

Terveydenhuoltouudistus:
mitä tukea se tarvitsee
tutkimustyöltä ja asiantuntijoilta?

Martti Kekomäki

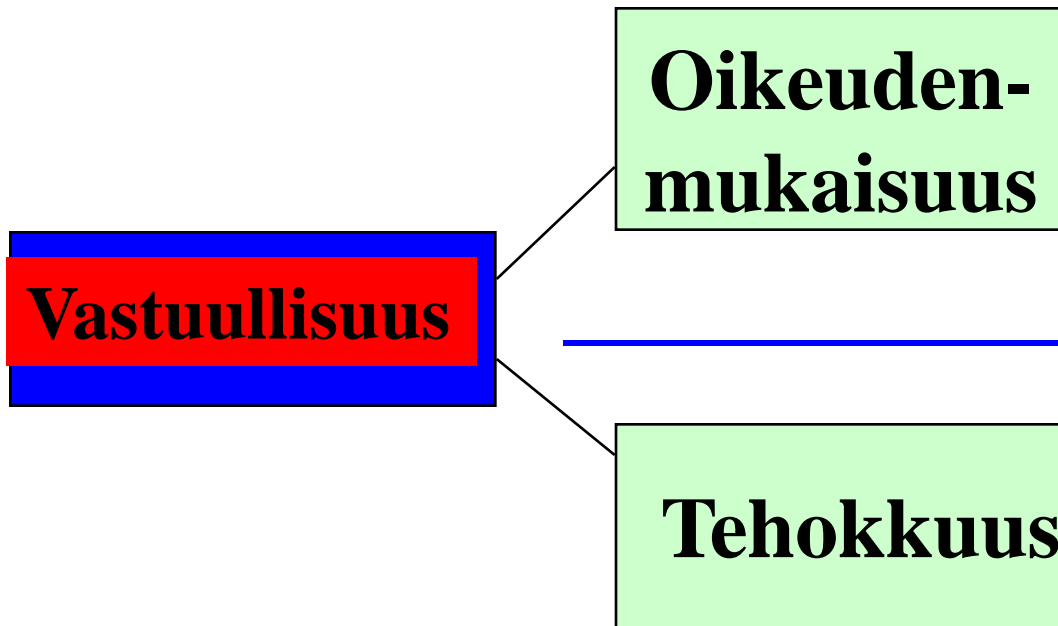
24.11.2011

Juonen kulku

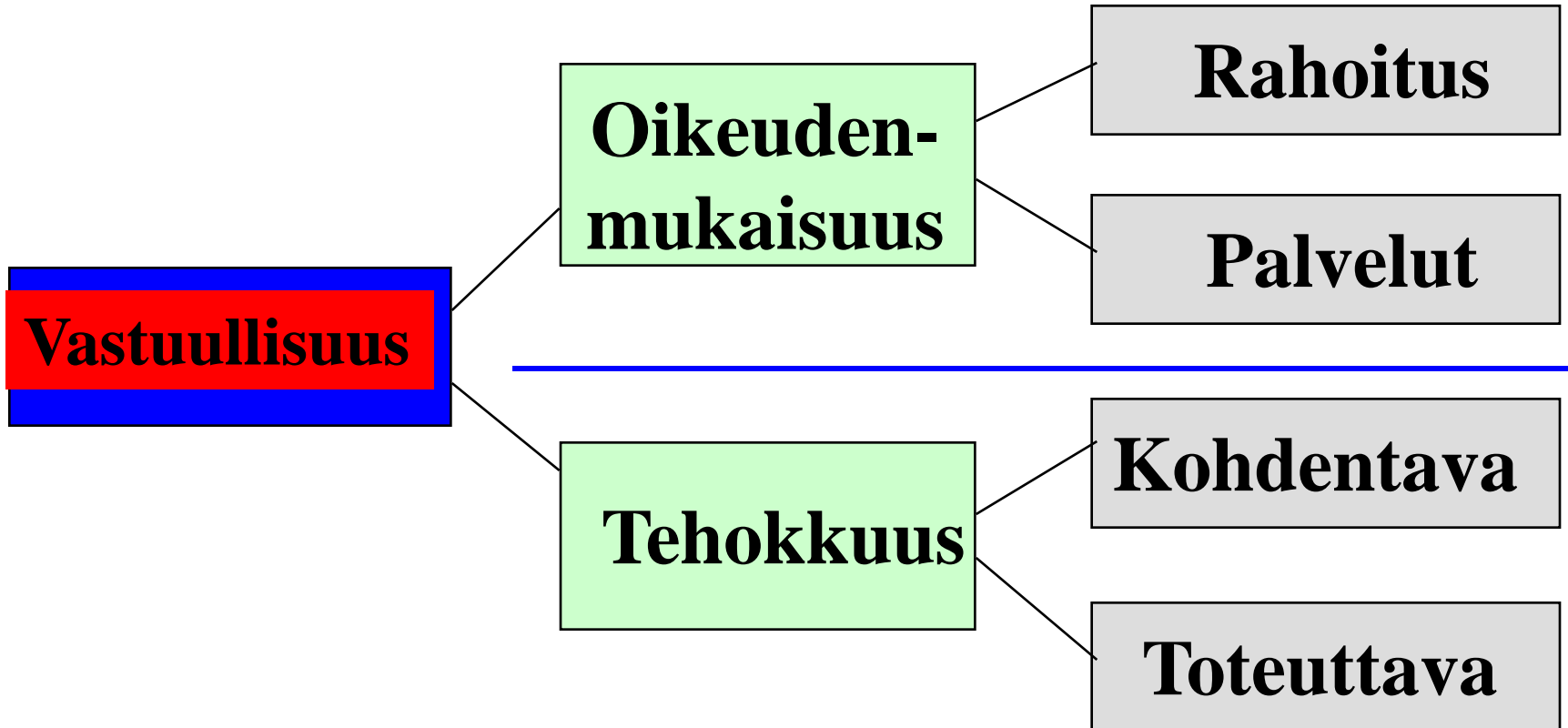
- onko hyvä terveydenhuolto määriteltävissä?
- uudistuksen tarvitsemia työvälineitä
- painoaloja tutkimukselle?
- koulutuskin kohdalleen
- kohta on kiire
- kansainvälistä vetoapua
- päätelmät

Hyvän terveydenhuollon määreet

(Arnold Relmanian mukailleen)



