



Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä 2015–2018

Loppuraportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:50

**Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon
perusteiden työryhmä 2015–2018**

Loppuraportti

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN PDF: 978-952-00-4095-6

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2019

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö	2.7.2019	
Tekijät			
Julkaisun nimi	Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä 2015–2018. Loppuraportti		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:50		
ISBN PDF	978-952-00-4095-6	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4095-6		
Sivumäärä	83	Kieli	Suomi
Asiasanat	terveydenhuolto, saatavuus, peruspalvelut, erikoissairaanhoido, hoidon perusteet		
Tiivistelmä	<p>Hoidon saatavuus ja yhtenäiset hoidon perusteet ovat edellytyksiä terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuudelle. Työryhmälle asetettujen tehtävien ja toimeksiantojen tuloksena julkaistiin kolme suositusta - ikääntyneiden laitoshoidosta, lääkinnällisten apuvälineiden luovutusperusteista ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä - sekä yhteensä 21 uutta tai päivitettyä perustetta täydentämään Yhtenäisten hoidon perusteet 2010 -julkaisua. Työryhmän työn laajuutta kuvastaa, että eri ryhmiin osallistui toistasataa eri alojen asiantuntijaa ja lisäksi lukuisat sidosryhmien edustajat lausuvat suositusten luonnoksia.</p> <p>Tehtävistä osa jäi keskeneräiseksi palvelujärjestelmä uudistuksen pitkittyessä. Hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva muistio on käytettävissä palvelujärjestelmän uudistamisen yhteydessä, kun säädosmuutokset tulevat ajankohtaiseksi. Kiireellisen hoidon perusteiden laatimiseksi aikuisille ja lapsille tehtiin runsaasti pohjatyötä. Määrittely osoittautui ennakoitua vaikeammaksi ja se siirtyi perustettavan ensihoidon ja päivystystoiminnan yhteistyön ohjausryhmä sekä Päivystysapu 116117 -hankkeen jatkoyöstettäväksi.</p> <p>Työryhmän aikana palveluvalikoimaneuvoston rooli vahvistui, ja osa työryhmän ehdotuksista siirtyi sen alaryhmille. Laatu- ja vaikuttavuustiedon tarve on kasvava. Tulevaisuudessa tarvitaan myös näyttöön perustuvien ohjausinstrumenttien selkiinnyttämistä, sillä näyttötiedon ja hyvien käytänteiden vahvistamista tarvitaan entistä enemmän. Raportin lopussa esitetään ehdotuksia suunnitelmista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjauksen ja päätöksenteon tueksi.</p>		
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationsblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet	2.7.2019	
Författare			
Publikationens titel	Den nationella arbetsgruppen för tillgång till vård och enhetliga grunder för vård 2015–2018 Slutrapport		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:50		
ISBN PDF	978-952-00-4095-6	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4095-6		
Sidantal	83	Språk	Finska
Nyckelord	hälso- och sjukvård, tillgång, basservice, specialiserad sjukvård, grunder för vård		
Referat	<p>Tillgång till vård och enhetliga grunder för vård är förutsättningar för att hälso- och sjukvårdstjänsterna ska vara jämlika. Som resultat av de uppgifter och uppdrag som tilldelats arbetsgruppen har det publicerats tre rekommendationer – om institutionsvård av äldre, grunder för utlämnande av hjälpmedel för medicinsk rehabilitering samt ordnande av palliativ vård och vård i livets slutskede – samt sammanlagt 21 nya eller uppdaterade grunder för att komplettera publikationen Enhetliga grunder för vård 2010. Att mer än hundra experter inom olika områden medverkat i olika grupper och att dessutom otaliga representanter för berörda aktörer lämnat remissyttranden om utkastet till rekommendationer ger en bild av omfattningen av arbetsgruppens arbete.</p> <p>En del av uppgifterna kunde inte slutföras på grund av att reformen av servicesystemet drog ut på tiden. Arbetsgruppens promemoria om tidsfrister för tillgång till vård kan användas när författningsändringar blir aktuella i samband med reformerandet av servicesystemet. För utarbetandet av grunder för brådskande vård för vuxna och barn har det gjorts mycket grundläggande arbete. Utformandet av grunderna visade sig bli svårare än väntat, och det arbetet kommer att fortsätta inom projektet Jourhjälp 116117 och inom den styrgrupp för samarbetet inom den prehospitala akutsjukvården och jourverksamheten som ska tillsättas.</p> <p>Under arbetsgruppens mandatperiod blev tjänsteutbudsrådets roll starkare, och en del av arbetsgruppens förslag överfördes till tjänsteutbudsrådets undergrupper. Behovet av data om kvalitet och effekt ökar. I framtiden behövs också klarare evidensbaserade styrinstrument, eftersom behovet av evidensbaserad kunskap och god praxis blir allt större. I slutet av rapporten ges förslag till planer som stöd för styrning av och beslutsfattande om social- och hälsovårdens servicesystem.</p>		
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Description sheet

Published by	Ministry of Social Affairs and Health		2 July 2019
Authors			
Title of publication	National working group on treatment availability and uniform criteria for access to treatment 2015–2018. Final report		
Series and publication number	Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2019:50		
ISBN PDF	978-952-00-4095-6	ISSN PDF	2242-0037
Website address URN	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4095-6		
Pages	83	Language	Finnish
Keywords	health care, availability, basic services, specialist health care, criteria for access to treatment		
Abstract	<p>Treatment availability and uniform criteria for access to treatment are preconditions for the equality of health care services. The tasks and assignments issued to the working group resulted in the publication of three recommendations – on the institutional care of the aged, on the criteria for the provision of medical rehabilitation aids and on the arrangement of palliative care and terminal care – and a total of 21 new or updated criteria to supplement the “Uniform criteria for access to non-emergency treatment 2010” publication. The scope of the working group’s efforts is reflected by the fact that the different units were contributed to by over a hundred different specialists in various fields, in addition to which the drafts of the recommendations were commented on by representatives of numerous interest groups.</p> <p>Some of the tasks were left incomplete due to the protracted service systems renewal. The memorandum on deadlines for access to treatment will be available for use in connection with the service system renewal once the time comes to carry out provision amendments. A great deal of groundwork was done for the preparation of uniform criteria for access to emergency treatment for adults and children. The specification proved more difficult than anticipated and will be handed over to the new steering group on prehospital emergency care and emergency department operations and the Medical Helpline 116117 project for further preparation.</p> <p>During the working group’s operating period, the role of the Council for Choices in Health Care in Finland strengthened and some of the working group’s proposals were transferred to its subgroups. The need for data on quality and effectiveness is growing. In the future, there will also be a need to clarify evidence-based steering instruments, as there is a growing need for strengthening evidence data and good practices. Presented at the end of the report are proposed plans for supporting the steering and decision-making of the social welfare and health care services system.</p>		
Publisher	Ministry of Social Affairs and Health		
Publication sales/ Distributed by	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

1	Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä	12
1.1	Taustaa	12
1.1.1	Työryhmän toimeksiannon taustaa.....	13
1.1.2	Lainsäädäntö.....	14
1.1.2.1	Hoitoon pääsyn määräajat	14
1.1.2.2	Asetus kiireellisen hoidon perusteista	16
1.1.2.3	Yhtenäiset hoidon perusteet	16
1.1.2.4	Terveystieteiden tutkimuskeskusten palveluvalikoima	16
1.1.2.5	lääkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palvelut.....	17
1.2	Työryhmän tarkoitus ja tehtävät	18
1.2.1	Tavoitteet.....	18
1.2.2	Tehtävät.....	18
1.2.3	Työskentely	19
2	Työryhmän toiminta	20
2.1	Toimikaudet, jäsenet ja kokoukset	22
2.1.1	Toimikaudet.....	22
2.1.2	Jäsenet ja asiantuntijat.....	22
2.1.2.1	Jäsenet	22
2.2	Alatyöryhmät	23
2.2.1	Suun terveydenhuollon alatyöryhmä	24
2.2.2	lääkäiden laitoshoidon perusteet alatyöryhmä	24
2.2.3	Hoidon saatavuus alatyöryhmä	25
2.2.4	Yhtenäiset hoidon perusteet alatyöryhmä	26
2.2.5	Laatutiedon ohjausta ja laaturekisterejä asemoiva alatyöryhmä	26
2.3	Hoidon perusteita ja muita suosituksia valmistelleet asiantuntijaryhmät.....	27

2.4	Palveluvalikoimaneuvostolle siirtyneet toimeksiannot.....	27
3	Hoidon saatavuus.....	29
3.1	Kiireellinen hoito.....	30
3.2	Perusterveydenhuollon kiireetön hoitoon pääsy.....	30
3.2.1	Yhteydenotto ja hoidon tarpeen arvio.....	31
3.2.2	Terveystenhuollon ammattihenkilön vastaanotto.....	31
3.3	Erikoissairaanhoidon kiireetön hoitoon pääsy.....	33
3.3.1	Lähetteen käsittely ja hoidon tarpeen arvio.....	33
3.3.2	Ensikäynti ja hoidon järjestäminen.....	34
3.3.3	Tietojärjestelmät.....	34
4	Yhtenäiset hoidon perusteet ja hoidon järjestämisen suositukset.....	36
4.1	Kiireellinen hoito.....	36
4.1.1	Lasten ja nuorten kiireellisen hoidon perusteet.....	36
4.1.2	Aikuisten kiireellisen hoidon perusteet.....	36
4.1.3	Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito.....	37
4.2	Hoidon järjestämisen suositukset.....	37
4.2.1	lääkkäiden laitoshoidon perusteet.....	37
4.2.2	Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet.....	38
4.2.3	Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen.....	39
4.2.3.1	Palliativisen hoidon ja saattohoidon porrastus.....	40
4.2.3.2	Elämän loppuvaiheen palliativinen hoito ja saattohoito.....	40
4.3	Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet.....	40
4.3.1	Silmätautien päivitetyt ja uudet hoidon perusteet.....	41
4.3.1.1	Diabeettisen silmäsairauden kuvaseurannan kriteerit.....	41
4.3.1.2	Kaihi.....	42
4.3.1.3	Avokulmaglaukooma.....	42
4.3.1.4	Kostea silmänpohjan ikärappeuma.....	42
4.3.1.5	Silmäluomileikkaukset.....	42
4.3.1.6	Silmäsairauksien etusijaistamisjärjestys.....	42
4.3.2	Proteesikirurgian selvitys ja lonkan ja polven tekonivelkirurgian päivitetyt hoidon perusteet.....	42
4.3.2.1	Lonkan tekonivelkirurgia.....	43

4.3.2.2	Polven tekonivelkirurgia	43
4.3.3	Suun terveydenhuollon kiireettömän hoidon perusteet.....	43
4.3.3.1	Hampaiden kiinnityskudosten ja implanttien vieruskudosten sairauksien hoito	44
4.3.3.2	Hampaiston, kasvojen ja leukojen poikkeavuuksien oikomishoito.....	44
4.3.3.3	Obstruktiivisen uniapneapotilaan apneakiskohoito	44
4.3.3.4	Vakavasti tai kroonisesti sairaan potilaan kiireetön suun ja leukojen infektiopesäkkeiden hoito	44
4.3.3.5	Yleisanestesiassa tai laskimosedaatiassa tehtävä suu- ja hammassairauksien hoito.....	45
4.3.4	Toiminnallisten häiriöiden hoidon perusteet	45
4.3.4.1	Toiminnallisten ja monimuotoisten oireiden hoidon porrastus	46
4.3.4.2	Aikuisten toimintakykyä alentavat toiminnalliset häiriöt	46
4.3.4.3	Aikuisten krooninen väsymysoireyhtymä	46
4.3.5	Lasten ja nuorten monimuotoisten oireiden hoidon perusteet.....	47
4.3.5.1	Lasten ja nuorten monimuotoiset toiminnalliset oireet.....	47
4.3.5.2	Lasten ja nuorten krooninen väsymysoireyhtymä	47
4.3.6	Psykiatrian alojen hoidon perusteet.....	48
4.3.6.1	Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian päivitetyt yhtenäiset hoidon perusteet.....	48
4.3.6.2	Aikuispsykiatrian uudistetut yhtenäiset hoidon perusteet.....	49
5	Työryhmän saavutukset ja ehdotukset jatkotyölle	52
5.1	Hoitoon pääsyn määräaikojen valmistelu	52
5.2	Yhtenäiset hoidon perusteet.....	53
5.2.1	Lainsäädännön ja valvonnan tarpeet.....	54
5.3	Näyttöön perustuvan informaatio-ohjauksen tulevaisuus.....	55
5.3.1	Näyttöön perustuva toiminta.....	55
5.3.1.1	Terveydenhuollon menetelmien arviointi.....	55
5.3.1.2	Reaalimaailman datan käyttö.....	56
5.4	Laatutiedon asemointi	56

6	Yhteenveto	57
	Lähteet	58
	Liitteet	60

LUKIJALLE

Vuonna 2015 asetetun valtakunnallisen Hoidon saatavuus ja yhtenäiset hoidon perusteet -työryhmän neljän vuoden toimikauden kuluessa julkaistiin suositukset ikääntyneiden laitoshoidon perusteista, lääkinnällisten apuvälineiden luovutusperusteista ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä sekä yhteensä 21 kiireettömän hoidon perustetta päivittämään Yhtenäisten hoidon perusteet 2010 -julkaisua. Työryhmän työn laajuutta kuvastanee se, että sen toimintaan ja eri alaryhmiin osallistui yhteensä toistasataa asiantuntijaa useilta erikoisalaloilta, ja lisäksi lukuisat asiantuntijat ja sidosryhmien edustajat ovat kommentoineet suositusten luonnoksia lausuntokierroksilla tai kuulemistilaisuuksissa.

