikka terveydenhuollon tavoitteeksi asetetaankin riittävän terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollisimman suuressa osassa väestöä mahdollisimman pitkään, on myös hyväksyttävä se, että osa ihmisistä tulee riippuvaiseksi erilaisista palveluista ja muista ihmisistä, joita ei voi kuin pieneltä osin korvata teknologisilla ratkaisuilla. Oikeutta keskinäisriippuvuuteen ei tule asettaa kyseenalaiseksi tai vaikeuttaa sen toteutumista. Onko niin, että keskustelu asiasta mukaan lukien eutanasiaa koskeva väittely värityy osin huonon hoidon aiheuttamasta tilanteesta hoitolaitoksissa ja uuvuttavasta omaishoidosta, kun niihin tarkoituksiin ei ole riittäviä voimavaroja ja tuloksena on julkisuuteen välittyviä kuvia elämästä, jolla ei enää näyttäisi olevan tarkoituksenmukaisuutta tai arvoa?

Terveydenhuollon menojen kasvua voidaan myös hillitä laajentamalla itsehoidon ja omaa elämää koskevan vastuun edellytyksiä, jolle paraneva koulutustaso omalta osaltaan antaa perusteita.

Kommentti 16 (Professio)

Kaikki potilaan oikeuksia rajoittavat priorisointipäätökset ovat periaatteessa poliittisia ja niiden tulisi koskea kaikkia kansalaisia. Nykyistä laajempi FinOHTA arvioi kaikki uudet (tutkimus- ja hoito)menetelmät, ja suosittelee tai ei suosittele niiden ottamista käytäntöön. Suosituksilla tulee olla poliittinen tuki.

Viitattu kirjallisuus:

- Aaltonen Juho, Rätty Tarmo, Järviö Maija-Liisa ja Luoma Kalevi (2005). Perusterveydenhuollon kustannukset ja tuotetut palvelut – tuottavuuden kehitys 1997–2003. VATT-Keskustelualoitteita nro 372. Helsinki
- Allen C, Glasziou P, Del Mar C. (1999). Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation, *Lancet*. 1999 Oct 9; 354 (9186):1229–33
- Auvinen, Ossi (2005). Julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitopiiriin uusi rooli. Tampere Crossing seminaari 5/2005
- Bruun, Santtu v. (2005). Kuntien tulevaisuus – kunta-alan tulevaisuusbarometri. Suomen Kuntaliitto, Helsinki
- Crossing the Quality Chasm (2001). IOM, National Academy Press.
http://fermat.nap.edu/catalog/10027.html?onpi_newsdoc030101
- Eerola Annele, Kivisaari Sirkku, Eela Riikka ja Rask Mikko (2001). Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia, Internet-pohjaisten omahoidon tukijärjestelmien arviointi. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 8, Eduskunnan kanslian julkaisu 5/2001
- Etene-julkaisuja 10, 2004. Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä
- European competitiveness report 2004. European Commission
- Forss Mikael ja Klaukka Timo (2003). Yleinen terveystakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 16–17/2003
- Fuchs Victor R. (1998). Who Shall Live? Health, Economics and Social. Choice – Expanded Edition, Singapore, World Scientific Publishing
- Hakala Paula (2005). Miten lihavuus kuormittaa sosiaaliturvaa? 14.11.2005 Kela, Helsinki
- Hietala Jouko (2003). Voidaanko erikoissairaanhoidon menokehitykseen vaikuttaa. Kehyskuntien (Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ostopooli) selvitysmiehen loppuraportti
- Himanan Pekka (2004). Välittävä, kannustava ja luova Suomi. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 18, Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2004
- Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko (2004). Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 27/2004
- Kaakinen Juha ja Törmä Sinikka (1998). Esiselvitys geronteknologiasta – ikääntyvä väestö ja teknologian mahdollisuudet. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 5, Eduskunnan kanslian julkaisu 5/1998
- Kekomäki Martti (2005). Terveystenhoito ja hoidon vaikuttavuuden vaatimus. To be or wellbe -seminaari, Oulu 21.1.2005
- Knapp Martin, Hardy Brian ja Folder Julien (2001). Commissioning for quality: Ten years of social care markets in England. *Journal of social policy* 30:2:283–306
- Koivuniemi T. (2004). Henkilövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla, Henkilöstötilinpäätöksillä ja kehittämishankkeilla hyvää henkilöstötyötä. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampere
- Koivusalo Meri (2003). Terveyspalvelut ja kilpailuttamisen kansainväliset ulottuvuudet. Teoksessa Ollila ym. (toim). Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. *Stakes, Raportteja* 276, Saarijärvi
- Kuusi Osmo (1987). Palvelusta itsepalveluun, kotien tietorekisteriyhteydet 2010. Taloudellinen suunnittelukeskus, Helsinki
- Kuusi Osmo (1991). Uusi biotekniikka. VATT-tutkimuksia 1, Tammi, Helsinki