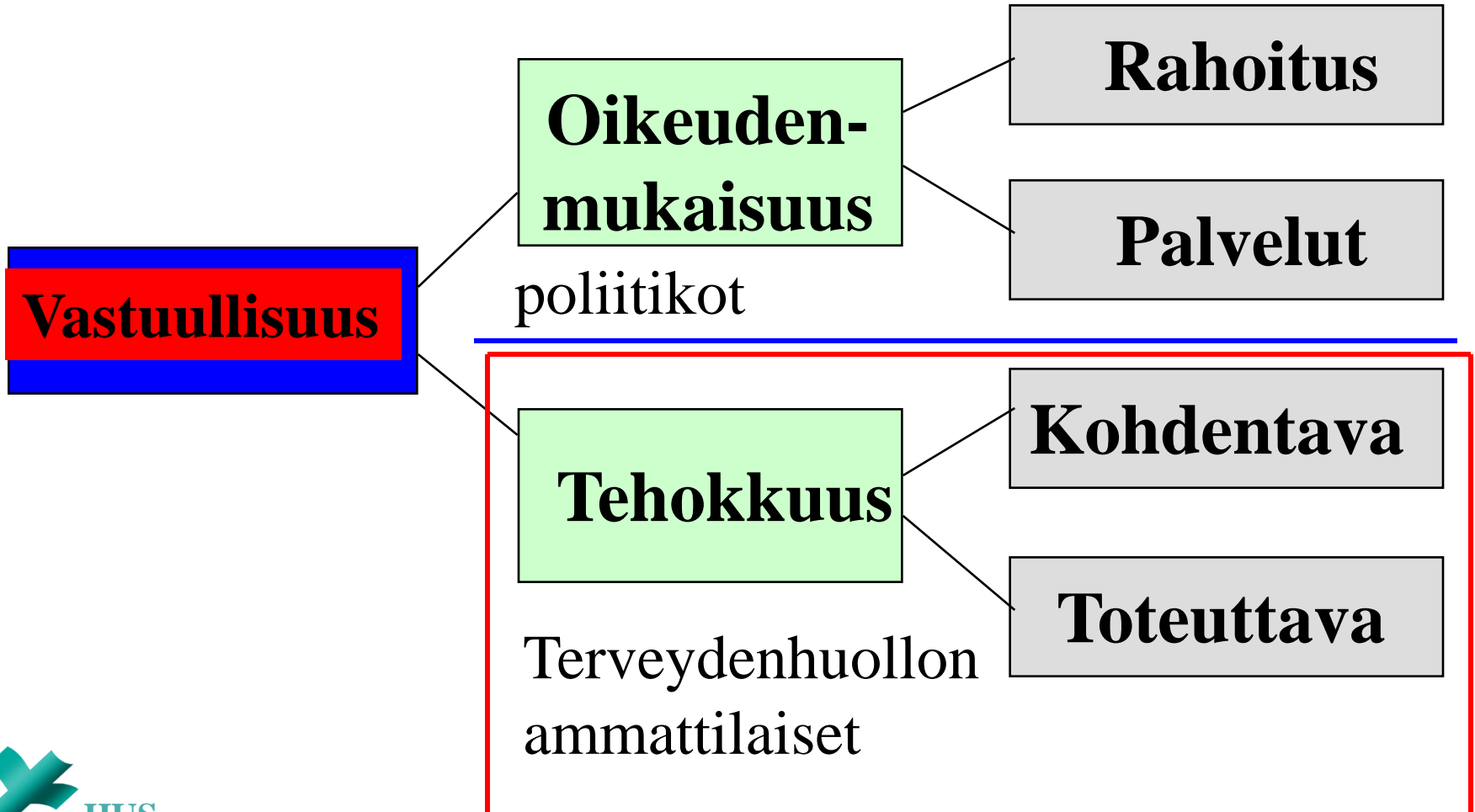
Hyvän terveydenhuollon määreet



HUS

Martti Kekomäki

Hyvän terveydenhuollon määreet



Uudistuksen työvälineitä terveydenhuollon ammattilaisille

tavoite

- kohdentava tehokkuus
- toteuttava tehokkuus

väline

- terveystaloudellisuus
- sisäinen laskentatoimi

Terveysprofessioiden primaarivastuu koskee siis

- hoitomenetelmien valintaa
- potilaiden valintaa, sekä
- hoidon tuhlailematonta, virheetöntä ja turvallista toteutusta
- *ne eivät silti voi kääntää kokonaan selkäänsä myöskään oikeudenmukaisuuden tavoitteelle*
- *oikeudenmukaisuus:*
 - *sama tarve, sama hoito;*
 - *kustannuksiin sama prosenttiosuus tuloista, tavalla tai toisella*

Uudistuksen työvälineitä

- *tietotekniikka*, avainasemassa **EPR**,
 - rakenteistetun tiedon keruu, muokkaus, ja *”uusiokäyttö”* (secondary use services, SUS)
 - dashboard –instrumentit mittaamaan ajantasaisesti *hoidon laadun* kaikkia ulottuvuuksia (IOM 2001),
 - vaikuttavuutta
 - tehokkuutta
 - oikea-aikaisuutta
 - turvallisuutta
 - potilaskeskeisyyttä ja
 - oikeudenmukaisuutta

