

Konsensuskokous 2002 TUOKO KESKITTÄMINEN LAATUA ERIKOISSAIRAANHOITON?

Konsensuslausuma 22.1.2003

Johdanto

Konsensuskokouksessa arvioidaan avoimessa ja julkisessa kokouksessa tieteellisen näytön perusteella sairauksien diagnostiikkaan, hoitoon ja ehkäisyyn sekä palvelujen järjestämiseen liittyviä toimintatapoja. Terveydenhuollon edustajat, eri alojen asiantuntijat, tutkijat, potilaat ja muu yleisö sekä kokoukselle ennalta valittu paneeli osallistuvat työskentelyyn. Paneeli tuottaa kokouksen aikana konsensuslausuman, joka on vastaus kokouksen paneelille esittämiin kysymyksiin.

Vuonna 2002 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia valitsivat konsensuskokouksen aiheeksi erikoissairaanhoidon keskittämisen merkityksen. Käynnissä olevan kansallisen terveysprojektin moniin toteutushankkeisiin liittyy oleellisena kysymys hoidon järjestämipaikasta, tuotetaanko palvelu keskitettynä vai hajautettuna? Aiheen laajuuden takia konsensuskysymys rajattiin koskemaan vain erikoissairaanhoidoa. Koska erikoissairaanhoido on vain osa potilaan kokonaisuhoitoa, ei viittauksilta koko palvelujärjestelmään kohdistuviin vaikutuksiin voi kuitenkaan välttyä. Paneeli laati lausuman asiantuntijoiden alustusten ja niiden pohjalta käytyjen keskustelujen, oman käytännön kokemuksensa sekä kokouksessa esitetyn kirjallisuuskatsauksen perusteella.

Tämän konsensuslausuman on laatinut paneeli, johon kuuluivat puheenjohtajana ylilääkäri Lauri Nuutinen (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri) ja jäsenenä professori Mats Brommels (Karolinska Institutet), tutkimusprofessori Unto Häkkinen (STAKES), johtaja Rauno Ihalainen (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri), hallintoylihoitaja Saara Ijäs (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri), kansanedustaja Niilo Keränen (Taivalkoski), LKT Ilkka Kunnamo (Saarijärven-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä), johtajaylilääkäri Olli-Pekka Lehtonen (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri), toimittaja Tiina Merikanto (Yleisradio Oy TV 2), johtaja Markku Puro (Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä), johtava lääkäri Tuomo Pääkkönen (Suomussalmen terveyskeskus), kansanedustaja Osmo Soininvaara (Helsinki), kansanedustaja Marjatta Stenius-Kaukonen (Pirkanmaa) ja johtajaylilääkäri Turkka Tunturi (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). Kukin jäsen osallistui paneelin työskentelyyn yksityishenkilönä.

Tuoko keskittäminen laatua erikoissairaanhoidon - kokouksen konsensuskysymykset olivat seuraavat:

- Mitä keskittäminen on?
- Mitkä tekijät vaikuttavat kussakin ajassa keskittämispäätöksiin?
- Mitkä ovat keskittämisen hyödyt ja haitat?
- Miten keskittämispäätökset vaikuttavat palvelujärjestelmään?
- Mihin tutkimusta tulisi suunnata?

Terveydenhuollon palvelujärjestelmän hankkeita ja kehittämissuuntia

Potilaan kannalta hyvä hoito lisää terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta, se saadaan kohtuullisessa ajassa ja mielellään kohtuullisen matkan päästä. Erikoissairaanhoidossa tietämys lisääntyy nopeasti, kalliita lääkkeitä, tutkimus- ja hoitomenetelmiä ja -laitteita tulee käyttöön. Kalliit laitteet ja entistä erikoistuneempi osaaminen tulee saada tehokkaaseen käyttöön. Terveydenhuollon rahoitusvaje velvoittaa käytössä olevien mahdollisuuksien taloudelliseen käyttöön ja hoitotuloksen kannalta optimaaliseen järjestelyyn. Tieto hoidon vaikuttavuuteen liittyvistä tekijöistä lisääntyy, mutta se ei kuitenkaan ole tällä hetkellä riittävää.

Käypä hoito -projekti ja FinOHTA:n arviotoiminta sekä terveydenhuolto- että terveystaloustieteellinen tutkimus antavat näyttöön perustuvaa tukea palvelujärjestelmän uudistuksille. Terveydenhuollon muutosta tulee ohjata tiedolla, jota tarvitaan arvokeskustelun ja päätöksenteon pohjaksi.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää on kehitetty paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnan tasolla lukuisilla hankkeilla. Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi käynnistyi vuosina 2001 – 2002 ja sen toteutus alkoi vuoden 2002 aikana. Sitä edelsi Terveydenhuolto 2000-luvulle -projekti vuosilta 1988 - 2001. Molemmissa projekteissa pyritään palvelujärjestelmän järkevillä muutoksilla säästöihin ja entistä vaikuttavampiin toimintatapoihin. Parhaillaan selvitetään vastaavasti sosiaalihuollon toimintaa. Palvelujärjestelmän suunnittelua vaikeuttavat muutokset eri henkilöstöryhmien työvoimatilanteessa. Suomalaisessa terveydenhuollossa tavoitellaan tasa-arvoista hoitoon pääsyä maan eri osissa, hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä ja harvoin esiintyvien vaikeiden hoito-ongelmien järkevää keskittämistä.

Paneeli on käsitellyt pääasiassa julkisen sektorin toiminnan järjestämistä, mutta kannanotot koskevat soveltuvin osin myös yksityissektoria ja kolmatta sektoria.

1. MITÄ KESKITTÄMINEN ON?

Keskittämisellä tarkoitetaan terveydenhuollossa perinteisesti sitä, että toimintakäytäntöjen muutoksilla, keskinäisin sopimuksin tai annetuvin ohjein ja määräyksin kootaan tietyt diagnostiset palvelut, hoidot tai kuntoutus harvempiin yksikköihin valtakunnassa tai harvempien työntekijöiden tehtäväksi.