Työryhmän toimikausien aikana Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston (Palko) rooli on vahvistunut, ja osa työryhmän käsittelemiä asiota kuten selkäkirurgian ja selkäröntautien perusteet siirtyi Palkon alatyöryhmille. Jatkossa tarvitaan laissa säädettyjen Palkon tehtävien ja yhtenäisten hoidon perusteiden, Käypä hoito –suositusten sekä muiden kansallisia suosituksia antavien tahojen roolien ja työnjaon selkeyttämistä sekä arviointiperiaatteiden yhdenmukaistamista, jotta näyttöön perustuvaa informaatio-ohjausta pystytään antamaan tarkoituksenmukaisimmilla ohjausinstrumenteilla merkityksellisimmät kohderyhmät kattaen. Näyttölääkätieteen aseman vahvistamista tarvitaan tulevaisuudessa entistä enemmän uusien kalliiden hoitomuotojen lisääntyessä ja vaihtoehtoisten pyrkimässä vahvistamaan asemaansa tieteellisesti tutkitun tiedon rinnalla. Myös palvelujärjestelmän kustannustehokkuuden ja vaikuuttavuuden vahvistamiseen tarvitaan tervydenhuollon palvelujen sisältöohjausta eri muodoissaan.

Vaikka työryhmä sai paljon aikaan, osa suunnitelmista ei toteutunut. Hoitoon pääsyn määräaikaisten suhteen työryhmän työhön vaikutti palvelujärjestelmän rakenneuudistuksen pitkittyminen. Valmisteleva pohjatyö hoidon määräaikaisten säädösten tarkastelua varten on tehty työryhmämuistion muotoon sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidon koskien, mutta järjestelmäkehityksen keskeneräisyyden vuoksi säädösmuutosehdotuksia ei ole voitu laatia. Tämä työ jatkuu.

Kiireellisen hoidon perusteiden laatimiseksi aikuisille ja lapsille käytiin alatyöryhmissä runsaasti keskustelua. Perusteiden määrittely osoittautui kuitenkin ennakoitua vaikeammaksi tehtäväksi ja työ jatkuu perustettavan ensihoidon ja päivystystoiminnan yhteistyön ohjausryhmän sekä Päivystysapu 116117 -hankkeen toimesta. Yhtenäisiä kiireellisen hoidon perusteita tarvitsevat vastaanottotyötä tekevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi kansalaiset hoitoon hakeutumisen tueksi, hätäkeskusten ja ensihoidon työntekijät ja yhteispäivystysten triage-hoitajat. Lisäksi älykkäissä digitaalisissa sovelluksissa voitaisiin hyödyntää perusteiden mukaan tehtyjä algoritmeja.

Raportissa kuvataan työryhmälle asetettuja tehtäviä ja työryhmän toimeksiantoja sekä rinnakkaisia hoidon perusteiden ja hoidon järjestämisen suosituksia. Lisäksi tässä raportissa kuvataan yksityiskohtaisemmin niitä selvityksiä, raportteja ja suosituksia, joita työryhmän toimikausien aikana on valmistunut ja niitä, joiden viimeistely on jäänyt keskeneräiseksi joko sote-uudistuksen keskeneräisyyden tai muiden toimintaympäristöön heijastuvien seikkojen vuoksi.

Raportin loppupuolella esitetään työryhmän valmistelemia jatkosuunnitelmia tai linjauksia tulevien päätösten, lainsäädännön tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjauksen tueksi.

Raporttia lukiessa on hyvä pitää mielessä, että hoidon järjestämisestä puhuttaessa ei viitata Sipilän hallituksen sote-järjestämislakien ehdotuksiin, vaan kuvataan yleisesti palvelujen organsointia ja työnjakoa.

Hoidon saatavuus ja yhtenäiset hoidon perusteet työryhmä
Toukokuu 2019

1 Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23.2.2015 valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän, jonka tavoitteena oli uudistaa hoidon saatavuutta koskevaa määrittelyä ja määräaikojen määräytymistä säädösvalmistelun perustaksi. Lisäksi tavoitteena oli päivittää kiireettömän hoidon perusteet ja laatia kiireelliseen hoitoon yhtenäiset perusteet sekä valmistella iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset perusteet.

Tässä luvussa kuvataan hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän taustaa, tavoitteita ja toimintaa, sekä kerrataan työryhmän toimeksiantoon liittyvä lainsäädäntö.

Työryhmää asetettaessa oli vireillä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, joka perustui viiteen alueeseen. Malli kariutui perustuslaillisiin kysymyksiin, mikä myös osaltaan pitkitti hoidon perusteiden työryhmän työtä. Työryhmän toimikauden päättyessä oli vielä avoinna, hyväksytäänkö Sipilän hallituksen esityksen mukaiset maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislait. Keväällä 2019 uudistuksen valmistelu keskeytyi. Monet työryhmälle asetetut tehtävät on viety päätökseen, mutta keskeneräisestä järjestämislainsäädännöstä johtuen tehtävät, joihin on liittynyt säädöspohjan valmistelua, ovat kesken.

1.1 Taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä toimi vuosina 2015 – 2018. Toimeksiannon vaiheessa viimeisin yhtenäisten hoidon perusteiden julkaisu oli vuodelta 2010. Lisäksi tarpeellisenä pidettiin hoitoon pääsyn määräaikojen tarkastelemista. Kiinnostus laaturakisterien kehittämiseen oli herännyt etenkin yliopistosairaanhoitopiireissä.

1.1.1 Työryhmän toimeksiannon taustaa

Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat määräajat ovat olleet voimassa yli 10 vuotta vähäisin täsmennyksin. Säännökset siirrettiin pääsääntöisesti samansisältöisinä kansanterveyslaista 1.5.2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin. Vuodesta 2005 on ollut käytössä valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Niiden tarkoitus on ollut vahvistaa hoitoon pääsyä samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Pääosa yhtenäisistä hoitoon pääsyn perusteista on käsitellyt lähettämistä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Perusteita on täydennetty aika ajoin. Viimeisin sähköinen julkaisu on vuodelta 2010 (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2010:31). Perusteet eivät ole sisältäneet kiireellistä hoitoa.

Työryhmää asetettaessa 2015 päättyneen hallituskauden lopulla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita olivat hoidon saatavuuden, saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden lisäksi peruspalveluiden vahvistaminen, sekä hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden lisääntyminen. Uudistuksella tavoiteltiin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon järjestämistä vastuun rajojen poistamista. Siitä seuraisi tarve uudelleen määritellä ja säätää hoidon saatavuuden määräajat, perusteet ja mittauspisteet. Yhtenäisten hoidon perusteiden käyttö hoidon porrastuksen apuneuvona integroituvien palvelukokonaisuuksien yhteydessä edellyttäisi ohjeiston rakenteellista ja sisällöllistä uudistamista, kuten lähetteen uuden määrittelyn.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn määräaikoja. Odotusajat kiireettömään hoitoon ovat Suomessa kansainvälisesti katsoen olleet pitkiä. Kiireettömään hoitoon pääsyn ongelmakohdista tehdyn selvityksen (STM:n raportteja ja muistioita, 2014:27) johtopäätöksissä todettiin muun muassa, että nykyiset mittauspisteet painottuvat hoitotapahtumien alkuun, eivätkä tue kokonaisuuden, pitkäjänteisyyden ja jatkuvuuden ymmärtämistä ja kehittämistä. Hoitoprosessin ajallisen etenemisen seuranta ei yksin riitä kuvaamaan hoidon laatua, toteutuksen oikea-aikaisuutta ja potilasturvallisuutta.

Suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä selvittänyt työryhmä esitti useita kehittämissuunnitelmia ja linjauksia palvelujen turvaamiseksi vuonna 2013 (STM:n raportteja ja muistioita, 2013:39). Työryhmän ehdotuksissa oli keskeistä yhtenäisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta ja hoitoon pääsyn turvaaminen kohtuullisessa määräajassa. Osana rakennepoliittista ohjelmaa toteutetaan suun terveydenhuollossa yksilöllisesti arvioidun hoitovälin pidentäminen aikuisilla. Tämä edellyttää yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadintaa.

Hoidon laatu on monitahoinen ilmiö, jonka kattava ja luotettava mittaaminen on erittäin haastavaa. Yhtenä laadun komponenttina voidaan pitää potilasturvallisuutta, jonka seurannassa useimmissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä on sovituja menettelyjä. Suomessa on käytössä myös suuri määrä epävirallisia kliinisen hoidon laadun seurantatapoja ja laaturekistereitä. Niiden toimivuuden arviointi potilasturvallisuuden ja valinnanvapauden toteutumisen tueksi on tärkeää. Hoidon hyvää laatua kuvaavat niin ikään vaikuttavuus ja kustannustehokkuus, joiden määrittelyä, analysointia ja seuranta tarvitsee tarkentaa.

Hallituksen esityksessä laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta (HE 240/2014 vp) on täsmennetty pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksiä. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Hallituksen esityksen perusteluissa todetaan, että tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriö voi täsmentää pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä perusteita osana yhtenäisiä hoidon perusteita. Näiden perusteiden laadinta edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden yhteisnäkemyksiä.

1.1.2 Lainsäädäntö

Suomalaisen palvelujärjestelmän sitova ohjaus perustuu lainsäädäntöön. Työryhmän toiminnan taustalla on vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja siihen liittyvät asetukset sekä vanhuspalvelulaki (980/2012). Työryhmän valmistelutehtävät kohdistuivat hoitoon pääsyn määräaikoihin ja yhtenäisiin hoidon perusteisiin.

1.1.2.1 Hoitoon pääsyn määräajat

Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat määräajat ovat olleet voimassa vuodesta 2005 alkaen. Säännökset siirrettiin pääsääntöisesti saman sisältöisinä 1.5.2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin (1326/2010).

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 51 §:ssä. Potilaan tulee voida saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Erikoissairaanhoidon pääsystä säädetään terveydenhuoltolain 52 §:ssä. Sen mukaan sekä kiireellisen että läheteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsyn määräaika on lyhyempi kuin muussa erikoissairaanhoidossa. Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolain 53 §:n mukaan aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Terveydenhuoltolain 55 §:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51–53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hoitoon pääsyn toteutumisen määräaikoja. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) sekä aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista.

1.1.2.2 Asetus kiireellisen hoidon perusteista

STM:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (652/2013) annettiin ensimmäisen kerran vuonna 2013. Asetusta on päivitetty vuosina 2014 ja 2017 (583/2017). Asetuksen toimeenpano tuo esiin tarpeen seurata kiireellisen hoidon saatavuutta ja hoitoon pääsyä samalla, kun hoidon laatua turvataan keskittämällä ympärivuorokautinen päivystystoiminta.

Kiireellisen ja kiireettömän hoidon välimaastoon jäävät esimerkiksi syövän hoidon viiveet, joita ei tällä hetkellä säädellä eikä seuranta ole systemaattista kansallisella tasolla, vaikkakin osa sairaanhoitopiireistä ja alueelliset syöpäkeskukset ovat vapaaehtoisesti ryhtyneet seuraamaan ja raportoimaan keskeisten syöpäryhmien hoitopääsyä kansainvälisten laatukriteerien täyttämiseksi. THL on julkaissut Hoitopääsyn seuranta syövän hoidossa –oppaan (Sillanpää, Pylkkänen, Häkkinen, 2016). Yhtenevä hoidon kirjaaminen mahdollistaa vertailukelpoisen seurantatiedon tuottamisen koko maassa. Opas on tullut käyttöön vuoden 2017 alusta, joskin ohjeistuksen jalkauttaminen on vielä kesken.

1.1.2.3 Yhtenäiset hoidon perusteet

Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista kunnissa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymissä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista.

Lain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovi.

1.1.2.4 Terveydenhuollon palveluvalikoima

Terveydenhuoltolakiin lisättiin vuonna 2013 säännökset terveydenhuollon palveluvalikoimasta ja Palveluvalikoimaneuvostosta (Palko).