Ohjaustoimen tavoite

EPR < > ERP

jossa

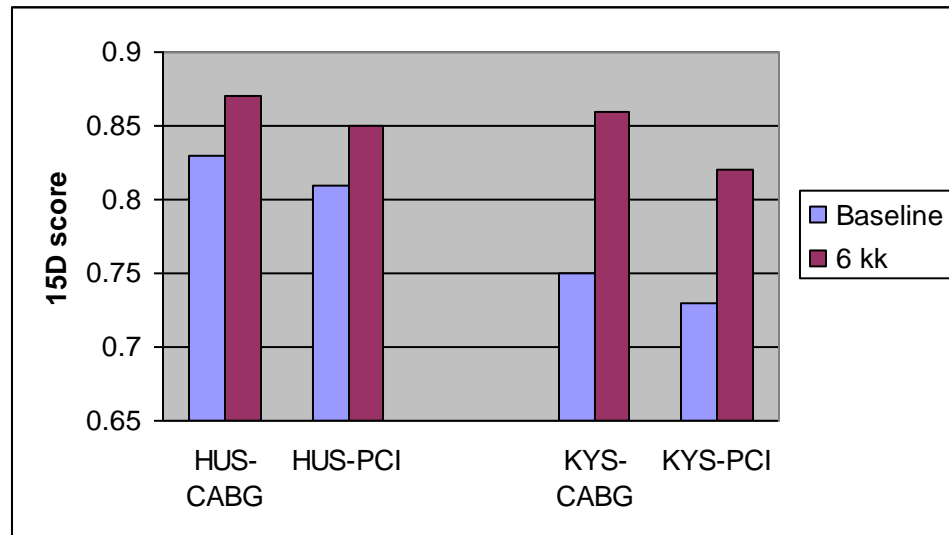
EPR = elektroninen potilaskertomus ja

ERP = yksikön toiminnan ohjausinstrumentti,
(Enterprise Resource Planner)

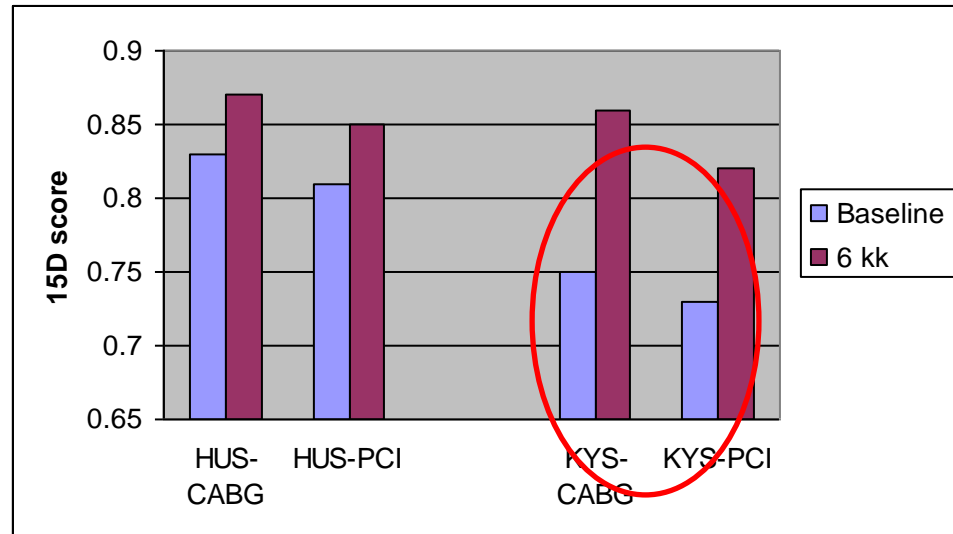
Uudistuksen uusia mittareita 1

- CER, (Comparative Effectiveness Research):
 - *mikä on hoidon vaikuttavuus valikoitumattomassa, 'tavallisessa' potilasaineistossa?*
 - vaikuttavuuden seurannan jatkuttava koko loppuelämän ajan, tavalla tai toisella
- kokonaiskustannukset (Bundling)
 - hoidon optimoimiseksi tunnettava hoidon kaikki suorat kustannukset ja välilliset menot (KELA)