Erikoissairaanhoidoa voidaan keskittää alueellisesti tai valtakunnallisesti. Toiminta voidaan keskittää paitsi kokonaan myös osaksi, jolloin vaativa ja kriittinen hoidon osuus tehdään keskitetysti ja muu osa hoitoa toteutetaan hajautetummin. Keskittäminen voi tapahtua siirtämällä potilaita (esim. leikkausta varten), hoidon antajia tai välineitä (esimerkiksi kiertävä leikkaustiimi, terveyskeskuksissa konsultoivat lääkärit, kunnissa kiertävä silmänpohjakamera) tai tietoja (esim. digitaalisten röntgenkuvien lausuminen etätyönä).

Keskitetyt palvelut voidaan järjestää joko kokoamalla yhteen toimintayksikköön samankaltaiset toimenpiteet ja niiden osaajat tai tuomalla samaan yksikköön tietyn

potilasryhmän tutkimukseen ja hoitoon tarvittavat erilaiset palvelut. Uusi teknologia mahdollistaa myös osaamisen verkottumisen.

Pyrkimyksenä on samanaikaisesti osaamisen mahdollisimman tehokas hyödyntäminen, ylläpitäminen ja levittäminen. Osaamisen keskittäminen edistää toiminnan yhdenmukaistamista.

Keskittämällä voidaan pyrkiä kahteen eri tavoitteeseen, jotka eivät aina toteudu yhtäkaaa.

1. Taloudelliset mittakaavaedut. Keskittäminen harvempiin yksiköihin auttaa jakamaan näiden yksiköiden kiinteät kustannukset mahdollisimman monen tuotetun terveyspalvelun osalle, mikä pienentää yksikkökustannuksia. Erikoisesti kalliita investointeja vaativat toiminnot voidaan harkita keskitettäviksi. Näitä ovat esimerkiksi kalliit kuvantamislaitteet, hiukkaskiihdyttimet tai laboratorioautomaatiikka. Keskittäminen on tarkoituksenmukaista silloin kun tiettyä valmiutta on ylläpidettävä vaikka kysynnän määrä vaihtelee ja on ajoittain vähäistä (esim. katastrofivalmius ja päivystystoiminta). Tämän valmiuden ylläpitämisestä syntyvät kiinteät kustannukset on syytä kustantaa riittävän suurta väestöpohjaa kattavien kuntien yhteistyönä. Toimintayksikön koon kasvaessa tarvitaan kuitenkin investointeja lisäkapasiteettiin ja toiminnan monimutkaistuessa yksikkökustannukset alkavat myös kasvaa.

2. Laadulliset mittakaavaedut. Perusajatuksena on toistuvaan tekemiseen liittyvä oppiminen. Ajatus vastaa "harjoitus tekee mestarin" sananparteen sisältyvää viisautta. Suomen kokoisessa maassa joitakin tutkimuksia ja hoitoja tarvitaan niin vähän, ettei hajautettu palvelutoiminta tuo kaikissa asioissa riittävää kokemusta ja osaamista. Osaajien työtä seuraamalla myös muut oppivat (mestari-kisälli –asetelma). Samaten, kun saman alan osaajia työskentelee yhdessä, nämä oppivat toinen toisiltaan. Suuremmissa yksiköissä laatu voi parantua myös monipuolisempien oheispalveluiden avulla.

Paneelille esitetyissä kysymyksissä pyritään käsittelemään lähinnä jälkimmäistä keskittämisperustetta: paraneeko palvelujen laatu organisoimalla nykyistä erikoissairaanhoidon uudelleen siten, että osaamista tiivistetään. Keskittämispäätöksiä tehtäessä on arvioitava keskittämistä puoltavan tutkimustiedon vahvuus, päätösten vaikutus hoitojärjestelmään, potilaisiin ja terveydenhuollon ammattihenkilöihin.

2. MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT KUSSAKIN AJASSA KESKITTÄMIS- PÄÄTÖKSIIN?

Lääketieteen kehitys

Lääketieteellisen osaamisen erikoistuminen luo tarvetta keskittää toimintaa suurempiin yksiköihin, koska yksi spesialisti pystyy kattamaan entistä pienemmän osa-alueen. Suurempia yksiköitä puoltaa myös se, että yhä erikoistuneempi henkilöstö pystyy huonommin korvaamaan toisiaan, jolloin toiminnan häiriötön jatkuvuus edellyttää suurempia yksiköitä.

Pienten potilasryhmien hoito on erikoistunut sekä osaamiseltaan että välineistöltään niin vaativaksi, että hoidon keskittäminen valtakunnallisesti yhteen tai muutamaaan paikkaan on perusteltua.

Osana lääketieteen kehitystä ala myös teknistyy ja pääomavaltastuu. Tämä puoltaa sinänsä suurempia yksiköitä pääomakustannusten vähentämiseksi. Tämän merkitys on kuitenkin suhteellisen vähäinen, sillä palkkakustannukset muodostavat tekniikan kalleudesta huolimatta valtaosan kustannuksista.

Tekniikan kehitys

Tiedonsiirron helpottuminen ja nopeutuminen tekee mahdolliseksi saada eräitä keskittymisen tuomia etuja myös hajautetussa järjestelmässä. Erikoisosaamisen konsultointi helpottuu ilman, että potilaan tarvitsee matkustaa. Videoneuvotteluna tapahtuvassa konsultoinnissa myös osaaminen lisääntyy, kun hoidon suunnittelu ja päätös tapahtuvat vuorovaikutuksessa, potilaan, konsultoijan ja erityisosaajan kesken.

Laboratorioautomaatiikan kehittyminen ja laatuvaatimusten tiukentuminen puoltaa näytteen analysoinnin keskittämistä. Näytteenotto tulee säilyttää hajautettuna, jotta potilaan matka- ja aikakustannukset eivät kasvaisi. Näytteenoton eriytyminen analyysistä pakottaa kehittämään näytteen kuljettamiseen liittyvää logistiikkaa. Kuitenkin terveyskeskusten sujuva toiminta voi puoltaa perusanalytiikan säilyttämistä hajautettuna.