Lain 7 a §:n mukaan terveydenhuollon palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus.

Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Potilasta voidaan tutkia ja hoitaa palveluvalikoimaan kuulumattomalla lääketieteellisellä tai hammaslääketieteellisellä tutkimus- ja hoitomenetelmällä, jos se on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavan sairauden tai vamman takia lääketieteellisesti välttämätöntä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen.

Lain 78 a §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat. Huomioiden 7a § järjestämiseen liittyvät näkökohdat sisältävät myös vaikutukset resurssien kohdentamiseen ja kustannusten kohtuullisuuden.

1.1.2.5 Iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) annetun lain mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiin- sa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut on sovitettava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palveluntarpeita. Hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa pitkäaikaisena laitoshoitona vain tässä laissa säädetyillä perusteilla. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Säännökseen on tehty muutos, joka tuli voimaan vuoden 2015 alusta. Muutoksessa korostettiin aiempaa voimakkaammin sosiaali- ja terveydenhuollon avopalvelujen ensisijaisuutta iäkkään henkilön palvelutarpeeseen vastaamisessa.

1.2 Työryhmän tarkoitus ja tehtävät

Kiireellisen ja kiireettömän hoidon tulee toteutua yhdenmukaisin perustein koko Suomessa. Kriteereitä luotaessa tulee ottaa huomioon palvelun tarve, saatavuus, saavutettavuus, laatu, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus.

1.2.1 Tavoitteet

Työryhmälle määrättyinä tavoitteina oli uudistaa hoidon saatavuutta koskevaa määrittelyä ja määräaikojen määräytymistä säädösvalmistelun perustaksi. Lisäksi tavoitteina oli päivittää kiireettömän hoidon perusteet ja laatia kiireelliseen hoitoon yhtenäiset perusteet sekä valmistella iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset perusteet ja päivittää suun terveydenhuollon yhtenäiset hoidon perusteet.

1.2.2 Tehtävät

Työryhmän tehtävänä oli

1. valmistella ehdotus hoidon saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvistä määrittelmistä, periaatteista ja määräajoista uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa. Hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva ehdotus on valmisteltava hallituksen esityksen tai arviomuistion muotoon.
2. tehdä ehdotus kiireellisen hoidon ja keskeisten potilasryhmien yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ja hoidon tarkoituksenmukaisesta porrastuksesta ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos.
3. tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista.
4. tehdä ehdotus suun terveydenhuollon yhdenmukaisista tutkimus- ja hoitopalveluista, hoitoon pääsyn turvaamisesta sekä kiireettömän ja kiireellisen hoidon perusteista.
5. tehdä selvitys terveydenhuollossa käytössä olevista hoidon laaturekistereistä ja tehdä ehdotukset kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantojen (mukaan lukien KANTA-arkisto) hyödyntämisestä, laaturekisterien kehittämisestä ja kansallisella tasolla seurattavista vaikuttavuusmittareista.

6. valmistella ehdotusten ja linjausten toimeenpanoon ja seurantaan liittyviä käytännön kysymyksiä ja toteutusta.

1.2.3 Työskentely

Valmistelutyössä tuli huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen eteneminen, henkilörekisterilainsäädännön uudistus, terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely ja muut toimeenpanoympäristöön vaikuttavat muutokset. Työryhmän työssä tuli soveltuvin osin ottaa huomioon monikanavarahoitusta selvittävän työryhmän ja monialaisen kuntoutuspalveluyhtymän ehdotukset ja jatkotoimet.

Ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2015 tuli toteuttaa hoidon saatavuuteen liittyvä selvitystyö ja säädösvalmistelu, iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä perusteita koskevien linjausten ja kiireellisen hoidon perusteiden laadinta.

Suun terveydenhuollon erityiskysymyksiä varten asetettiin erillinen alatyöryhmä, jonka tuli soveltuvin osin noudattaa samaa vaiheistusta. Lisäksi työryhmän tehtäväksi tuli nimetä iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisten lääketieteellisten perusteiden laadintaa varten erillinen alatyöryhmä.

Työryhmän ehdotusten vaikutusten arviointiin tuli kiinnittää erityistä huomiota. Erityisesti hoidon saatavuuden määräaikaisten muutosten ja sähköisen asioinnin lisääntymisen vaikutukset hoidon kysyntään ja palveluiden tuottamiseen tulisi arvioida.

Työryhmän tuli käyttää työnsä tueksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja alan muiden toimijoiden tuottamaa aineistoa sekä muuta julkaistua materiaalia. Työryhmä voi lisäksi sopia toimeksiantona tehtävistä rajatuista selvitystyistä, esimerkiksi käytössä olevien laaturekistereiden ja laatu-tietokantojen selvittämisestä. Työryhmän tuli järjestää avoimia kuulemistilaisuuksia ja käyttää muita kanavia, joiden kautta asukkailla ja sidosryhmillä on mahdollisuus osallistua työhön.

Yhtenäisten hoidon perusteiden laadinnassa työryhmän tuli toimia edustajiensa välityksellä yhteistyössä asiantuntijaverkostojen kanssa. Työryhmän kokoonpanossa oli huomioitu nykyisten toimijaverkostojen edustus.

Työryhmän kustannukset maksettiin momentilta 33.01.01.02.

2 Työryhmän toiminta

Työryhmän toiminnassa oli mukana yhteensä 33 jäsentä ja asiantuntijaa. Lisäksi työryhmän asiakokonaisuuksia valmisteltiin viidessä eri alatyöryhmässä, asiantuntijaryhmissä ja joitakin työryhmän toimeksiantoja siirtyi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvostolle. Palvelujärjestelmän uudistuksen siirtyminen osin hidasti tai esti työryhmän tehtävien etenemistä.

Työryhmän toimikausien alussa Kataisen ja Stubbin hallitusten aikana valmisteltu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen eteneminen raukesi perustuslakikysymyksiin. Myös Sipilän hallituskauden sote- ja maakuntamuutokset raukesi. Palvelujärjestelmän uudistuksen siirtyminen hidasti työryhmälle annettujen hoitoon pääsyn määräaikoja ja hoidon porrastuksen ohjausta koskevien tehtävien etenemistä.

Työryhmän kauden aikana Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston (Palko) toiminta vakiintui kattamaan osan niitä tehtäviä, joita työryhmälle aluksi suunniteltiin. Palkon tehtäväksi on vakiintunut suositusten antaminen terveydenhuollon menetelmien kulumisesta kansalliseen palveluvalikoimaan kustakin menetelmästä tehtyjen arviointien perusteella. Sairaalalääkkeistä annettavat suositukset perustuvat Fimean arviointiraportteihin. Yhteistyötä tehdään myös FinCCHTA:n kanssa. Kaksi työryhmän saamaa ehdotusta selkäkirurgiasta ja selkäkuntoutuksesta siirrettiin Palkon käsiteltäväksi. Palveluvalikoimaa koskevan päätöksenteon ja yhtenäisten hoidon perusteiden välinen työnjako on alkanut selkeytyä työryhmän toimikauden kuluessa.

Sote-uudistuksen järjestämislakien pitkittynyt käsittely on vaikuttanut hoitoon pääsyn määräaikojen ehdotuksen tekemiseen. Työryhmän toimikauden aikana ehdotuksia ei saatu valmiiksi. Erityisesti perusterveydenhuollon osalta ehdotukset ovat jääneet keskeneräisiksi. Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä on työryhmässä käsitelty alustava määräaikojen tiukennuksia koskeva luonnos. Tätä kirjoitettaessa ei ole tiedossa, miten 2019 alkavassa hallitusohjelmassa hoitoon pääsyn määräajat tullaan huomioimaan.

Monikanavarahoitusta selvittäneen työryhmän raportti (STM raportteja ja muistioita 2015:19) valmistui 2015. Rahoitusjärjestelmän muutokset ja järjestämisvastuuihin liittyvät ehdotukset eivät ole edenneet rahoituksen uudistaminen on sidoksissa palvelujärjestelmän uudistamiseen, joka siirtyy 2019 alkavalle hallituskaudelle.

Kuntoutukseen liittyviä järjestelmätason kehittämisen tarpeita käsiteltiin työryhmässä, mutta samanaikaisesti toimiva Kuntoutuksen uudistamiskomitea käsittelee osaltaan samoja aiheita, ja päällekkäisen työn välttämiseksi työryhmä jäi odottamaan monialaisen

kuntoutus selvityksen ehdotuksia ja jatkotoimia (STM:n raportteja ja muistioita 2017:41). Sen sijaan työryhmän toimikauden aikana saatiin valmiiksi mittava työ apuvälinesuosituksen laatimiseksi. Lisäksi eräitä kuntoutuksen yhtenäisistä perusteista on siirtynyt Palkon tehtäviksi (psykoterapia ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa, lonkkamurtuman leikkauksen jälkeinen kuntoutus, biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa, intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuksien hoidossa). Muihin kuntoutuksen aiheisiin ei enää ehditty palata työryhmän toimikaudella.

Sote-uudistuksen suunnittelua varten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kustannusten ja vaikuttavuuden mittariston kehittämistyö käynnistyi toimikauden aikana. Tämä työ vastasi osittain toimeksiannon kohdan 5. tarpeisiin, minkä vuoksi erillisen alatyöryhmän perustaminen siirtyi työryhmän loppukaudelle.

STM:n Sote-erillisjohtoryhmän asettama Vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä (KUVA) on tehnyt sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön yhtenäisen mittariston, jossa tarkastellaan palvelujärjestelmän kustannuksia ja vaikuttavuutta kokonaisuutena. Näkökulmia ovat väestön hyvinvoinnin- ja terveydentila, palvelutarve, palvelujen saatavuus, laatu, yhdenvertaisuus, vaikuttavuus, kustannukset ja tehokkuus. Mittaristo on tarkoitettu ensisijaisesti palvelujärjestelmän kansalliseen ohjaukseen, mutta palvelujen järjestäjät voivat käyttää niitä myös hyödyksi. Mittaristoa pilotoitiin sote-valmistelun aikana vuonna 2018 tuottamalla vertailutietona maakuntien tilannekuva sosiaali- ja terveysministeriön ja maakuntien välisiin harjoitusneuvotteluihin. Keskushallinnon ja alueiden välinen säännöllinen vuorovaikutus, joka perustuu mittaristolla muodostettuun yhteiseen tietopohjaan, on päätetty ottaa kansallisen ohjauksen työvälineeksi. Vertailutiedot alueista julkaistaan THL:n Tietoikkunassa.

KUVA-mittaristolistassa on yhteensä 531 mittaria, joista 460 mittaria on tuotettuna tai tuotettavissa maakuntavertailutietoina vuonna 2019. Loput mittarit edellyttävät pitkäjänteisempää tietotuotannon kehittämistä vuoteen 2025 mennessä. Mittariston ylläpitoa ja jatkokehittämistä varten on asetettu työryhmä. Mittareiden avulla saatu tilannekuva ei anna kaikkia selityksiä alueiden välisille eroille, vaan alueilta odotetaan kykyä perehtyä alueellisia eroja synnyttäneisiin taustatekijöihin ja kehittää alueellisia ratkaisukeinoja.

2.1 Toimikaudet, jäsenet ja kokoukset

2.1.1 Toimikaudet

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti päätöksellään 23.2.2015 valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikaudeksi 23.2.2015 – 31.12.2016 ja 29.11.2016 tekemällä päätöksellä päätti jatkaa työryhmän toimikautta ajalle 1.1.2017–31.12.2018.

2.1.2 Jäsenet ja asiantuntijat

Työryhmän jäseniksi koottiin valtakunnallisesti kattavasti erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, kuntien ja sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten edustajia. Työryhmän toiminnassa mukana oli yhteensä 33 virkamiestä ja asiantuntijaa.

2.1.2.1 Jäsenet

Puheenjohtajana toimi johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, sosiaali- ja terveysministeriö 16.5.2018 saakka ja ylijohdaja Markku Tervahauta ajalla 16.5.2018–31.12.2018.

Varapuheenjohtajana toimi johtaja Annakaisa Iivari, sosiaali- ja terveysministeriö 16.5.2018 saakka ja johtaja Tuija Kumpulainen 16.5.2018–31.12.2018.