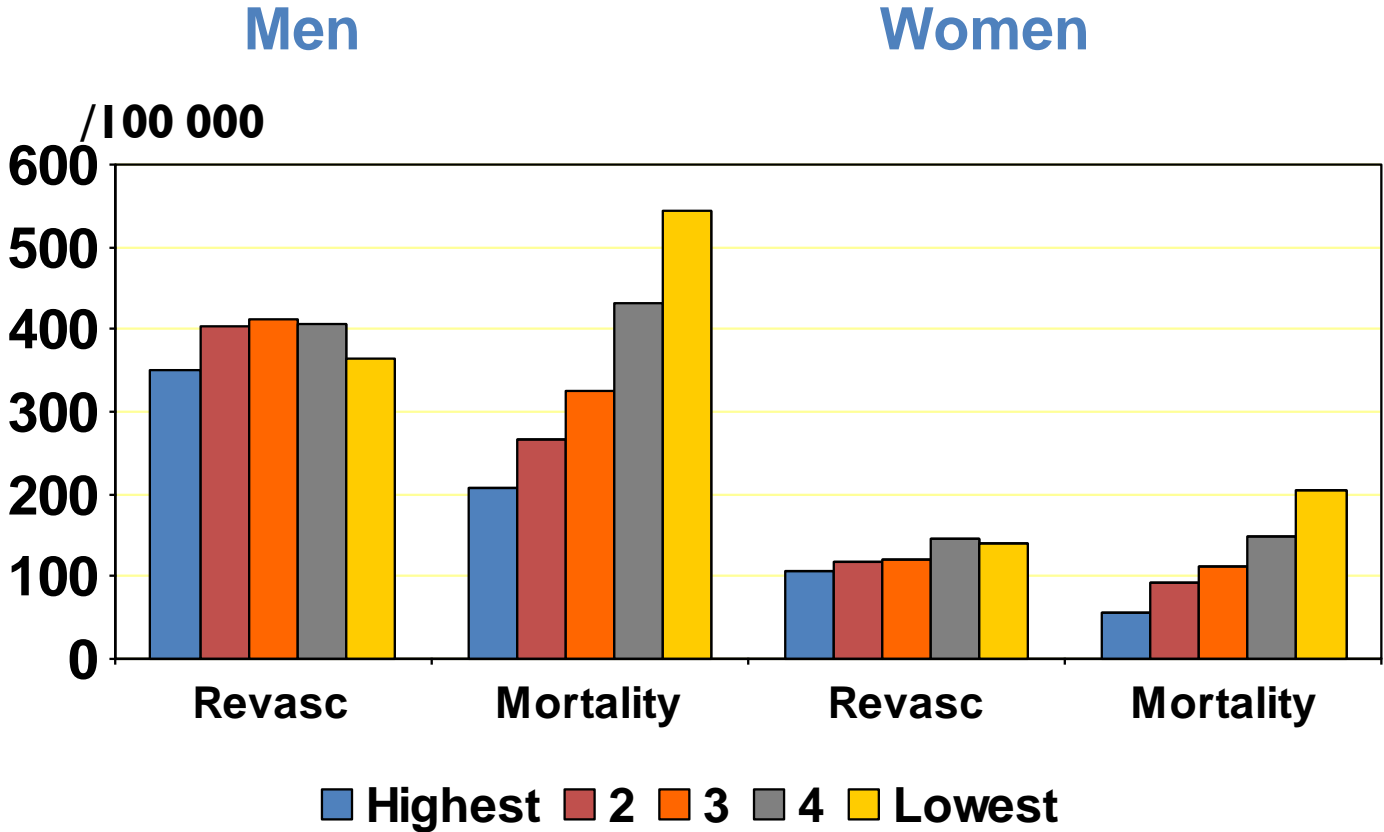
HUS:n ja KYS:n sepelvaltimotautipotilaiden 15D-score ennen hoitoa