Digitaalinen kuvantaminen yhdistettynä nopeaan tiedonsiirtoon puoltaa järjestelmää, jossa itse kuvaaminen tehdään hajautetusti, lähipalveluna, mutta kuvat analysoidaan keskitetysti. Tämä tekee mahdolliseksi yhdistää valtakunnallinen – jopa maailmanlaajuinen – huippuosaaminen hajautettuun järjestelmään. Eräänä esteenä tämänsuuntaiselle kehitykselle on aluetietojärjestelmien kehittymättömyys.

Toistaiseksi kuvantamislaitteet ovat kalliita, mikä estää kuvaamisen hajauttamista. Mikäli laitteet tulevaisuudessa halpenevat, kuvantamista voidaan hajauttaa jopa nykyisestä.

Yhteiskunnan muutos

Muuttoliike suuriin kaupunkeihin ja kasvukeskuksiin vaikuttaa palvelurakenteeseen kahdella tavalla. Toisaalta muuttotappioalueilla palvelujen järjestäminen vaikeutuu ja tarve palvelujen yhdistämiseen kasvaa. Muuttovoittoalueilla suuren väkimäärän asuminen pienellä alueella tekee mahdolliseksi suuret yksiköt ilman suuria välimatkoja, mutta voi aiheuttaa suuriakin investointeja

Liikenneolojen kehitys ja ihmisten lisääntyvä liikkuminen puoltavat suurempia yksiköitä myös terveydenhuollossa.

Julkisessa päätöksenteossa muutoksista päättäminen voi olla vaikeaa, vaikka uudistuksille olisi perusteita. Tämä saattaa hidastaa terveydenhuollon tarkoituksenmukaista organisointia. Yhteiskunnan ja elämäntapojen muutos on muuttanut myös lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilöstön elämänarvoja aiempaa urbaanimmiksi. Siitä johtuen vakanssien täyttäminen syrjäseuduilla on vaikeutunut. Vapaa-ajan ja perheen arvostus on noussut. Halu sitoutua ns. epämurkavaan työhön on muuttunut.

Arvostusten ja vaatimustason muutokset

Potilasturvallisuuden vaatimukset ovat korostumassa. Hoidon turvallinen järjestäminen edellyttää monipuolisen osaamisen ja välineistön ajanmukaisuutta ja jatkuvaa käyttövalmiutta. Tämä näkyy esimerkiksi pyrkimyksenä synnytysten keskittämiseen. Toisaalta keskittämisen ongelmana ovat pitkät hoitomatkat ja riski hoidon aloituksen viivästyisestä.

Potilaiden vaatimustaso ja tiedot uusimmista hoitomahdollisuuksista ovat parantuneet. Parasta mahdollista hoitoa osataan vaatia ja parhaan mahdollisen hoidon katsotaan kuuluvan potilaan oikeuksiin. Tästä syntyy tarve yhä erikoistuneemman hoidon tarjoamiseen.

EU:n oikeuskäytäntö antaa tietyn edellytyksin potilaille mahdollisuuden hakeutua hoitoon myös toiseen EU-maahan, jos lääketieteellisesti perusteltua hoitoa ei kotimaassa voida kohtuujassa järjestää. Tämä on johtamassa kiristyvään kilpailutilanteeseen, johon myös kotimaisen julkisen terveydenhuollon on vastattava mm. korkeatasoisia ja pitkälle erikoistuneita hoitoja kehittämällä.

Tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä koulutuksen järjestäminen

Tutkimuksen ja koulutuksen järjestäminen on helpompaa suurissa yksiköissä. Tätä näkemystä puoltaa myös Stakesissa tehtyyn tutkimukseen perustuva havainto, että tutkimus- ja koulutustoiminnassa on huomattavia mittakaavaetuja. Kehittämistoiminnan osalta asia on monitahoisempi. Toisaalta kehittämistoimintaan on suuressa yksikössä helpompi irrottaa voimavaroja, mutta toisaalta pienessä yksikössä päätöksenteko on vaivattomampaa.

Johtaminen

Terveysthuollon johtamiseen on viime aikoina kiinnitetty erityistä huomiota. Silloinkin, kun yksikkökoon suurentaminen olisi muuten perusteltua, voivat johtamisongelmat puoltaa pienempää yksikkökokoja. Toiminnan monimutkaistuminen johtaa kohoaviin yksikkökustannuksiin yksikön koon kasvaessa. Toisaalta, jos sairaanhoidon johtamisjärjestelmät ja osaaminen kehittyvät, lisääntyvät edellytykset yksikkökoon kasvattamiseen.

Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen

Parempi hoidon laatu suurissa yksiköissä on pääsääntöisesti seurausta hoitokäytäntöjen hiomisesta ja optimoinnista. Jos hajautetunkin järjestelmän hoitokäytäntöjä kyetään yhtenäistämään informaatio-ohjauksella tai ammattilaisten välisellä yhteistyöllä, vähenevät perusteet yksikkökoon kasvattamiseen.

Hoitokäytäntöjen seuranta on helpompaa suurissa yksiköissä. Pienissä yksiköissä kynys puuttua huonoihin käytäntöihin saattaa pelkästään psykologisista syistäkin olla korkeampi.

Isommissa yksiköissä kokonaisprosessin hallintaa voidaan järjestelmällisemmin valvoa. Monitahoisiiin sairauksiin liittyvää erilaista erityisosaamista on suurissa yksiköissä helpommin ja oikea-aikaisesti saatavilla. Kokonaan oman haasteen muodostaa yksityisten palvelutuottajien hoitokäytäntöjen seuranta.

3. MITKÄ OVAT KESKITTÄMISEN HYÖDYT JA HAITAT

Laajan, pääosin Yhdysvalloissa tehdyistä tutkimuksista koostuvan, toiminnan laajuuden ja hoidon tuloksen välistä yhteyttä selvittäneen kirjallisuuskatsauksen tärkein havainto oli, että 70 % tutkimuksista osoitti suuren suoritemäärän (volyymin) liittyvän alhaiseen kuolevuuteen. Yksikään tutkimuksista ei päätnyt tulokseen, että suuri suoritemäärä liisäisi kuolevuutta.