Jäsenet:

Timo Keistinen, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Anne Koskela, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Anne Nordblad, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö 31.7.2018 saakka ja lääkintöneuvos Merja Auero 1.8.–31.12.2018

Satu Karppanen, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Hannu Hämäläinen, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö 16.5.2018 saakka ja hankejohtaja Päivi M. Hämäläinen 16.5.2018–31.12.2018

Eeva Reissell, hallintoylilääkäri, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 16.5.2018 saakka ja ylilääkäri Tiina Hetemaa 16.5.2018–31.12.2018

Päivi Koivuranta-Vaara, hallintoylilääkäri, Kuntaliitto

Anna-Kaisa Pusa johtaja, Kuntayhtymä Kaksineuvoinen

Ismo Rautiainen, vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen johtaja, Lahti

Jukka Louhija, toimialajohtaja, HUS

Risto P. Roine, professori, Itä-Suomen yliopisto

Tapani Hämäläinen, ylilääkäri, HUS

Tuija Ikonen, arviointiyliääkäri, VSSHP 30.6.2017 saakka

Sirkku Pikkujämsä, terveystalouden johtaja, Oulun kaupunki
Kati Liukko, terveystalouden johtaja, Porvoon kaupunki
Jorma Komulainen, Käypä Hoito -päätoimittaja, Duodecim
Markku Hupli, kuntoutusjohtaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote)

Asiantuntijat:

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta pääsihteeri Jaana Leipälä toimi työryhmän pysyvänä asiantuntijana 16.2.2015–31.1.2017 ja pääsihteeri Taina Mäntyranta 30.5.2017–31.12.2018.

Työhön osallistui asiantuntijoita Valvirasta ja aluehallintovirastoista. Valvirasta johtaja Tarja Holli kutsuttuna asiantuntijana 4.12.2015 alkaen ja nimettynä asiantuntijana 30.5.2017–31.12.2018. Aluehallintoylilääkäri Jaana Mäkelä, Etelä-Suomen aluehallintovirasto kutsuttuna asiantuntijana 4.12.2015 alkaen ja nimettynä asiantuntijana 30.5.2017–31.12.2018.

Erityisasiantuntija Päivi Kaukonen, sosiaali- ja terveysministeriö 30.5.2017–31.12.2018

Ylilääkäri Minerva Krohn, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 30.5.2017–31.12.2018
Johtava ylilääkäri Juhani Grönlund, Akaan kaupunki 23.2.2015-31.12.2018.

Työryhmä ei nimittänyt työryhmälle asiantuntijasihteereitä.

Työryhmän, alatyöryhmien tai asiantuntijaryhminen tukena toimivat sosiaali- ja terveysministeriöstä lääkintöneuvos Helena Vormo, ylilääkäri Tuija Ikonen 3.7.2017 alkaen sekä ylilääkäri Katri Makkonen 1.9.2018 alkaen.

Työryhmän teknisenä sihteerinä toimi osastosihteeri Jenni Mäkitalo 23.2.2015–7.3.2017. Osastosihteeri Pham Hang 7.3.2017–1.9.2017. Osastosihteeri Vappu Kannan 1.9.2017–31.12.2018 sosiaali- ja terveysministeriöstä.

2.2 Alatyöryhmät

Työryhmää perustettaessa helmikuussa 2015 asetettiin kaksi alatyöryhmää, jotka olivat suun terveydenhuollon alatyöryhmä ja iäkkäiden laitoshuollon perusteet -alatyöryhmä. Asettamispäätöksessä työryhmälle annettiin valtuudet nimetä tarvittaessa alatyöryhmiä asiakokonaisuuksien valmisteluun. Työryhmä perusti lisäksi kolme alatyö-

ryhmää, joista yhtenäisten hoidon perusteiden alatyöryhmä ja hoidon saataisuuden alatyöryhmä aloittivat toimintansa keväällä 2015. Viimeisin alatyöryhmä, jonka tehtävänä oli laatu-tiedon asemointimuistion laatiminen, perustettiin keväällä 2018.

2.2.1 Suun terveydenhuollon alatyöryhmä

Alatyöryhmä kokoontui 41 kertaa ajalla 9.4.2015–14.12.2018. Alatyöryhmän kokoonpano oli seuraava: puheenjohtajana toimi lääkintöneuvos Anne Nordblad, STM (31.7.2018 saakka, minkä jälkeen lääkintöneuvos Merja Auero, STM) ja jäsenet olivat varatoiminnanjohtaja Anja Eerola, Suomen Hammaslääkäriliitto; johtajahammaslääkäri Seija Hiekkänen, Helsingin kaupunki (16.5.2018 saakka, minkä jälkeen vs. johtajahammaslääkäri Merja Auero, Helsingin kaupunki 31.7.2018 saakka); palvelupäällikkö Sakari Kärkkäinen, Oulun kaupunki; vt. klinikayli-lääkäri, professori Pekka Laine, HUS (16.5.2018 saakka, minkä jälkeen ylihammaslääkäri Hellevi Ruokonen, HUS); toiminnanjohtaja Matti Pöyry, Suomen Hammaslääkäriliitto; suuhygienisti, asiantuntija Liisa Terävä, Simpele (16.5.2018 asti, minkä jälkeen puheenjohtaja Mari Heinonen, Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry ja puheenjohtaja Marjaana Nissinen, Suun terveydenhoidon ammattiliitto STAL ry).

Alatyöryhmän jäseneksi ja sihteeriksi nimettiin ylihammaslääkäri Sebastian Kaste Espoon kaupungilta 16.5.2018. Suun terveydenhuollon alatyöryhmän pysyvinä asiantuntijoina toimivat professori Liisa Suominen Itä-Suomen yliopistosta ja vs. professori Risto Kontio Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä.

Suun terveydenhuollon alatyöryhmä päivitti neljä yhtenäisen hoidon perustetta ja laati yhden uuden perusteen. Perusteet olivat lausuttavana 30.8.2018–28.9.2018. Niitä muokattiin lausuntokierrosten perusteella ja ne hyväksyttiin julkaistavaksi syksyn 2018 aikana. Perusteet kuvataan tarkemmin luvussa 4.

2.2.2 Iäkkäiden laitoshoidon perusteet alatyöryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikaudelle 23.2.2015–31.12.2016. Työryhmän tehtävänä on muiden tehtävien ohella tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista.

Alatyöryhmä kokoontui seitsemän kertaa ajalla 28.4.2015–18.12.2015. Alatyöryhmän kokoonpano oli seuraava: puheenjohtajana toimi toimialajohtaja Jukka Louhija, HUS ja sihteerinä neuvotteleva virkamies Satu Karppanen, STM. Jäsenet olivat geriatrian professori Riitta Antikainen, Oulun yliopisto; tutkimusprofessori Harriet Finne-Soveri, THL; ylihoitaja Claudia Hellström, Helsingin kaupunki; ylilääkäri Tapani Hämäläinen, HUS; neuvotteleva virkamies Maire Kolimaa, STM ja vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen johtaja Ismo Rautiainen, Lahti.

Lausuntokierros toteutettiin ajalla 28.6.–20.7.2016. Kysely lähetettiin 23 taholle (vuoden geriatrit, alan järjestöt ja kunnallisen hoitotyön edustajat). Vastauksia saatiin 16. Kyselyssä kysyttiin asiantuntijatahojen näkemystä työryhmän ehdottamien iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisten kriteerien selkeydestä, konkreettisuudesta ja käyttökelpoisuudesta. Palaute oli pääosin myönteistä.

Iäkkäiden laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistion luonnos iäkkäiden laitoshoidon perusteet julkistettiin STM:n raportteja ja julkaisuja sarjassa 29.2.2016 (2016:9), ja julkaisu ilmestyi valtioneuvoston julkaisuarkistossa 3.7.2017 julkaisusarjassa Raportteja ja muistioita (2017:30).

2.2.3 Hoidon saatavuus alatyöryhmä

Alatyöryhmä kokoontui 11 kertaa ajalla 18.5.2015–11.10.2018. Alatyöryhmän kokoonpano oli 18.5.2015–28.9.2016 seuraava: puheenjohtajana toimi johtaja Annakaisa Iivari, STM ja sihteerinä erityisasiantuntija Anne Arvonen STM. Jäsenet olivat johtava ylilääkäri Juhani Grönlund, Akaan kaupunki; kuntoutusjohtaja Markku Hupli, Eksote; neuvotteleva virkamies Hannu Hämäläinen, STM; arviointiylilääkäri Tuija Ikonen, VSSHP; Käypä hoito –päätoimittaja Jorma Komulainen, Duodecim; hallitusneuvos Anne Koskela, STM; terveystalvijohtaja Kati Liukko, Porvoon kaupunki; toimialajohtaja Jukka Louhija, HUS; lääkintöneuvos Anne Nordblad, STM; terveystalvijohtaja Sirkku Pikkujämsä, Oulun kaupunki; johtaja Anna-Kaisa Pusa, Kuntayhtymä Kakksineuvoinen; arviointiylilääkäri, professori Risto P Roine, KYS ja Itä-Suomen yliopisto; johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, STM.

Alatyöryhmän muistion laatijaksi nimitettiin myöhemmin Käypä hoito –päätoimittaja Jorma Komulainen, Duodecim. Tietojärjestelmiä koskevan osuuden kirjoitti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tietohallintoylilääkäri Pirkko Kortekangas. Alatyöryhmän muistioluonnos valmistui keväällä 2016 ja siitä pyydettiin lausunnot kesällä 2016. Lausuntokierrokselta saatu palaute on otettu huomioon soveltuvin osin. Lisäksi alatyöryhmä päivitti muistiot syksyllä 2016 sote-uudistusta ja asiakkaiden valinnanvapautta koskevien linjausten osalta.

Alatyöryhmän julkaisema muistio ”Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet” (STM:n raportteja ja muistioita 2017:3) sisältää alustavia ehdotuksia hoitoon pääsyä koskevien säädösten muuttamiseksi, hoitoon pääsyn mittaamisen uudistamiseksi ja sähköisten palveluiden kehittämiseksi. Kyseessä on asiantuntijatyöryhmän ehdotukset, jotka luovutetaan sosiaali- ja terveysministeriölle jatkotyöskentelyn pohjaksi.

Alatyöryhmä jatkoi työtään aikavälillä 22.8.2018–11.10.2018, jolloin puheenjohtajana toimi johtaja Tuija Kumpulainen, STM ja jäsenet olivat lääkintöneuvos Merja Auero,

STM; hallintoylilääkäri Eila Erkkilä, Oulun kaupunki; johtava ylilääkäri Juhani Grönlund, Akaan kaupunki; kuntoutusjohtaja Markku Hupli, Eksote; ylilääkäri Tuija Ikonen, STM; Käypä hoito –päätoimittaja Jorma Komulainen, Duodecim; hallitusneuvos Anne Koskela, STM; terveyspalvelujohtaja Kati Liukko, Porvoon kaupunki; toimialajohtaja Jukka Louhija, HUS; johtaja Anna-Kaisa Pusa, Kuntayhtymä Kaksineuvoinen; arviointiyliääkäri, professori Risto P Roine KYS ja Itä-Suomen yliopisto; lääkintöneuvos Helena Vormaa, STM. Loppukaudesta keskityttiin erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn määräaikaisten ehdotuksen täsmentämiseen.

2.2.4 Yhtenäiset hoidon perusteet alatyöryhmä

Alatyöryhmä kokoontui viidesti ajalla 27.4.2015–4.12.2015 ja vuonna 2016 laajan työryhmän kokousten yhteydessä. Alatyöryhmän lisäksi kiireettömien hoidon perusteiden valmistelua tehtiin teemoittain erillisissä asiantuntijaryhmissä. Alatyöryhmän kokoonpano oli seuraava: puheenjohtajana toimi johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, STM ja jäsenet olivat neuvotteleva virkamies Hannu Hämäläinen, STM; ylilääkäri Tapani Hämäläinen, HUS; johtaja Annakaisa Iivari, STM; lääkintöneuvos Tuija Ikonen, STM; lääkintöneuvos Timo Keistinen, STM; hallintoylilääkäri Päivi Koivuranta-Vaara, Suomen Kuntaliitto; Käypä hoito –päätoimittaja Jorma Komulainen, Duodecim; pääsihteeri Jaana Leipälä, Terveystieteiden tutkimuskeskus; toimialajohtaja Jukka Louhija, HUS; lääkintöneuvos Anne Nordblad, STM.

Lisäksi lasten ja nuorten sekä aikuisten kiireellisen hoidon perusteiden valmistelua tehtiin erillisessä pienryhmässä laajan työryhmän kokouspäivinä.

2.2.5 Laatutiedon ohjausta ja laaturekisterejä asemoiva alatyöryhmä

Alatyöryhmä kokoontui kolmesti ajalla 11.6.–31.12.2018. Alatyöryhmän kokoonpano oli seuraava: puheenjohtajana toimi ylilääkäri Tuija Ikonen, STM ja jäsenet olivat hankejohtaja Päivi M Hämäläinen, STM; erityisasiantuntija Mikko Huovila, STM; erityisasiantuntija Riikka Vuokko, STM; neuvotteleva virkamies Joni Komulainen, STM; ylilääkäri Jutta Järvelin, THL; johtajaylilääkäri Seppo Ranta, KHSHP; arviointiyliääkäri, professori Risto P Roine, KYS ja Itä-Suomen yliopisto; vastuualuejohtaja Heikki Lukkari, Tyks; johtajahammaslääkäri Seija Hiekkänen, Apotti (Suhat), hallintoylilääkäri Päivi Koivuranta, Suomen Kuntaliitto; projektijohtaja Pia Maria Jonsson, THL; asiantuntijalääkäri Jonna Salonen, THL; ylilääkäri Antti Malmivaara, THL.