HUS:n ja KYS:n sepelvaltimotautipotilaiden 15D-score ennen hoitoa

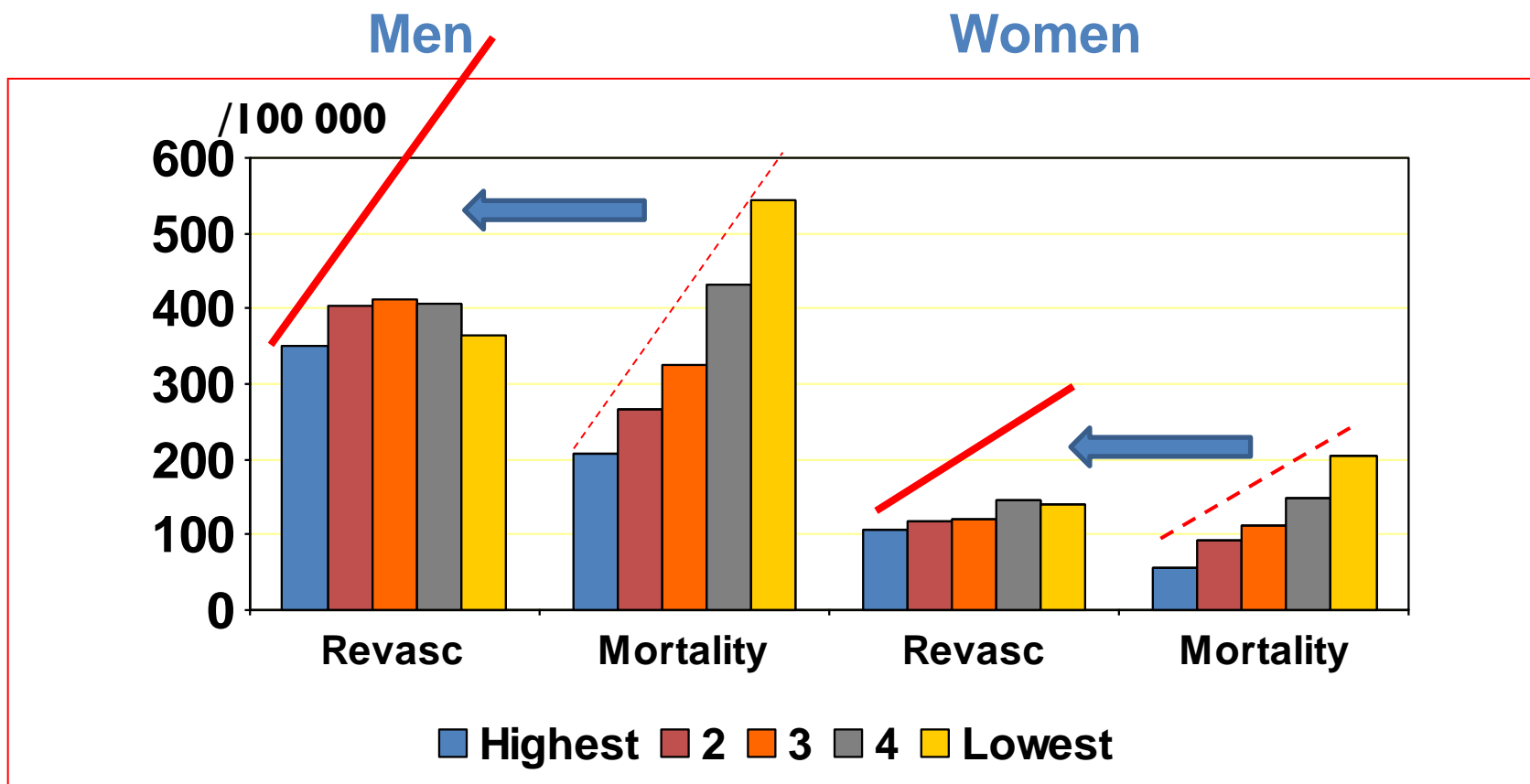


Income bracket, revascularization procedures (PTCA or CABG) and mortality in ICD in Finland in the year 2003 by men and women aged 25 to 84 years



Julkaisemattomia tietoja HILMOsta

Income bracket, revascularization procedures (PTCA or CABG) and mortality in ICD in Finland in the year 2003 by men and women aged 25 to 84 years



Julkaisemattomia tietoja HILMOsta

Alin tuloviidennes "saa" noin puolet tarvitsemistaan revaskularisaatiotoimenpiteistä¹⁶

Uudistuksen uusia mittareita 2

- oikeudenmukaisuus, tavoitteena alueellisesti ja sosio-ekonomisesti tasa-arvoinen palvelujakauma
 - hoitoindikaatioiden valtakunnallinen vakiointi
 - *hoitoprevalenssin* seuranta ja suhteuttaminen epidemiologisesti arvioituun tarpeeseen
 - edellyttää HILMO:n ja kuolinrekisteritietojen kytkemistä toisiinsa, ei juuri muuta!