Yksittäisen sairaalan tai lääkärin suoritemäärä ei kuitenkaan ennusta hoidon tulosta, vaan osa pienen volyymin sairaaloista ja lääkäreistä saavutti erinomaisia tuloksia, ja joidenkin suuren volyymin sairaaloiden tai lääkäreiden tulokset olivat huonoimpien joukossa. Suuri volyymi ei itsessään ollut hyvien tulosten syy, vaan kävi ilmi, että suuren volyymin sairaalat ja lääkärit, joiden hoitotulokset olivat hyviä, käyttivät keskimäärin vaikuttavampia hoitokäytäntöjä kuin huonoja hoitotuloksia saavuttaneet. Kun sairaaloiden huonojen tulosten syitä analysoitiin, todettiin että syyt hoidon huonoon tulokseen vaihtelivat sairaalakohtaisesti.

Tutkimukset vaikutuksesta kuolevuuteen rajoittuvat yksittäisiin operatiivisesti hoidettuihin potilasryhmiin. Keskittämisen vaikutuksia toiminnan ja tulosten kokonaisuuteen ei ole tutkittu.

Keskitetyn palvelutuotannon etuja ja haittoja on pohdittu laadun kolmen osakomponentin tasolta: ammatillinen laatu, toiminnan laatu, potilaan kokema laatu. Keskitetyn ja hajautetun palvelutuotannon mahdolliset edut ja ongelmat on esitetty taulukoissa 1 – 3.

A. Ammatillisen osaamisen laatu

Keskitettyssä palvelutuotannossa on helpompi ylläpitää ammattitaitoja ja hyödyntää eri asiantuntijoiden tukea. Sijoitus samaan taloon helpottaa myös tiimityötä ja konsultaatioita. Organisaatio ei ole riippuvainen yksittäisistä osaajista. Suuren sairaalan etuja on, että muita sairaaloita huonompi hoitotulos on helpompi havaita kuin pienessä sairaalassa. Haittana saattaa olla, että pitkälle erikoistuneessa organisaatiossa näkemys potilaan kokonaispalvelun tarpeesta saattaa heikentyä. Hajautetun palvelutuotannon etuna on potilaan elin- ja toimintaympäristön parempi tuntemus sekä muun paikallisen ammattitaidon hyödyntäminen. Hajautettuun toimintaan luonnollisen kuuluva ammatillinen laaja-alaisuus korostaa kokonaisvastuun ottamista potilaan hoidosta ja lisää työn mielekkyyttä. Toisaalta puuttuvat konsultaatiomahdollisuudet ja vertailukohteen puuttuminen lähiympäristöstä voivat johtaa ammatilliseen ”sokeuteen”. Harvojen käsissä oleva osaaminen on haavoittuvaa (loma-ajat ja viikonloput).

B. Toiminnan laatu

Toimintaketju on tunnettava sekä keskitettyssä että hajautetussa palvelujärjestelmässä; sinänsä palvelun järjestämistapa ei ennusta prosessin laatua. Keskitetyn palvelutuotannon teoreettisia etuja ovat toimintaprosessien helpompi hallinta ja toimintakäytäntöjen helpompi yhtenäistäminen. Lisäksi yhteisiä palveluyksiköjä (laboratorio, kuvantaminen) on helpompi hyödyntää. Sen sijaan mittakaavaedulle ei ole pystytty löytämään kiistatonta tukea. Kuolleisuutta laadun mittarina käyttäneiden tutkimusten analysointi on osoitta-

nut tiettyjä tautiryhmiä, joissa vallitsee tilastollinen yhteys toimintavolyymin ja kuolleisuuden välillä. Järkevästi alueellisesti keskitetty päivystys on todennäköisesti voimavarojen käytön kannalta edullinen. Laitekannan pitäminen ajanmukaisena on helpompaa suuressa yksikössä. Keskitetty palvelutuotanto tarkoittaa alueellista monopolia, mikä saattaa johtaa puutteelliseen kustannustietoiseen ja heikentyneeseen valmiuteen ylläpitää hyvin toimivia asiakassuhteita. Keskittäminen johtaa suurempaan organisaatiokokoon ja korostaa johtamisen ja viestinnän haasteita. Hajautettu palvelutuotanto pystyy pitämään luonnollisia yhteistyösuhteita muihin toimijoihin, mikä tukee joustavien hoitoketjujen kehittämistä. Hajautettu organisaatio on riippuvaisempi yksittäisistä osaajista, koska eri alan asiantuntijat ovat yksittäisiä.

C. Potilaan kokema laatu

Keskitetyssä palvelutuotannossa voidaan tarjota potilaan tarpeita vastaava asiantuntemus helpommin. Eräissä sairauksissa saavutetaan parempi hoitotulos hoitoja keskittämällä. Haittoina ovat pitkät välimatkat ja se, että potilaiden aikaa kuluu enemmän. Isossa organisaatiossa palveluympäristö on potilaalle vieras, jopa pelottava. Myös persoonatoman palvelun vaara kasvaa organisaation kasvaessa. Hajautetun palvelun edut ovat hyvä paikallisten elinolojen ja ympäristön tuntemus ja sitä kautta mahdollisuus potilaan elämäntilanteen huomioon ottamiseen. Paikallisesti järjestetty hoito voi myös paremmin turvata potilaan hoitosuhteen jatkuvuuden. Sen sijaan palvelukirjo on suppeampi kuin keskitetyssä palvelutuotannossa. Potilaan vaihtoehtojen lukumäärä on myös vähäisempi. Tämä voi olla haitallista, mikäli syntyy luottamuspuola potilaan ja hoitavan lääkärin välillä.

4. MITEN KESKITTÄMISPÄÄTÖKSET VAIKUTTAVAT PALVELUJÄRJESTELMÄÄN?

Oikeudenmukaisuus ja saavutettavuus

Palvelujen keskittäminen voi parantaa oikeudenmukaisuutta, kun hoitoperiaatteet yhtenäistyvät ja kiireellisyys arvioidaan yhdenmukaisesti kaikkien potilaiden kohdalla.