Alatyöryhmä valmisteli laatutiedon asemointimuistiota, jota jatkettiin verkostomaisesti alatyöryhmän toimikauden päätyttyä, ja joka on suunniteltu julkaistavan vuoden 2019 aikana.

Muistiossa kuvataan laatu- ja vaikuttavuustiedon nykytilaa ja kuvataan pitkäjärjestyksen kehittämisen tiekartta. Muistio asemoi laatu- ja vaikuttavuustiedon tuotannon ohjauksen ja roolit suhteessa lainsäädäntöön, valtiohallinnon tietostrategioihin, palvelujen järjestämisen, tuottamisen ja asiakkaan tietotarpeisiin, tietojärjestelmäkehitykseen, tietovarantoihin sekä tarpeisiin, joita johtamisen tai potilastyön äärellä herää. Muistion tarkoitus on auttaa eri toimijoita suuntaamaan kehittämistä kohti yhteistä päämäärää laatu- ja vaikuttavuustiedon hyödyntämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2.3 Hoidon perusteita ja muita suosituksia valmistelleet asiantuntijaryhmät

Asetettujen alatyöryhmien lisäksi työryhmä antoi toimeksi valittuja potilasryhmiä hoitaville asiantuntijaryhmille tai selvityshenkilöille valmistella luonnoksia kiireettömän hoidon yhtenäisiksi perusteiksi tai palvelujärjestelmää koskevia suosituksia potilasryhmien hoidon järjestämiseksi. Lisäksi työryhmän toimeksiannosta toimivat lasten ja nuorten sekä aikuisten kiireellisten hoitojen perusteita pohtineet asiantuntijaryhmät. Työryhmien jäsenet, toiminta ja laaditut perusteet tai suositukset kuvataan tarkemmin luvussa 4.

2.4 Palveluvalikoimaneuvostolle siirtyneet toimeksiannot

Työryhmän toimikausien ajan Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) toiminta vahvistui (<https://palveluvalikoima.fi/etusivu>). Palko on laatinut palveluvalikoimaa koskevat suositukset implanttikiinnitteisestä kokoproteesista alaleuan hampaattomuuden hoidossa, lonkkamurtuman leikkaushoidon jälkeisestä kuntoutuksesta, polvikuluman täyhystyskirurgisesta hoidosta, vuorovaikutteisista psykoterapioista ja muista psykososiaalisista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa sekä biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkävivussa sekä useista sairaalalääkkeistä.

Selkäkuntoutus sekä selkäkirurgia siirtyivät työryhmältä Palkon arvioitavaksi.

1.11.2018 annetun suosituksen mukaan biopsykososiaalinen kuntoutus kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan, kun selkäkipu alkuvaiheen hoidosta huolimatta pitkittyy tai kun selkäkipujaksot ovat toistuvia, ja toiminta- ja työkyky on sen johdosta uhatuna (Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositukset, 2018). Selkäkirurgian

perusteista tullaan antamaan kolme suositusta, jotka kattavat kirurgisen hoidon indikaatiot sekä postoperatiivisen kuntoutuksen seuraavista tilanteista: lannerangan välilevyn pullistuma, selkäydinkanavan ahtauma eli stenoosi ja instabiliteetti. Lannerangan välilevyn pullistuman hoito ja kuntoutus valmistuu kesäksi 2019 lausuntokierrokselle.

3 Hoidon saatavuus

Hoidon oikea-aikaisuus ja tarpeenmukaisuus tuovat terveys- ja kustannushyötyjä niin yksilöiden kuin yhteiskunnan kannalta. Hoitoon pääsyn kokonaisuuden kehittämisen kannalta keskeistä on menettelyjen ja työnjaon uudistaminen, innovatiivisten palveluratkaisujen kehittäminen, hoitoon pääsyn määräaikojen säädösten päivittäminen sekä hoitoon pääsyn mittaamisen uudistaminen.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitopääsyn prosessit ovat erilaiset ja sääntelyn laatiminen yhtenäisesti siten, että keskeisimpiin potilasryhmiin saataisiin tarkoituksenmukainen hoidon saatavuuden seuranta, ei ole yksinkertaista. Hoidon saatavuuden alatyöryhmä tunnisti muistiossaan (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:3) keskeisiä säädöstarpeita hoidon saatavuuden parantamiseksi. Näihin kuuluvat asiakkaan omaehtoinen tietojärjestelmien käyttö hoidon tarpeen arvioinnissa, joustavien ja perustasolle integroitujen erikoispalvelujen käyttö, potilaiden segmentointi hoidon tarpeen luonteen mukaan kertaluonteisiin tapahtumiin, monivaiheiseen paranemiseen tähtäävään hoitopolkuun ja pysyväisluonteiseen toimintakyvyn ylläpidon tarpeeseen. Alatyöryhmä korosti myös kokonaisvaltaista palvelujärjestelmän vastuuta palvelujen toteutumisesta.

Alatyöryhmä ehdotti hoitoon pääsyn kokonaisuuden parantamiseksi mm. kiireettömän hoidon perusteiden päivittämistä ja ylläpitovastuusta sopimista, kiireellisen hoidon kriteeristön laatimista ohjaamaan kiireellisen hoidon tarpeen arviointia ja oikean hoitopaikan valintaa, kattavien ja ajantasaisten näyttöön perustuvien kansallisten hoitosuosistusten ylläpidon varmistamista, terveys- ja hoitosuunnitelman mittareiden laatimista, joiden avulla on mahdollista seurata yksilöllisen hoitosuunnitelman toteutumista, ja mallihoitoketjuihin ja yksilölliseen hoitosuunnitelmaan perustuvan hoidon toteutumisen seurantatietojen julkisuutta viranomaisvalvonnan rinnalla.

Alatyöryhmä katsoi myös, että lähetekäytäntöjä muuttamalla yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisiin saumattomiin palveluketjuihin voidaan luopua läheteiden käsittelyyn ja hoidon odottamiseen kuluvan ajan mittaamisesta ja siirtyä hoitosuunnitelman toteutumisen mittaamiseen. Työryhmä ehdotti ensivaiheessa säännöksiä tarkistamista siten, että mahdollistetaan potilaiden monikanavainen yhteydenpäänti ja nopeutetaan hoitoon pääsyä. Tarvitaan menettelyjä ja työnjaon uudistamista, jotta potilas yhteydenoton perusteella voidaan suoraan ohjata sellaisen palvelun piiriin, jossa hänen terveysongelmaansa päästään hoitamaan. Myös innovatiivisia palvelutuotan-

non ratkaisuja kannattaa kehittää, kuten matalan kynnyksen palvelut ja walk-in vastaanotot, jotka mahdollistavat yhteydensaannin, hoidon tarpeen arvion ja hoidon aloittamisen samanaikaisuuden.

3.1 Kiireellinen hoito

Työryhmän toimikauden aikana annettiin terveydenhuoltolain 50 § täydentävä valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017). Asetuksessa kuvataan kattavasti edellytykset ja työnjako ympärivuorokautiselle päivystysvalmiudelle. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Hoito on annettava asuinpaikasta riippumatta.

Käytännössä kiireellinen hoito tarkoittaa viimeistään 24 tunnin sisällä annettua hoitoa. Työryhmässä ei käsitelty potilasryhmittäin kiireelliseen hoitoon pääsyä. Kuitenkin osassa laadittuja yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita määritellään myös tilanteita, joissa hoidon tarve on arvioitava kiireelliseksi.

Virka-ajan ulkopuolista välitöntä yhteydenottomahdollisuutta ja hoidon tarpeen arviota mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon päivystykseen rakennettava kansallinen ohjaus- ja neuvontapalvelu, joka laajenee Suomessa vuonna 2019. Kansalaiset voivat soittaa numeroon 116117 päivystyksellisissä sosiaali- ja terveysongelmissa, joissa ei ole kyse hätätilanteesta. Palvelun tavoitteena on parantaa kansalaisten saamaa palvelua, vähentää päivystyskäyntejä ja ensihoidon tehtävämääriä. Tavoitteena on myös ohjata hätänumeroon kuulumattomat puhelut oikeaan paikkaan.

3.2 Perusterveydenhuollon kiireetön hoitoon pääsy

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä julkaisi muistion ”Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet” vuonna 2017 (STM raportteja ja muistioita 2017:3). Muistiossa on alustavia ehdotuksia hoitoon pääsyä koskevien säädösten muuttamiseksi, hoitoon pääsyn mittaamisen uudistamiseksi sekä sähköisten palvelujen kehittämiseksi. Potilaan näkökulmasta nykyiset Terveys-

denhuoltolain (1326/2010) säätämät kiireettömän hoitoon pääsyn määräajat ja kansainvälisesti arvioiden odotusajat hoitoon ovat Suomessa pitkiä. Tästä syystä jatkossa hoidon tarpeen arvion sekä hoitoon pääsyn määräaikojen säädöksiä tulee päivittää, onhan terveydenhuollon toimintaympäristökin muuttunut sitten Terveydenhuoltolain voimaantulon. Työryhmän mielestä myös hoidon tarpeen arvioijan osaamisen tasosta sekä lääkärin roolista ko. arvioinnissa olisi hyvä säätää.

3.2.1 Yhteydenotto ja hoidon tarpeen arvio

Terveydenhuoltolain 51 §:n mukaan potilaan tulee saada yhteys arkipäivisin ja virka-aikana terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön välittömästi. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteuttavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Työryhmän näkemys on, että tavoitteena tulisi olla ohjata potilas jo hoidon arvioinnin yhteydessä suoraan sellaiseen palveluun, jossa häntä voidaan mahdollisuuksien mukaan auttaa kertakontaktilla. Säädöstasolla tulee mahdollistaa erilaiset menetelmät hoidon tarpeen arvioinnille. Näitä ovat puhelinpalvelu, henkilökohtainen käynti, mutta myös sähköiset neuvontapalvelut kuten sähköisesti täytettävät lomakkeet tai chat-palvelut. Myös matalan kynnyksen ns. walk in -poliklinikat nopeuttavat hoidon alkamista oikea-aikaisesti. Keskeistä perustasolla on riittävän nopea diagnostinen arvio ja muu tilannearvio sekä tarvittaessa samanaikainen psykososiaalisen tuen järjestäminen.

3.2.2 Terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotto

Terveydenhuollon ammattihenkilön lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi arvioima hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, mutta kuitenkin viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä niin että potilaan terveydentila ei vaarannu.

Työryhmän mielestä nämä määräajat sallivat pitkät odotusajat, jotka voivat olla vaikutukseltaan negatiivisia. Pitkä odotusaika hoitoon pääsemiseksi, myös määräaikojen sisällä, voi komplisoida potilaan tilannetta ja johtaa - niin yksilön kuin yhteiskunnan

kannalta - haitallisiin seuraamuksiin potilaan toimintakyvyn laskiessa. Näin voi olla esimerkiksi joidenkin mielenterveyden ongelmien kohdalla. Lisäksi sairauspäivien kasvaminen odotusajalla voi lisätä yhteiskunnan kustannuksia. Oikea-aikainen, tavoitteellinen ja vaikuttava toiminta tuottaa merkittäviä terveys- ja kustannushyötyjä muun muassa tarpeettoman sairaalahoidon vähenemisenä.

Nykyymallissa kansalaisella on mahdollisuus valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Terveysaseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sille terveysasemalle, jota henkilö on käyttänyt ja myös sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Halutessaan henkilö voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja, mikäli hän asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempikäisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi. Tällöin hänen hoidosta vastaava terveyskeskuksensa ei muutu, ja ilmoitus valinnasta tehdään samoin kuin yllä on kuvattu.

Terveydenhuoltolain 55 §:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen odotusajoista neljän kuukauden välein. Tiedot odotusajoista julkaistaan kustakin toimintayksiköistä erikseen. Ne voi julkaista internetin lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän päättämällä tavalla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää ja julkaisee tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn toteutumistiedoissa (avohoidon hoitoilmoitustiedot eli Avohilmo) on kuitenkin harhan mahdollisuuksia. Raportointi kattaa vain tiedot uuden ongelman vuoksi yhteyttä ottaneiden asiakkaiden hoitoon pääsystä, joka muodostaa vain noin 10 % kaikista perusterveydenhuollon avohoidon hoitotapahtumista. Tästä syystä pelkästään raportoitujen tulosten perusteella ei voi tehdä luotettavia johtopäätöksiä esimerkiksi hoitoon pääsyn kehitymisestä viimeisten vuosien aikana. Lainsäädännön muutosten vaikutuksien seuraamiseksi myös toiminnan mittareita ja tietojärjestelmiä, ml. Hoitoilmoitusjärjestelmä, tulee kehittää. Aikamääreiden (esim. lähetteen hyväksyminen erikoissairaanhoidon) lisäksi tulisi olla mahdollista seurata ja arvioida koko hoitoprosessia, sen jatkuvuutta sekä tavoitteiden onnistumista.