Terveydenhuoltolaki (1326/2011) avaa mahdollisuuksia

- laki painottaa nimenomaisesti 'laatua' ja 'vaikuttavuutta' ja tuo EPR:n yhden yhteisen rekisterinpitäjän vastuulle
- *'vaikuttavuuden' seuranta edellyttää ylivuotista seuranta ja on nyt siis lakisääteinen velvollisuus, ei välttämättä tutkimustyötä, eikä edellytä enää erillistä lupamenettelyä*

Laajentuvia tutkimuskohteita

- preventiivinen toiminta
 - välineenä ryhmäyttäminen (vertaistuki, 'porukka') osoittanut voimansa AA-liikkeestä alkaen painonhallinnassa, liikunnassa, depressiossa, dementian puhkeamisen hidastamisessa, nikotiiniriippuvuudessa, *käytännössä kaikkialla, missä sitä on ehditty testata*
- preventio hyötyy tuntuvasti so-te – integraatiosta: "so" ja "te" ovat toistensa vaihtoehtokustannuksia!

Kuntakoon ongelmia tutkittava

- kuntien yhdistämisen taustoja on vaikea käsittää
- miksei kuntien anneta olla ja selvitetä vakuutusfunktion toimivuutta so-te –palveluiden järjestämisessä?
- vakuuttautuminen lisää todistettavasti yksilöiden kokonaisutiliteettia, miksei se lisäisi kaikenkokoisten kuntien utiliteettia?
- vakuutusorgaani eli riskipooli \approx ERVA-alue, bonuksia *kunnille* hyvistä preventio-ohjelmista eli alennusta vuotuisista kapitaatiokorvauksista, nippeli- ja DRG-korvaus sivuun

Avainprofessioiden koulutusohjelmat laahaavat jäljessä

- *lääkärikoulutus:*
 - yleinen 'ympäristö-oppi' aivan kehittymätön, korvautunut mikromolekulaarisella sillisalaatilla
 - "pipetoimalla pomoksi" –ajattelu istuu lujassa
 - "joka hampaalle on oma professorinsa", terveydenhuollon tietotekniikalle ei ole yhtään
- *hoitotyön koulutus:*
 - "työpaikoilla saadaan koulutus aloittaa tyhjästä" (alan esimiesosaajan tuore mielipide)

Vuosi 2014 tulee pian

- miten hoitotiedon ajatellaan siirtyvän tk:sta A tk:een B?
- miten silloin laskutetaan, mistä ja ketä?
 - terveysriskin mukaan?
 - toteutuneesta hoidosta?
 - tk:n saranoiden kulumisesta?
- *”mitä tehokkuudessa voitetaan, se yleensä transaktiokustannuksissa hävitään” (M. Brommels)*

Onneksi emme ole yksin

- ACO ja CER USA:n terveystuudistuksen ydinasioita
- hoitoprosessien järjestämisessä voimme peesata Hollantia
- yksikanavaisessa rahoituksessa otamme esimerkkiä Vermontin osavaltion ohjelmasta
- KELAn sulauttamisessa malliksi kelpaa Ruotsi
- lääkäreiden kaksoisintressien lopettamisessa esikuvaksi kelpaa mikä tahansa sivistysmaa....
- **jne, sijalukumme ei tarvitse enää olla > 40....**

Päätelmät

- HSR, health services research, kaikkine osa-alueineen, on nostettava arvoonsa
- suomalainen systeemi on saatavissa paljon selvemmäksi ja oikeudenmukaisemmaksi ilman mainittavia lisäkustannuksia
- mutta missä on poliittinen tahto, johtajuus?