Keskittäminen voi lyhentää jonoja, jos toiminnan tehokkuus paranee.

Potilaan mahdollisuudet saada palveluja omalla äidinkielellään tulee turvata.

Pitkät matkat heikentävät päivystyspalvelujen saavutettavuutta. Kroonisten sairauksien pitkäaikaishoito ja useita käyntejä vaativat hoidot tulisi yleensä järjestää riittävän lähellä potilasta. Pitkillä matkoilla ei ole kovin suurta merkitystä ei-kiireellisessä (elektiivisessä) kirurgiassa tai muussa hoidossa, jonka tarve osuu yksittäisen henkilön kohdalle harvoin. Merkityksellinen asia on myös palvelun liittyminen potilaan jatkohoitoympäristöön. Potilashotellien tarve tulee ottaa huomioon.

Voimavarojen tasapuolinen kohdentuminen saattaa vaikeutua erikoistumisen myötä. Erikoistuneessa yksikössä työskentelevillä ei ole yhtä hyvää näkemystä koko erikoisalansa ongelmien määrästä ja tärkeydestä kuin laajemman vastuun yksiköissä. Tästä huolimatta heidän auktoriteettiasemansa korostuu. Jos yksikkö tai yksittäinen työntekijä hoitaa monia eri sairauksia, priorisointi näiden kesken tapahtuu automaattisesti. Keskittämisen ulkopuolelle jäävät potilasryhmät ovat vaarassa jäädä heikompaan asemaan hoidon saannissa.

Potilaan valinnanvapaus

Keskittäminen vähentää hoitopaikan valinnan mahdollisuutta, mutta voi parantaa mahdollisuutta valita lääkäri.

Työvoimakysymykset ja lisäkapasiteetin järjestäminen

Keskittäminen edellyttää kapasiteetin arviointia, kohdentamista tai toimintatapojen uudelleen organisointia ennen kuin keskittäminen toteutetaan. Voimavaroja tulee karsia tai ohjata muuhun toimintaan siellä, mistä toimintoja siirretään pois. Siirtämällä tietoa potilaiden tai henkilökunnan asemesta näitä ongelmia voidaan vähentää. Liikkuvat tiimit on vaihtoehto toiminnan keskittämiseksi yhteen pisteeseen.

Kun vaativampi osaaminen keskitetään, voi tulla ongelmaksi tekijöiden löytäminen huolehtimaan tavanomaisista erikoissairaanhoidon palveluista, esimerkiksi yleiskirurgiasta.

Tehokkuus

Jotta kysynnän satunnaiset vaihtelut eivät aiheuttaisi tyhjäkäyntiä tai kuormitushuippuja, erikoistuneet yksiköt eivät saa olla liian pieniä. Yhteisten palveluyksiköiden käyttö lisää tehokkuutta. Päivystyksen keskittäminen parantaa päivystyksen oheispalvelujen saatavuutta.

Hoitoketjun toimivuus ja lähetekäytännöt

Keskittäminen ja erikoistuminen vähentää hoitoketjun portaita saattamalla lähipalvelujen tuottajat ja erikoistuneiden palvelujen tuottajat suoraan kontaktiin keskenään. Erikoissairaanhoidon tulee tällöin erityisesti kantaa vastuuta yhteistyöstä perustason kanssa, jotta hoitoketjun työnjako toimisi tarkoituksenmukaisesti. Käytäntö, jossa lähetteisistä luovutaan ja ne korvataan (tulevaisuudessa yhä useammin sähköisillä) konsultaatioilla ja kaksisuuntaisella viestinnällä, kehittää perustason työntekijöiden ammattitaitoa ja vähentää potilaiden käyntejä erikoissairaanhoidossa. Konsultaatiokynnystä voidaan näin madallata.

Kun toisaalta erikoistuminen kapenee ja erikoissairaanhoidon keskittyy, tulee perusterveydenhuollon valmiuksia ja alueellista palvelurakennetta samanaikaisesti parantaa. Tämä toteutuu, jos perusterveydenhuollosta vastaavat hyvin varustetut, riittävän suuret väestövastuisesti toimivat yksiköt, joissa lääkärit hankkivat erityisosaamista yleisten sairauksien hoidosta ja usein tehtävistä toimenpiteistä. Mm. maha-suolikanavan tähystysten tekeminen perusterveydenhuollossa on hyviä kokemuksia silloin, kun tutkimusten määrä on riittävä. Valtakunnallisiin hoitosuosituksiin tukeutuvat alueelliset hoito-ohjelmat ovat keskeisiä apuvälineitä saumattomien palveluketjujen rakentamisessa. Erityisasiantuntijoiden (esim. jalkaterapeuttien) palveluiden järjestäminen alueellisesti parantaa palveluiden saatavuutta koko väestölle.

Päätöksenteko, kustannukset ja rahoitus

Keskittäminen voi siirtää päätöksentekoa etäämmäksi, jolloin päättäjien paikallistuntemus ohenee. Sopimusmenettelyllä voidaan vähentää päätöksenteon etääntymisestä aiheutuvaa haittaa. Kustannuslaskenta on usein kehittyneempää suurissa yksiköissä.

Keskittämisen kustannus-vaikuttavuutta arvioitaessa on otettava huomioon kaikki kustannukset, mukaan lukien toiminnan uudelleen organisoimisen vaikutukset. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä vaikeuttaa kustannusten arviointia ja päätöksentekoa. Aika- ja matkakustannukset yhdessä voivat aiheuttaa enemmän kustannuksia kuin itse hoito. Matkakustannusten lisääntyminen lisää potilaan maksuosuutta terveystieteiden kokonaiskustannuksista nykyisen korvausjärjestelmän vallitessa. Erityisesti avohoidon ja diagnostisten tutkimusten keskittäminen aiheuttaa matka- ja menetetyt työajan kuluja. Mikäli keskittäminen hidastaa hoitoon pääsyä, merkittäväksi kustannustekijäksi nousee menetetty aika.