3.3 Erikoissairaanhoidon kiireetön hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyn määräaikojen asettamisen jälkeen kertyneet kokemukset osoittavat ainakin erikoissairaanhoidossa, että hyvin kauan hoitoa odottamaan joutuvien määrä on vähentynyt. Vaikka selkeät, yhtenäiset aikarajat yksinkertaistavat hoitoon pääsyn valvontaa, eivät asetetut rajat kuitenkaan varmista hoidon toteuttamista lääketieteelliseen vaativuuteen tai potilaan tarpeeseen nähden oikea-aikaisesti. Ongelmia voi syntyä, jos resursseja suunnataan vähemmän kiireellisten hoitojen aikarajoissa pysymiseksi sellaisten hoitojen kustannuksella, joissa sairauden luonne edellyttäisi palvelujen määräaikoja nopeampaa toteuttamista. Vaikka erikoissairaanhoidossa on selkeästi määritellyt ja seuratut aikarajat lähetteen saapumiselle ja käsittelylle sekä ensimmäiselle hoitokontaktille ja hoidon toteuttamiselle, suuri osa erikoissairaanhoidon toiminnasta jää määräaikojen seurannan ulkopuolelle, ja etenkin monivaiheisten hoitopolkujen asianmukaisen toteutumisen seuranta on järjestämättä.

3.3.1 Lähetteen käsittely ja hoidon tarpeen arvio

Hoitoon pääsyn määräaikoja tarkastelleen alatyöryhmän muotoilu vuodelta 2016 erikoissairaanhoidon hoitopääsystä terveydenhuoltolain 52 §:ksi sisälsi vain vähäisiä muutoksia. Ehdotettu muotoilu: ”Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että läheteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. ... Hoitopäätös ja lain potilaan asemasta ja oikeuksista 4a pykälän mukainen suunnitelma hoidon aikataulusta on tehtävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toimintayksikköön.”

Syksyllä 2018 alatyöryhmä jatkoi erikoissairaanhoidon hoitopääsyn säädösehdotuksen luonnostelua eduskunnalle esitettyjen järjestämislakien tueksi. Hoidon tarpeen arviointia ehdotettiin tiukennettavaksi seuraavasti: ”Hoidon tarpeen arviointi ja suunnitelma tutkimusten ja hoidon järjestämisestä sekä toteuttamisaikataulusta on tehtävä viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon antamaan toimintayksikköön.” Vaihtoehtoinen muotoilu: ”... on tehtävä ja tutkimusten ja hoidon järjestämisen sekä toteuttamisaikataulun suunnittelu on aloitettava ...”

3.3.2 Ensikäynti ja hoidon järjestäminen

Työryhmä ei pitänyt tarpeellisena hoidon tarpeen arvioinnin erillisen käynnin 3 kk määräajan säilyttämistä. Käytännössä sitä ei kirjata yhtenevästi ja sen merkitys valvonnassa on pieni.

Hoitoon pääsyn määräaikoja käsitellyt alatyöryhmä keskusteli erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn määräajoista, mutta ei päätenyt ehdottamaan hoitoon pääsyn määräaikojen takarajan muuttamista terveydenhuoltolain 52 §:ssä. Se ehdotti sanamuotojen sujuvoittamista seuraavasti: ”Jos on lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti perusteltua, on tarpeelliseksi arvioitu hoito annettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa.”

Myöhemmin syksyllä 2018 järjestämislakiesityksiin liittyen alatyöryhmä laati teksti-muotoilut, joissa määräaikoja ehdotettiin tiukennettavaksi ja porrastettavaksi seuraavasti: ”Lääketieteellisin, hammaslääketieteellisin tai terveystieteellisin perustein tarpeelliseksi arvioitu hoito ja ohjaus on aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioiden kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Kiireetön toimenpide on tehtävä tai kuntoutus, terapia tai vastaava jaksotettu hoitomuoto on aloitettava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun suunnitelma hoidosta on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa potilaslain 4a § mukaisesti.”

Psykiatrian hoitoon pääsyn osalta ehdotettiin myös aikuisten hoitoon pääsyn sekä lasten ja nuorten hoitoon pääsyn määräaikojen tiukentamista. Tämä on tarkemmin kuvattu yhtenäisten hoidon perusteiden kohdassa luvussa 4.

3.3.3 Tietojärjestelmät

Hoitoon pääsyn seuranta tehdään potilastietojärjestelmiä ja niistä tehtäviä tiedon poimintoja hyödyntäen. Näiden kehittäminen hoidon saatavuuden säädöksiä ja viranomaisvalvonnan tarpeita vastaavaksi on oltava valmis ennen kuin uudet säädökset voivat astua voimaan. Koska Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ylläpitää hoitoilmoitusten seuranta ja hoitoonpääsyn raportointia, kehittämisen tulee tapahtua tietojärjestelmätoimittajien, palvelutuottajien ja THL:n yhteistyönä.

Potilastietojärjestelmien rinnalla on kehitettävä sähköisiä palveluja, jotka mahdollistavat reaaliaikaisesti hoitoon pääsyn toteutumisen seurannan kansallisesti yhteisesti sovitulla tavoilla (esimerkiksi kolmannen vapaan palvelutapahtuman aikaa mittamalla).

alatyöryhmä ehdotti kansallisella tasolla koordinoitua sähköisten palveluiden kokonaisuutta, joka mahdollistaa potilaan tai hänen läheistensä oman hoidon tarpeen virtuaalisen arvioinnin ja sen pohjalta tapahtuvan hoitoon ohjauksen.

4 Yhtenäiset hoidon perusteet ja hoidon järjestämisen suositukset

4.1 Kiireellinen hoito

4.1.1 Lasten ja nuorten kiireellisen hoidon perusteet

Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä jatkoi vuonna 2009 perustetun päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen ohjausryhmän työtä lasten kiireellisen hoidon perusteiden laatimiseksi. Ison työryhmän jäsenistä koostunut vapaamuotoinen asiantuntijaryhmä toimi Timo Keistin johdolla kokoontuen valtakunnallisen työryhmän kokouksia ennen tai niiden jälkeen. Asiantuntijaryhmä tarkasteli olemassa olevia kiireellisen hoidon ohjeita, muokkasi niitä asiantuntijapalautteen mukaisesti, ja niistä pyydettiin lausuntoja sairaanhoitopiireistä ja Duodecimilta. Myös työpajoja pidettiin kahteen otteeseen.

Esitys oli lausunnolla ja sai laajasti useanlaisia korjausehdotuksia. Työtä vaikeutti se, että samanaikaisesti oli menossa hyvin monia erillisiä päivystykseen liittyviä hankkeita, kuten Päivystystalo-hanke ja päivystyksen ODA-hanke. Lisäksi sairaalat olivat tuottaneet erilaisia päivystyksen triage-ohjeita. Oli myös vaikea määrittää yhtenäisten perusteiden kohderyhmää eli onko se vanhemmat, terveydenhuollon ammattihenkilöt vai yhteispäivystyksen triage-hoitaja. Samanaikaisesti on ollut menossa myös Hätäkeskuslaitoksen uutta tietojärjestelmää varten tehtävä kiireellisen hoidon riskiarvion valmistelu.

Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen työryhmä on ylilääkäri Andreas Blanco Sequeiros'n johdolla valmistellut lasten kiireellisen hoidon perusteita. Perusteet ovat olleet lastentautien erikoisalojen yhdistysten lausunnolla. Suomen Lastenlääkäriyhdistys julkisti perusteet Lastenlääkäri 2019 -tilaisuudessa helmikuun 2019 puolivälissä. Työ jatkuu niiden saattamisessa käyttöön Päivystysapu 116117 -hankkeen yhteydessä.

4.1.2 Aikuisten kiireellisen hoidon perusteet

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän alaryhmä jatkoi vuonna 2009 perustetun päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen ohjausryhmän työtä aikuisten kiireellisen hoidon perusteiden laatimiseksi. Jaos sai runsaasti kommentteja lausunnolla olleeseen versioon. Työ on

jatkonut Päivystystalo ja ODA-hankkeessa, mutta varsinaisten aikuisten kiireellisten hoidon kriteerien valmistelu ei ole edennyt julkaistavaan muotoon. Ensihoidon ja päivystyksen työryhmän päivystyksen alaryhmä jatkoi aikuisten hoidon perusteiden valmistelua. Perustettavan ensihoidon ja päivystystoiminnan yhteistyön ohjausryhmän tavoitteena on jatkaa työtä edelleen. Perusteet ovat tärkeitä muun muassa valtakunnalliseksi leviävän Päivystysapu 116117 -hankkeen käytäntöjen yhtenäistämiseksi.

4.1.3 Suun terveydenhuollon kiireellinen hoito

Suun terveydenhuollon kiireellisen hoidon perusteita työstettiin aluksi erillisinä, mutta ne päädyttiin integroimaan samoihin perusteisiin muun terveydenhuollon kanssa. Työ on vielä kesken.

4.2 Hoidon järjestämisen suositukset

Työryhmän toimikauden aikana julkaistiin sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita -sarjassa hoidon porrastusta ja työnjakoa ohjaavia hoidon järjestämisen suosituksia koskien iäkkäiden laitoshoidon, palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ja lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä. Suositukset on laadittu asiantuntijatyöryhmissä ja ne perustuvat ajantasaiseen lääketieteelliseen tietoon sekä ammattikunnan vallitsevaan näkemykseen parhaista käytännöistä. Pyrkimyksenä on tarjota yhdenvertainen pääsy tarvittaviin palveluihin. Ennen julkaisemista suositusluonnoksista pyydettiin lausuntoja tai järjestettiin kuulemisia. Kukin suositus kuvataan tarkemmin seuraavissa luvuissa.

Lisäksi tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta erillisiä asiantuntijatyöryhmien raportteja tai selvityshenkilöiden ehdotuksia suosituksiksi, joiden pohjalta on laadittu uusia tai päivitetty aikaisempia yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Nämä suositukset käsitellään niiden pohjalta laadittujen yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden yhteydessä. Osa suosituksista on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita –sarjassa ja ne kuvataan myöhemmin. Julkaisemattomat ehdotukset ovat tämän raportin liitteenä.

4.2.1 Iäkkäiden laitoshoidon perusteet

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) on täsmennetty pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksiä. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palvelutarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla

vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Alatyöryhmän näkemyksen mukaan laitoshoidon ei pääsääntöisesti voida ennakoita yksittäisten diagnoosien perusteella ja 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 0-1 % tarvitsee pitkäaikaista laitoshoidon lääketieteellisillä perusteilla. Sairaudesta/sairauksista johtuva laitoshoidon tarve voi muodostaa perusteen esim. seuraavissa tilanteissa: Useita samanaikaisia sairauksia, jotka edellyttävät vaativia, usein toistuvia ja ennakoimattomia lääketieteellisiä hoitoja; Vaikeasti liikuteltava, vaikeasti järjestettävissä oleva tai erityisosaamista vaativa hoito ja/tai hoitovälineistö; Sairaana oman tai muiden ihmisten vakava terveyden tai turvallisuuden vaarantuminen. (STM:n raportteja ja muistioita 2017:30.)

Laitoshoidon tulee pääasiassa olla määräaikaista, vaikka se joissain tilanteissa voi muodostua pitkäaikaiseksi. Jotta laitoshoidon voidaan onnistuneesti vähentää, tulee koko ikääntyneiden palvelujärjestelmää kehittää. Työryhmän mielestä palveluasumista tulee edelleen kehittää vastaamaan iäkkäiden tarpeita osaamisen, henkilöstörakenteen ja asiakasturvallisuuden näkökulmasta. Työryhmä piti erittäin tärkeänä vahvistaa kotona asumista ja palveluasumista tukevia tukipalveluja, kuten kuntoutusta, kotisairaaloimintaa, lääkäripalveluja ja unohtamatta omaisten ja yhteisön mahdollisuutta vaikuttaa iäkkäiden elämänlaatuun, erityisesti valitettavan yleiseen yksinäisyysongelmaan. (STM:n raportteja ja muistioita 2017:30.)

4.2.2 Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet

Asiantuntijaryhmä aloitti toimintansa elokuussa 2016. Puheenjohtajana toimi kuntoutusjohtaja Markku Hupli, Eksote, ja ydinryhmän jäseninä olivat Heidi Solja, Eksote; Anne Ojala, Pirkanmaan shp; Ulla Kolomainen, Keski-Suomen shp; Kaiju Mäkilä ja Mariann Kylmäniemi, Varsinais-Suomen shp; Tarja Siira, Pohjois-Pohjanmaan shp ja Henrik Gustafsson, Vammaisten henkilöiden oikeuksien neuvottelukunta.