- Kuusi Osmo (1994). Materiaalit murroksessa. VATT-julkaisuja 16, Helsinki
- Kuusi Osmo (1999). Expertise in the future use of generic technologies. Väitöskirja, VATT-tutkimuksia 59, Helsinki
- Kuusi Osmo (2001). Ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä tukeva tulevaisuuspolitiikka ja geronteknologia. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 9, Eduskunnan kanslian julkaisu 7/2001
- Kuusi Osmo ja Parvinen Martti (2003). Ihmisen perimän ja kantasolujen tutkimuksen haasteet päätöksenteolle. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 16, Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2003
- Kuusi Osmo (2004). Teknologian arviointitoiminta eduskunnassa. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 17, Eduskunnan kanslian julkaisu 2/2004
- Laine M. (2005). Hoitajana huomennakin: hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C Scripta lingua Fennica, Edita 233, Turku
- Lehtonen A. (2004). Apteekin ja muun terveydenhuollon yhteistyö. Suomen Apteekkariliiton koordinaatioryhmän seminaari 13.10.2004, Hamina
- Lillrank Paul ja Haukkapää-Haara Pirjo (2005). Tilaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa. Helsingin teknillisen yliopiston BIT-tutkimuskeskus, Espoo
- Linden Aki (2006). Tausta-aineistoa strategian uudistamiselle – Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin haasteet, Turku
- Martins Joaquim (2006). Projecting OECD Health and Long-term care expenditure. Luento kansanedustajille OECD:ssa, Pariisi 22.2.2006
- Murray M ja Berwick D. (2003). Advanced access, Reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003; 289:1035–1040
- Palo Jorma (2003). Oravasyndrooma, rikollista rahaa pöyhimässä. Dark Oy, Vantaa
- Parkkila Pasi (toim.) (2005). Erikoissairaanhoidon yhteistyö ja työnjako Pohjois-Suomessa. raportti 26.8.2005, Rovaniemi, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Pekurinen Markku (2005). Terveyspiirit. Esitelmä Suomen terveydenhuollon arvioinnin seuran seminaarissa, toukokuu 2005
- Pekurinen Markku, Junnila Marja-Liisa ja Idänpää-Heikkilä Ulla (2003). Itä-Savon terveydenhuoltopiiri. Selvitystyön loppuraportti, Stakesin kehittämisselvityksiä 8/2003
- Pekurinen Markku, Klavus Jan ja Mikkola Hannamari (2004). Erityisen kalliit hoidot – rahoitusvaihtoehtojen arviointeja. STM:n selvityksiä 2004:15
- Pietarinen Juhani ja Launis Veikko (2005). Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto
- Puro Markku ja Suhonen Riitta (2005). Forssan malli terveystalvelujen tuottamisessa – tulevaisuuden toimintatapa? Julkaisussa L. Vuorenkoski, R. Wiman, M. Sinkkonen (toim.): Signaaleja – Stakesin tulevaisuusraportti, Aiheita 1/2005
- Putkonen Carita (2005). Tanska keskittää terveystalvelut ja vähentää kuntia. Chess online 2/2005
- Ranki A. (1999). Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Kauppakaari Oyj, Helsinki
- Rimpelä Arja, Rainio Susanna, Pere Lasse, Saarni Lea, Kautiainen Susanna, Kaltiala-Heino Riittakerttu, Lintonen Tomi ja Rimpelä Matti (2004). Suomalaisten nuorten terveys 1977–2003. Suomen Lääkärilehti 2004; 59: 4229
- Rimpelä Arja, Rainio Susanna, Pere Lasse, Saarni Lea, Kautiainen Susanna, Lintonen Tomi ja Rimpelä Matti (2005). Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005 – Nuorten terveystapatutkimus 2005. STM:n selvityksiä 2005:23
- Rissanen S. ja Sinkkonen S. (toim.) (2004). Hoivayrittäjyys. Jyväskylä: PS-kustannus, 2004

- Skrabanek P. (1994). The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Social Affairs Unit: London
- Uotila Eila (2004). Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. STM Selvityksiä 2004:3
- STM (2004). Terveyskeskus toimivaksi – Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13
- Teperi Juha (2004). Kuka saa terveystalvakuja? Teoksessa Heikkilä M. ja Roos M. (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Gummerus, Saarijärvi, s. 106–120
- Turoff Murray (1975). The Policy Delphi. In Linstone H.A. and Turoff M. (eds.): The Delphi Method, Techniques and Applications. Addison-Wesley, Reading, MA
- Työterveyslaitos (2003). Työ ja terveys Suomessa
- Törmä Sinikka, Nieminen Jarmo ja Hietikko Merja (2001). Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukeva teknologia käyttäjänäkökulmasta, Turvahälytysjärjestelmät. Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arviointeja 7, Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2001
- Viitala Riitta ja Saloniemi Riikka (2005). Perhe-hanke perhepalvelujen kumppanuusohjelma. STM:n monisteita 2005:4

Lähteet Internetistä ja päivälehdistä

- Adherence to long-term therapies – evidence for action, WHO
http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/
- Fineli-tietokanta (2004)
www.fineli.fi
- European Observatory on Health Care Systems (2002)
<http://www.euro.who.int/observatory>
- HFA data base (2005). European health for all database
<http://www.euro.who.int/hfad>
- HS 20.1.2006. Helsingin Sanomat
- HS 23.1.2006. Helsingin Sanomat
- Kansallinen terveysprojekti (2002)
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys176.htm>
- Lääkärin vala (2005)
<http://www.saunalahti.fi/arnoldus/hippvala.html>
- OECD review of health care systems – Finland (2005)
http://www.oecd.org/document/47/0,2340,en_2649_37407_35808943_1_1_1_37407,00.html
- Stakes, taskutieto 2006
<http://www.stakes.info/1A/index.asp>
- WHO World Health Report 2000
<http://www.who.int/whr/2002/en/>