Aikaisemmin päätöksentekoon on merkittävästi vaikuttanut kuntien haluttomuus rahoittaa toimintaa, jos toiminta tapahtuu toisella paikkakunnalla. Kalliiden investointien toteuttaminen on helpompaa keskitetyssä palvelujärjestelmässä. Investoinnit voidaan hyödyn-

tää suuren toimintavolyymin kautta, koska laitteiden käyttöikä riippuu enemmän teknologian kehityksestä kuin laitteen kulumisesta.

Toiminnan seuranta ja valvonta

Erityisesti monopoliasemassa olevan tuottajan toiminnan ja kustannusten seuranta ja arviointi sekä niiden läpinäkyvyys on tärkeää jotta palvelujen maksaja voi varmistua toiminnan asianmukaisuudesta. Tuottajalla tulee olla pitkäaikainen seuranta- ja koordinaatiovastuu koko hoitoketjusta ja sen tuloksista. Monesti tämä vaatii kansainvälistä vertaailua.

Vaikutukset ensihoitoon ja sairaankuljetukseen

Keskitetty päivystys edellyttää ensihoidon ja sairaankuljetusjärjestelmän valmiuksien parantamista ja peittävyys varmistamista. Hälytyskeskusten toimintaa ja potilaskuljetusten logistiikkaa tulee kehittää ja sairaankuljetusyksiköitä tarvitaan lisää, mikä kasvattaa sairaankuljetuksen kustannuksia.

Sairaan kuljetusjärjestelyjen valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanon vastuu ja aikatauluttaminen tulee järjestää.

5. TUTKIMUSTARPEET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Erikoissairaanhoidon laadun varmistamiseen ei riitä pelkästään asiantuntijoiden osaamisen varmistaminen, vaan lisäksi tarvitaan palveluprosessin kuvaus (kuva 1) ja sen hallinta. Toiminnan suuri volyymi sellaisenaan ei takaa hyvää laatua. Joissakin potilasryhmissä on kertymässä tai kertynyt tutkimustietoa, jonka pohjalta hyvin pieniä palvelumääriä tuottavat yksiköt eivät ole tarkoituksenmukaisia.

Näin ollen hoidon tuloksen laadusta kertovan kansallisen tiedonkeruu- ja raportointijärjestelmän kehittäminen kansallisen terveystieteiden tavoitteiden mukaisesti tulee tärkeäksi, koska vain sen avulla voidaan muodostaa käsitys yksikkö- tai tekijäkohtaisista vähimmäissuoritemääristä potilasryhmittäin.

Yksilön kannalta hoidon vaikuttavuuden varmistaminen on jatkuva haaste tutkimukselle. Vaikuttaako sairaalan tai lääkärin potilas- tai toimenpidemäärä yhdessä ja/tai erikseen hoitotulokseen? Ovatko esimerkiksi pienen suoritemäärän lääkärin hoitotulokset hänen toimiessaan suurilla hoitomäärillä tuottavassa sairaalassa paremmat kuin pienen volyymin sairaalassa enemmän suoritteita tuottavalla lääkäriellä? Suomessa useiden rekistereiden tietoja yhdistelemällä voidaan saada sairaala- ja suorittajakohtaista tietoa, jonka hyödyntäminen on tarpeen. Työ on käynnistettävä välittömästi ja siihen on osoitettava tarvittavat voimavarat. Olemassa olevat syntymä-, infektiio-, syöpä-, munuais-, endoproteesi- ym. rekisterit ovat välittömästi käytettävissä hoidon laadun kehittämiseen. Sairaaloitten poistoilmoituksista saatavaa tietoa on käytettävä entistä enemmän hoitokäytäntöjen arviointiin. Useat rekisterit vaativat kuitenkin kehittämistä. Tiedon avulla voidaan kehittää hoitoprosesseja, parantaa hoitotuloksia ja perustella hoitojärjestelyjä.

Tiedon analysoinnista ja käytöstä vastaavat ensisijaisesti Stakes, yliopistolliset sairaanhoitopiirit ja yliopistot tutkimus-, koulutus- ja opetusohjelmineen.

Yliopistosairaanhoitopiirien tulisi erityisvastuualueillaan analysoida seurantatietoja ja laatia niiden perusteella suunnitelmat tarvittavista toimista laadun parantamiseksi.

Näyttöön perustuvat valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset pyrkivät kansallisella tasolla luomaan pohjan entistä paremmille hoitokäytännöille. Näiden suositusten käyttöönottoa ja vaikutusta hoitokäytäntöihin on selvitettävä. Jos hyvät hoitokäytännöt omaksutaan, keskittämisen tarve voi vähentyä.

Kustannus-vaikuttavuustietoa tarvitaan lisää. Hajautetusti tai keskitetysti tuotetun hoidon kustannuksia ja vaikuttavuutta on vertailtava. Samoin niitä on vertailtava muissa maissa tuotetun hoidon kustannuksiin ja vaikuttavuuteen. Sairaaloitten hoitotoiminnan tuottavuusprojekti on esimerkki oikeansuuntaisesta kehityksestä. Keskittämisen kustannus-vaikuttavuutta arvioitaessa on otettava huomioon kaikki kustannukset. Menetetty aika ja matkakustannukset yhdessä voivat aiheuttaa enemmän kustannuksia kuin itse hoito.

Päivystyksen keskittäminen edellyttää ensihoidon ja sairaankuljetusjärjestelmän valmiuksien parantamista ja peittävyysvarmistamista. Sairaankuljetusjärjestelyjen valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanon vastuu ja aikataulut tulevat järjestää.

Erikoissairaanhoidon keskittyminen ja erikoistuminen korostaa perusterveydenhuollon vastuuta lähipalveluista. Erikoissairaanhoidon tulee huolehtia yhteistyöstä perustason kanssa, jotta hoitoketjun työnjako toimisi tarkoituksenmukaisesti. Keskitetystä toiminnasta vastaavan yksikön tulee osaltaan tukea ja kehittää ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta. Perusterveydenhuollon yksiköissä tulee olla valmius tutkia ja hoitaa yleisiä sairauksia mahdollisimman pitkälle ja tehdä usein tarvittavia toimenpiteitä. Tämä edellyttää alueellista hoidon järjestämistä riittävällä väestöpohjalla terveysprojektin suositusten mukaisesti.