Opas laadittiin valtakunnallisessa yhteistyössä kokoamalla aluellisesti kattava ja monialainen asiantuntijaryhmä apuvälinetyötä julkisessa terveydenhuollossa tekevien ammattilaisten joukosta. Oppaan laatimisessa on huomioitu apuvälinepalvelua ohjaava lainsäädäntö ja muu virallinen ohjeistus sekä eri alueilla käytössä olevat apuvälineiden luovutusperusteet. Asiantuntijaryhmä kommentoi oppaan eri luonnosversioita sekä kokosi kommentteja omien organisaatioidensa erikoisaloiilta. Opas valmistui huhtikuussa 2018, ja pieniä tarkennuksia tehtiin 14.8.2018.

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden valtakunnalliset yhtenäiset luovutusperusteet (STM:n raportteja ja muistioita 2018:35) on laaja opas, jonka tavoitteena on tukea arjen apuvälinetyötä. Apuvälinepalvelun tavoite on mahdollistaa ihmisen päivittäiset toiminnot erilaisista toimintakyvyn muutoksista ja rajoituksista huolimatta. Apuvälinepalvelun lähtökohtana on apuvälineen tarvitsijan ja apuvälinealan asiantuntijan yhdessä toteama tarve, joka liittyy usein asiakkaan muuhun hoitoon ja kuntoutukseen.

Valtakunnalliset lääikinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet on tarkoitettu oppaaksi apuvälinetyötä tai -päättöksiä tekeville sekä ohjeiksi apuvälineitä käyttäville. Tarkoituksena on lisätä asiakkaiden yhdenvertaisuutta apuvälineiden myöntämisessä yksilöllinen tarveharkinta huomioiden.

Asiantuntijoista koostuva moniammatillinen päivitysryhmä jatkaa avoimiksi jääneiden kysymysten ratkaisemista ja luovutusperusteiden päivittämistä kahdesti vuodessa. Päivitystyöhön voivat osallistua myös muut kuin päivitysryhmän jäsenet. Tiedot päivitykseen osallistumisesta löytyvät oppaasta.

4.2.3 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen

Asiantuntijaryhmä toimi ajalla 22.03.2016–31.12.2017. Puheenjohtajana toimi professori Tiina Saarto, HUS; ja jäsenenä kliininen opettaja Juho Lehto, TAYS; toimialuejohtaja Sirkku Jyrkkiö, TYKS; erikoislääkäri Kirsti Sirkiä, HYKS; ylilääkäri Paula Poukka, Helsingin kotisairaala; ylilääkäri Juha Hänninen, Terhokoti; erikoislääkäri Elisa Marjamäki, Pirkanmaan hoitokoti; sairaanhoitaja Minna Forss, Sastamalan terveyskeskus; sairaanhoitaja Tarja Heikkinen, Kuopion kaupunginsairaala; sairaanhoitaja Sirkka Pelto, Rovaniemen kotisairaala ja sosiaalityöntekijä Pirkko Ollikainen, TAYS.

Asiantuntijaryhmälle annettiin tehtäväksi laatia ehdotus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä siten, että valmistelussa olleessa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä määritellyt toimijat yhteistyössä huolehtivat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen –suositus (STM:n raportteja ja muistioita, 2017:44) pohjautuu aikaisempiin vuonna 2010 laadittuihin suosituksiin. Se pyrkii vahvistamaan niissä kuvattujen tavoitteiden toteutumista esittämällä osaamis- ja laatukriteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen

tähtääviä toimenpiteitä. Suosituksessa kuvataan vähimmäistaso. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Sen pohjalta voidaan alueellisesti suunnitella palveluketjut ja sopia työnjaosta valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaisesti. Alueelliset olosuhteet vaikuttavat siihen, minkälaista työnjakoa on tarkoituksenmukaista ylläpitää ja millä keinoin palvelujen tarpeeseen vastataan.

Ehdotus oli lausuntokierroksella 4.7.–19.8.2016. Lausuntojen perusteella muokattiin sisältöjä ja selkeytettiin palvelujärjestelmän työnjaon kuvausta. Sidosryhmille kohdenettu korjatun luonnoksen kuulemistilaisuus oli 17.10.2017. Asiantuntijaryhmän suositus luovutettiin julkistamistilaisuudessa perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikolle 18.12.2017.

Yhtenäiset hoidon perusteet palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle sekä hoidon porrastuksen kuvaus laadittiin suosituksen perusteella alkuvuodesta 2019.

4.2.3.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon porrastus

Hoidon porrastus ja työnjako kuvataan kolmelle tasolle: Perustasolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita muun toiminnan ohessa. Erityistasolla tarkoitetaan keskussairaalan yhteydessä toimivia sairaanhoitopiirien palliatiivisia keskuksia ja alueellisia erityistason yksiköitä. Vaativalla erityistasolla tarkoitetaan yliopistosairaanhoitopiirien palliatiivisia keskuksia.

4.2.3.2 Elämän loppuvaiheen palliatiivinen hoito ja saattohoito

Perusteissa kuvataan perustason tehtävät ja perusteet erityistason ja vaativan erityistason hoidolle, lähetteessä tarvittavat tiedot sekä erityistason eri palvelumuodot.

Oleennaista on laatia yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, jotta potilaan hoito voidaan turvata siellä missä hän asuu. Kuoleman lähestyessä tehdään saattohoitopäätös sekä saattohoitosuunnitelma ja huomioidaan lähestyvään kuolemaan liittyvien fyysisten ja psykiatristen oireiden hoidon lisäksi psykososiaalisen ja eksistentiaalisen (henkisen ja hengellisen) tuen tarve.

4.3 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimintakauden aikana luonnosteltiin asiantuntijaryhmissä yhteensä 21 kappaletta kiireettömän hoidon perusteita. Erikoisalojen ja potilasryhmien erityispiirteiden vuoksi

perusteiden kirjoitusmuodossa on pyritty ohjauksen kannalta tarkoituksenmukaiseen rakenteeseen, jolloin perusteiden määrämuotoisuudesta on jouduttu tinkimään. Osassa perusteita kuvataan myös hoidon porrastusta ja hoidon antamisen lääketieteellinen prioriteettijärjestys.

Luonnokset hoidon perusteista olivat lausuttavana asiantuntijaryhmien ehdotuksena niiden valmistuttua. Ensimmäisen kerran lausuntoja pyydettiin 4.7.–19.8.2016 ja toinen lausuntokeirros oli 30.8.–28.9.2018. Ennen julkaisua pyydettiin vielä sairaanhoitopiireissä ja kansanterveystyön johtajien verkostosta lausunnot 29.1.–18.2.2019 välisellä ajalla lausuntopalvelun kautta. Myös THL:lta saatiin lausunto. Perusteet julkaistaan uudistetussa painoksessa sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuun Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet.

Tähän lukuun on kuvattu lyhyesti julkaistavien uusien perusteiden keskeiset sisällöt tai olennaiset päivitykset vuoden 2010 painokseen.

4.3.1 Silmätautien päivitetyt ja uudet hoidon perusteet

Vuoden 2010 kiirettömän hoidon perusteissa oli kolme silmätauteja koskevaa ohjetta: harmaakaihen leikkaushoito, diabeettisen silmänsairauden ja glaukooman kiiretön hoito. Näiden perusteiden päivityksen lisäksi laadittiin perusteet kolmeen muuhun sairauteen.

Asiantuntijaryhmä toimi vuosina 2015 ja 2016 professori Anja Tuulosen, Tays, johdolla. Jäseniä olivat Suomen silmäylikätkärit Pirjo Aisala, Rovaniemi; Merja Hurskainen, Kajaani; Kai Kaarniranta, KYS; Sirpa Kaipainen, Joensuu; Sanna Leinonen, Hämeenlinna; Jukka Moilanen, HUS; Eeva Orhanen, Seinäjoki; Pasi Pehkonen, Pori; Kati Ranta, Mikkeli; Ville Saarela, OYS; Niko Setälä, Jyväskylä; Raimo Tuuminen, Kotka; Hannu Uusitalo, Tampereen yliopisto; Hanna Vaahtoranta-Lehtonen, TYKS; Juha Välimäki, Lahti.

Asiantuntijaryhmän valmistelemista perusteista pyydettiin lausuntoja 4.7.–19.8.2016. Lausuntopalaute oli pääosin myönteistä. Teksteihin ehdotettiin vähäisiä tarkennuksia. Kaihin suositukset päivitettiin vielä alkuvuodesta 2019 tuoreen Käypä hoito –suosituksen mukaiseksi.

4.3.1.1 Diabeettisen silmänsairauden kuvaseurannan kriteerit

Päivityksessä on muutettu otsikkoa ja sisällössä on tarkennettu kuvaustiheyttä 1-tyypin ja 2-tyypin diabeteksessä sekä lisätty raskaana olevien kuvausperusteet.

4.3.1.2 Kaihi

Kaihileikkauksen aiheet on päivitetty vastaamaan 2019 ilmestynyttä Käypä hoito – suositusta.

4.3.1.3 Avokulmaglaukooma

Ohjeeseen on täsmennetty yksilöllisen hoitosuunnitelman perusteita.

4.3.1.4 Kosteaa silmänpohjan ikärappeuma

Ohje on uusi. Siinä korostetaan kostea ikärappeuman tunnistamisen tärkeyttä ja kuvataan kiireellisen lähetteen perusteet.

4.3.1.5 Silmäluomileikkaukset

Ohje on uusi ja siinä kuvataan perusteet luomileikkauksille.

4.3.1.6 Silmänsairauksien etusijaistamisjärjestys

Ohje on uusi. Voimavarojen kohdentamisen ensisijaisena perusteena on pysyvän näkövammaisuuden ehkäiseminen.

4.3.2 Proteesikirurgian selvitys ja lonkan ja polven tekonivelkirurgian päivitetty hoidon perusteet

Selvitys polven ja lonkan tekonivelkirurgian toteutumisesta ja yhtenäisistä hoidon perusteista käynnistettiin sosiaali ja terveysministeriön 29.8.2017 antaman toimeksiantannon perusteella. Asiantuntijoina olivat professori Matti U.K. Lehto, Tampereen yliopisto ja ylilääkäri Jarkko Leskinen, HUS. Selvityksen perusteella selvityshenkilöt laativat ehdotuksen yhtenäisistä kansallisista perusteista lonkan ja polven tekonivelleikkauksille (STM:n raportteja ja muistioita, 2018:1). Selvitys oli lausunnoilla vuodenvaihteessa 2017 – 2018.

Selvityksen mukaan polven ja lonkan tekonivelleikkaukset ovat tavallisimpia vaativia leikkauksia Suomessa. Hoito on osoitettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi. Vuonna 2016 ensivaiheen leikkauksia tehtiin 21 797. Leikkausmäärät ovat kasvaneet nopeasti kaikissa ikäryhmissä. OECD-maiden vertailussa Suomessa tehdään tekonivelkirurgiaa runsaasti. Maassamme on suurta sisäistä vaihtelua leikkausmäärissä. Sen syy lienee leikkausindikaatioiden erilaisuus. Terveystieteiden laaki ja sen asetukset keskittävät keinonivelleikkauksia vuoden 2018 aikana harvempiin sairaaloihin nykyisestä 50 julkisesta sairaalasta.

Hoidon perusteet muodostuvat leikkaushoidon aiheesta (indikaatio) ja vasta-aiheesta (kontraindikaatio). Näiden molempien huomioiminen on keskeistä sekä potilasta terveyskeskuksista hoitoon ohjatessa, että hoitopäätöstä tehtäessä erikoissairaanhoidossa. Liitännäissairaudet huonontavat tekonivelleikkausten tuloksia. Tekonivelleikkausta harkittaessa potilaiden liitännäissairauksiin liittyvät riskit tulee tunnistaa. Riskiä tulee vähentää ennen leikkausta, ja niillä potilailla, joilla riski on erityksen korkea, leikkausta tulee siirtää todettujen sairauksien hoitamiseksi; tai kokonaan luopua leikkauksesta, mikäli riskiä pidetään korkeana suhteessa leikkauksella mahdollisesti saavutettavaan hyötyyn.

Valtakunnallinen rekisteri on paras ja luotettavin keino osoittaa tekonivelkirurgian volyymit sairaaloittain ja suhteuttaa ne alueen väestöpohjaan. Tekonivelrekisteriin tarvitaan myös kansallisella tasolla vertailukelpoisia tietoja kirurgisen hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta.

Selvityshenkilöiden esityksen pohjalta ministeriössä valmisteltiin luonnos lonkan ja polven tekonivelleikkausten perusteista. Se oli yhdessä selvityshenkilöiden raportin kanssa lausunnolla ja siihen saatiin useita täydennysesityksiä sairaanhoitopiireistä ja muun muassa Sairaala Coxasta. Tarkennukset huomioitiin julkaistuissa perusteissa.