Hoidon lopputulokseen vaikuttavien osatekijöiden selvittäminen on kansallinen tutkimushaaste. Tämä asettaa kehittyville tietojärjestelmille selvän standardointivaatimuksen, kuten myös todettiin kansallisessa terveysprojektissa. Eri yksiköiden hoitotuloksia voidaan verrata vain, jos potilaiden riskit (sairauden vaikeusaste ja muut samanaikaiset sairaudet) ovat tiedossa ja ne vakioidaan tuloksia analysoitaessa. Riskejä vakioitaessa tulee tukeutua kansainvälisesti validoituihin riskiluokituksiin. Hoidon osatekijöitä (prosessin yksityiskohtia) voidaan tutkia vain, jos ne kirjataan systemaattisesti hoidon aikana. Hoidosta vastaavan lääkärin tulee olla tunnistettavissa analysointivaiheessa. Sekä riskiä ennustavien tekijöiden että hoidon yksityiskohtien yhtenäisestä kirjaamistavasta sähköiseen potilaskertomukseen tulee sopia valtakunnallisesti, niin että tietosuoja ja erikoisalojen tarpeet otetaan huomioon asianmukaisesti. Kirjaamiseen tulee tehdä sujuvat välineet.

Kun riskien suhteen vakioitua ja luotettavaa tietoa eri yksiköiden hoitotuloksista on tarjolla, sen tulee olla julkisesti saatavilla.

Keskittämistarve ratkaistaan tiedolla ja keskittäminen toteutetaan ensisijaisesti sopimalla.

Taulukko 1. NÄKÖKULMA A Ammatillisen osaamisen laatu

	Keskitetty palvelutuotanto	Hajautettu palvelutuotanto
Hyviä asioita	<ul style="list-style-type: none"> • Ammattitaidon ylläpito on helpompaa • Osaajat oppivat toisiltaan • Tiimityö helpottuu. • Konsultaatiomahdollisuudet paranevat • Poikkeamien havaitseminen on helpompaa • Toiminnan suuri määrä mahdollistaa kansainvälisen vertailun • Uusien osaajien rekrytointi on helpompaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan ympäristön ja elinolojen tuntemus on parempaa • Vastuu osaamisesta kannustaa kouluttautumiseen
Huonoja asioita	<ul style="list-style-type: none"> • Kokonaisnäkemys potilaan tarpeista voi heikentyä 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhden osaajan asema voi johtaa oman osaamistason yliarviointiin • Toiminta haavoittuu helposti (sijaisjärjestelyt)

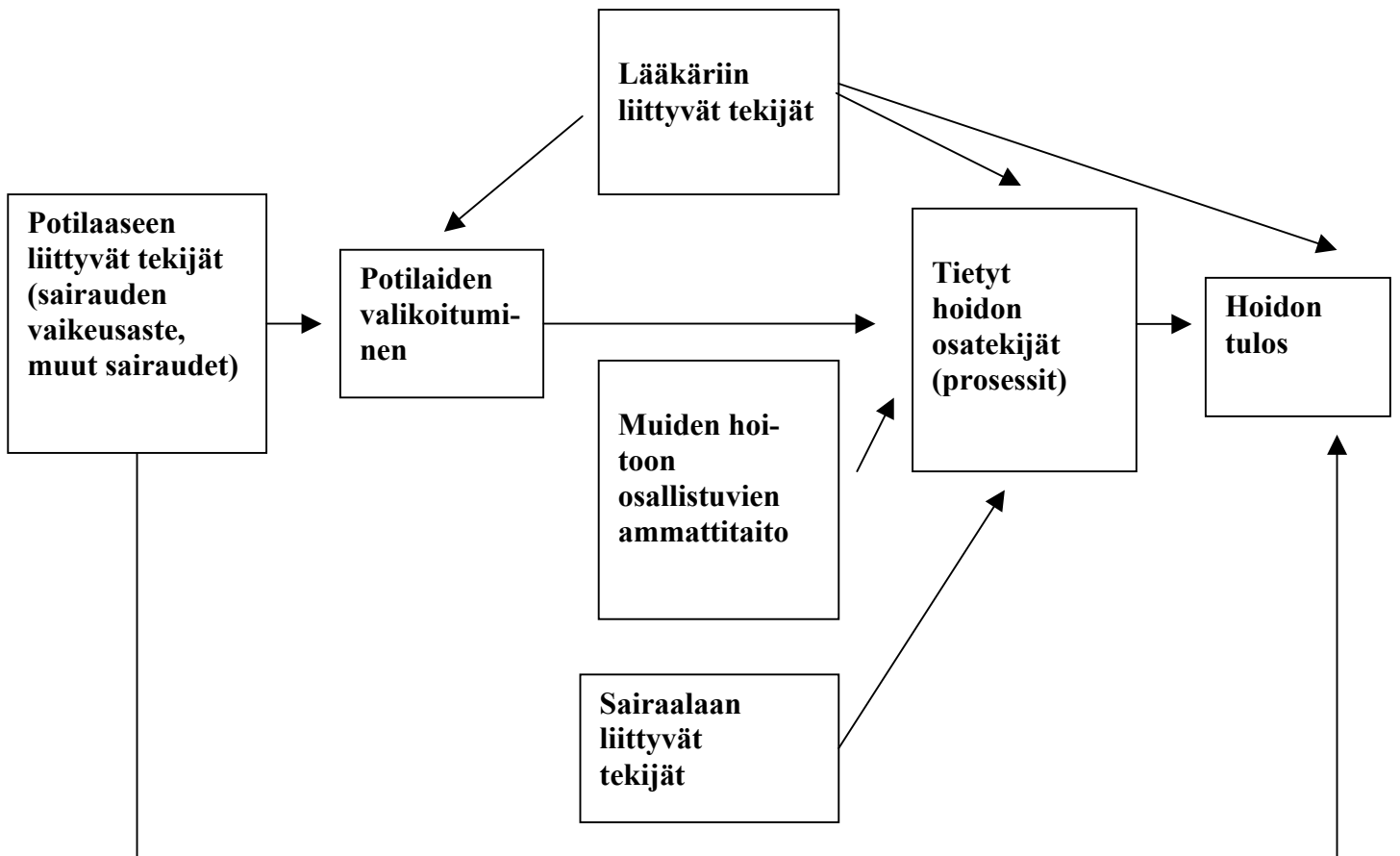
Taulukko 2. NÄKÖKULMA B Toiminnan laatu

	Keskitetty palvelutuotanto	Hajautettu palvelutuotanto
Hyviä asioita	<ul style="list-style-type: none"> • Toimintaa on helpompi ja halvempi yhtenäistää ja rakentaa • Eri toimintojen yhteisiä palveluita on helpompi hyödyntää • Prosessit ovat tehokkaampia • Edellytykset hyvään hoitotulokseen ovat paremmat • Helpompi pitää yllä päivystysvalmiutta • Laitekanta helpompi pitää ajanmukaisena 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteys muuhun ammatilliseen osaamiseen helpompi järjestää • Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön • Toiminta on joustavaa
Huonoja asioita	<ul style="list-style-type: none"> • Monopolituotannossa on uhkia • Toiminnan kehittäminen vaarantuu • Sisäisessä viestinnässä voi olla vaikeuksia • Johtaminen vaikeutuu 	<ul style="list-style-type: none"> • Toiminta on haavoittuvaa

Taulukko 3. NÄKÖKULMA C Potilaan kokema laatu

	Keskitetty palvelutuotanto	Hajautettu palvelutuotanto
Hyviä asioita	<ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntemus on luotettavaa • Hoitotuloksella on tärkeä merkitys 	<ul style="list-style-type: none"> • Elinolojen ja -ympäristön tuntemus on parempi • Palvelu on yksilöllistä • Hoitosuhde on jatkuvampaa
Huonoja asioita	<ul style="list-style-type: none"> • Matkat pitenevät • Asiakkaan aikaa kuluu enemmän • On vaara persoonattomasta palvelusta • Ympäristö on vieras ja voi pelottaakin 	<ul style="list-style-type: none"> • Palvelu ei välttämättä tule kerralla valmiiksi • Vaihtoehdot puuttuvat, jos luottamus pettää

Kuva 1. Malli hoidon tulokseen vaikuttavista tekijöistä



Liite 1

MUISTILISTA: MITKÄ ASIAT TULEE SELVITTÄÄ KESKITTÄMISTÄ HAR- KITTAESSA

Miksi keskitetään?

- Potilaiden aloite
- Toiminnan laadun parantaminen (osaamiskeskus)
- Olosuhteiden pakko (tekijöiden puute)
- Taloudelliset säästötavoitteet (mittakaavaedut, laitteiden ja oheispalvelujen tehokas käyttö)
- Poliittinen paine vaatii
- Ammattilaisten aloite

Paraneeko toiminnan laatu?

- Millaisia tuloksia tavoitellaan
- Onko toiminnon keskittämisen vaikuttavuudesta riittävästi näyttöä
- Keiden kannalta laatu paranee (potilaan, yhteisön, ammattilaisen)

Miten potilaan tilanne muuttuu?

- Nopeutuuko hoitoon pääsy
- Paraneeko hoidon tulos
- Pitenevätkö matkat
- Kasvaako omavastuun osuus
- Säilyykö yhteys omaisiin
- Miten omaisten tuki on järjestetty

Mikä liikkuu?

- Potilas
- Tieto
- Ammattilainen
- Laitteet

Miten keskittämistä ohjataan?

- Tiedolla (ja keskinäisin sopimuksin)
- Resursseilla
- Muutosneuvottelut ja päätöksenteko
- Miten terveysuunnittelu muuttuu keskittämisen seurauksena (sopimusneuvottelut)

Millaista koulutusta tarvitaan?

- Uudet hoitomenetelmät
- Uudet kommunikaatiovälineet ja -tavat
- Annetaanko koulutus keskitetyssä yksikössä vai toimintaympäristössä

Kustannusvaikutukset ja rahoitus

- Onko kaikki kustannukset huomioitu (hoidon hinta, menetetty työaika, matkakulut)

- Muuttuvatko rahoittajien suhteelliset osuudet kokonaisrahoituksesta (potilas, kunta, Kela)
- Kuka rahoittaa tarvittavat investoinnit

Mitä muutoksia palvelujärjestelmään keskittäminen aiheuttaa?

- Keskitetäänkö hoitoprosessin kokonaisuus vai joku osa siitä
- Mitä toimintoja ja mistä keskittäminen vähentää/poistaa
- Mitkä ovat näiden vähennysten seurannaisvaikutukset
- Selkiytyykö hoitoketju
- Kuka vastaa potilaasta prosessin missäkin vaiheessa (missä on päätösvalta ja hoitovastuu)
- Miten komplikaatioiden hoito on järjestetty
- Ensihoidon ja päivystyksen järjestelyt
- Työvoiman rekrytointi ja sijoittuminen (houkutteleeko erikoistunut yksikkö kaikki osaajat, väheneekö työn palkitsevuus muualla)

Miten toimintaa aiotaan seurata?

- Onko lähtötilanteen mittaus järjestetty asianmukaisesti
- Mitä seurataan (prosessia, terveyshyötyä, potilastyytyväisyyttä – muutakin kuin kuolleisuutta)
- Onnistuuko seurantaan tarvittavan tiedon keräys
- Mihin verrataan (kansallisesti, kansainvälisesti)
- Pystytäänkö riskit vakioimaan
- Miten raportoidaan (julkisuus, läpinäkyvyys)

Miten keskittämisestä tiedotetaan?

- Potilaille
- Väestölle
- Terveystieteiden ammattilaisille
- Poliittisille päättäjille