4.3.2.1 Lonkan tekonivelkirurgia

Perusteissa kuvataan leikkaushoidon aiheet ja vasta-aiheet.

4.3.2.2 Polven tekonivelkirurgia

Perusteissa kuvataan leikkaushoidon aiheet ja vasta-aiheet.

4.3.3 Suun terveydenhuollon kiireettömän hoidon perusteet

Suun terveydenhuollon alatyöryhmä ja sen kutsumat asiantuntijaryhmät valmistelivat viisi eri kiireettömän hoidon perustetta. Näistä neljässä on kyse aiemman perusteen päivittämisestä. Yksi peruste, obstruktiivisen uniapneapotilaan apneakiskohoito, laadittiin uutena perusteena. Suun terveydenhuollon alatyöryhmä otti kantaa kaikkiin perusteisiin ennen, kuin ne vietiin valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän käsittelyyn ja sen jälkeen lausuntokierroksille. Ensimmäisen kerran lausuntoja pyydettiin 4.7.–19.8.2016 ja toistamiseen 30.8.–28.9.2018. Työryhmä muokkasi perusteita lausuntojen pohjalta yhdessä asiantuntijaryhmien kanssa, minkä jälkeen perusteet vietiin uudelleen valtakunnalliseen työryhmään, jossa ne hyväksyttiin julkaistavaksi. Perusteiden yhdyshenkilönä sosiaali- ja terveysministeriössä toimi lääkintöneuvos Merja Auero.

4.3.3.1 Hampaiden kiinnityskudosten ja implanttien vieruskudosten sairauksien hoito

Ehdotuksen hampaiden kiinnityskudosten ja implanttien vieruskudosten sairauksien hoidon perusteiksi valmisteli suun terveydenhuollon alatyöryhmä. Perustetta tarkennettiin lausuntokierroksen jälkeen kesällä 2016 ja valtakunnallinen työryhmä hyväksyi perusteen julkaistavaksi. Elokuussa 2018 varmistettiin, ettei uutta päivitystarvetta ollut.

4.3.3.2 Hampaiston, kasvojen ja leukojen poikkeavuuksien oikomishoito

Ehdotuksen hampaiston, kasvojen ja leukojen poikkeavuuksien oikomishoidon perusteiksi valmisteli asiantuntijaryhmä, johon kuuluivat Tuula Laatikainen, ylihammaslääkäri, Helsingin kaupunki; Mervi Ahopelto-Innanen, ylihammaslääkäri, Kaksineuvoinen; Irma Arpalahti, ylihammaslääkäri, Vantaan kaupunki; Arja Heliövaara, apulaisylihammaslääkäri, HUS; Anu Kiukkonen, erikoishammaslääkäri, HUS; Sirkku Laaksonen, erikoishammaslääkäri, Riihimäki; Arja Liinavuori, johtava ylihammaslääkäri, Kirkkonummi; Lea Luukkonen, erikoishammaslääkäri, Varkaus; Tuula Palotie, erikoishammaslääkäri, HUS; Marja-Leena Partanen, projektipäällikkö, THL; Tiina Partanen, erikoishammaslääkäri, Kotka; Hellevi Ruukonen, ylihammaslääkäri, HUS ja Aulis Uusitalo, erikoishammaslääkäri, Espoo. Perustetta tarkennettiin elo-syyskuussa 2018 olleen lausuntokierroksen jälkeen ja valtakunnallinen työryhmä hyväksyi kokouksessaan 17.10.2018 perusteen julkaistavaksi.

4.3.3.3 Obstruktiivisen uniapneapotilaan apneakiskohoito

Ehdotuksen obstruktiivisen uniapneapotilaan apneakiskohoidon perusteeksi valmisteli asiantuntijaryhmä, johon kuuluivat Tuula Palotie, erikoishammaslääkäri, HUS; Arja Heliövaara, apulaisylihammaslääkäri, HUS ja Anu Kiukkonen, erikoishammaslääkäri, HUS. Perustetta tarkennettiin elo-syyskuussa 2018 olleen lausuntokierroksen jälkeen ja valtakunnallinen työryhmä hyväksyi kokouksessaan 17.10.2018 perusteen julkaistavaksi.

4.3.3.4 Vakavasti tai kroonisesti sairaan potilaan kiireetön suun ja leukojen infektiopesäkkeiden hoito

Ehdotuksen vakavasti tai kroonisesti sairaan potilaan kiireettömän suun ja leukojen infektiopesäkkeiden hoidon perusteeksi valmisteli suun terveydenhuollon alatyöryhmä. Perustetta tarkennettiin loka-marraskuussa 2018 olleen lausuntokierroksen jälkeen, ja valtakunnallinen työryhmä hyväksyi kokouksessaan 3.12.2018 perusteen julkaistavaksi.

4.3.3.5 Yleisanestesiassa tai laskimosedaatiassa tehtävä suu- ja hammas-sairauksien hoito

Ehdotuksen yleisanestesiassa tai laskimosedaatiassa tehtävän suu- ja hammas-sairauksien hoidon perusteeksi valmisteli suun terveydenhuollon alatyöryhmä. Perustetta tarkennettiin elo-syyskuussa 2018 olleen lausuntokierroksen jälkeen ja valtakunnallinen työryhmä hyväksyi kokouksessaan 17.10.2018 perusteen julkaistavaksi.

4.3.4 Toiminnallisten häiriöiden hoidon perusteet

Asiantuntijaryhmänä toimi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminnallisten häiriöiden hoitopolkuja pohtinut monialainen ja moniammatillinen työryhmä, jossa oli mukana edustus Työterveyslaitokselta ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä.

Puheenjohtajana toimi ylilääkäri Risto Vataja, HYKS Psykiatriakeskus ja jäsenenä osastonylilääkäri Leena-Maija Aaltonen, Korva-, nenä- ja kurkkutaudit, HYKS; psykologi Benita Antas, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka, HYKS; osastonylilääkäri Perttu Arkkila, Endoskopiayksikkö, Gastroenterologia, HYKS; neuropsykologi Eeva Dunderfelt-Lövegren, Neurologian kuntoutustutkimusyksikkö, HYKS; apulaisyylilääkäri Anna Eskola, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka, HYKS; ylilääkäri Harri Hämäläinen, Fysiatrian klinikka, HYKS; ylilääkäri Tapani Hämäläinen, Perusterveydenhuollon yksikkö, HYKS; linjajohtaja Asko Järvinen, Infektiosairauksien linja, HYKS; ylilääkäri Kirsi Karvala, Työterveyslaitos; osastonylilääkäri Paula Kauppi, Tulehdusyksikkö, Iho- ja allergiasairaala, HYKS; erikoislääkäri Salla Koponen, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka, HYKS; osastonylilääkäri Liisamari Krüger, Fysiatria ja kuntoutus, Hyvinkään sairaala; osastonlääkäri Tuitu Mikkonen, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka, HYKS; apulaisyylilääkäri Sami Räsänen, OYS; osastonlääkäri Mika Saarela, Neurologian klinikka, HYKS; ylilääkäri Markku Sainio, Työterveyslaitos; osastonylilääkäri Mikko Seppänen, Harvinaiset sairauksien yksikkö, HYKS; osastonylilääkäri Katinka Tuisku, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka ja osastonylilääkäri Aarne Ylinen, Neurologian klinikka, HYKS.

Asiantuntijaryhmä luonnosteli vuoden 2017 aikana ehdotuksen toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestämisestä. Luonnos (liite 3) oli laajalla lausuntokierroksella 18.4.–20.5.2018. Lausuntoja saatiin yli 40 taholta. Työryhmä päätyi lausuntojen käsittelyn jälkeen siihen, että sosiaali- ja terveysministeriö laatii ehdotuksen perusteella yhtenäiset hoidon perusteet, mutta ehdotusluonnosta ei julkaista erillisenä dokumenttina.

Ehdotuksen ja lausuntojen perusteella viimeisteltiin virkamiestyönä yhtenäiset hoidon perusteet erikseen toimintakykyä haittaaville toiminnallisille häiriöille ja krooniselle väsymysoireyhtymälle sekä hoidon porrastuksen ohjeet. Syksyllä 2018 eduskunta myönsi rahoituksen Suomalaiselle Lääkäriseura Duodecimille hyvän hoitokäytännön suosituksen laatimiseksi. Se on suunniteltu valmistuvan vuonna 2020.

4.3.4.1 Toiminnallisten ja monimuotoisten oireiden hoidon porrastus

Hoidon porrastus perustuu oireiston vaikeusasteeseen, minkä tärkeimpänä mittarina on toimintakyvyn lasku. Oireiston vaikeutta kuvataan asteikolla lievä, keskivaikkea ja vaikea. Perusterveydenhuollolla tai työterveyshuollolla on keskeinen rooli toiminnallisten oireiden tunnistamisessa sekä lievistä ja keskivaikkeista oireista kärsivien tukemisessa. Vaikeista oireista kärsivien diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen tukemiseksi tarvitaan erikoissairaanhoidossa moniammatillisia ja –alaisia työryhmiä ainakin kaikkiin yliopistosairaaloihin.

4.3.4.2 Aikuisten toimintakykyä alentavat toiminnalliset häiriöt

Perusteissa käsitellään aikuisiässä ilmeneviä toiminta- tai työkykyyn vaikuttavia toiminnallisia oireita, joiden syyksi ei löydy elimellistä eikä psykiatrista perussairautta. Oireet voivat olla monimuotoisia ja ilmetä samaan aikaan tai vaihdellen useissa elinryhmissä.

Olennaista on poissulkea tavanomaiset somaattiset tai psykiatriset sairaudet ja ehkäistä etiologisten tutkimusten jatkuminen ilman lääketieteellisiä perusteita. Olennaista on myös varmistaa hoitosuhteen jatkuvuus ja laatia suunnitelma toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja psykososiaalisen ja toiminnallisen kuntoutuksen järjestämiseksi yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Erikoissairaanhoidon lähettäminen on aiheellista oireiden pitkittyessä tai vaikeutuessa ja työ- ja toimintakyvyn ollessa uhattuna. Hoidon ja kuntoutuksen tarve arvioidaan moniammatillisessa ja monialaisessa työryhmässä.

4.3.4.3 Aikuisten krooninen väsymysoireyhtymä

Perustasolla tunnistetaan tyypilliset väsymysoireyhtymän piirteet ja poissuljetaan muut tavanomaiset sairaudet. Erikoissairaanhoidon lähettäminen on perusteltua oireiden pitkittyessä ja työ- tai toimintakyvyn vaarantuessa. Hoidon ja kuntoutuksen tarve arvioidaan moniammatillisessa työryhmässä ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, tarvittaessa yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa.

4.3.5 Lasten ja nuorten monimuotoisten oireiden hoidon perusteet

Lasten monimuotoisten oireiden hoidon perusteet pohjautuivat 25.4.2018 julkaistuun sosiaali- ja terveysministeriön asettamien selvityshenkilöiden raporttiin, jonka laativat lastentautien erikoislääkäri Elina Hermanson ja lastenneurologi Rob Forsyth (STM:n raportteja ja muistioita, 2018:17). Selvityshenkilöiden raportin luonnoksesta järjestettiin huhtikuussa 2018 perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikon kuulemistilaisuus, johon osallistui lasten- ja nuorten perheiden edustajia. Suositusten sisältöä muokattiin palautteen perusteella ja raportti julkaistiin kuulemistilaisuuden jälkeen.

Selvityksen julkaisemisen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö järjesti kahdesti kuulemis- ja keskustelutilaisuuden sairaanhoitopiirien lastenlääkäreistä, lastenneurologeista ja lasten- ja nuorisopsykiatreista koostuville asiantuntijoille kesäkuussa ja joulukuussa 2018. Tilaisuuksissa käsiteltiin selvityshenkilöiden ehdotuksia ja niiden toteutumista sairaanhoitopiireissä.

Perheiden ja asiantuntijoiden kuulemisen perusteella muokattiin virkamiestyönä yhtenäiset hoidon perusteet erikseen lasten ja nuorten monimuotoisille toiminnallisille oireille ja krooniselle väsymysoirehtymälle.

4.3.5.1 Lasten ja nuorten monimuotoiset toiminnalliset oireet

Perusteet käsittelevät lapsuus- tai nuoruusiällä ilmeneviä, arkea haittaavia oireita, joiden taustalta ei löydy elimellistä perussairautta. Oireet voivat ilmetä yhdessä tai useammassa elinjärjestelmässä. Perusterveydenhuollossa on tärkeä tunnistaa oireet, jotka ovat toistuvia tai uhkaavat kroonistua ja poissulkea tavallisimmat somaattiset erotusdiagnostiset sairaudet. Perusteissa kuvataan tilanteet, joissa ovat tarpeellisia erikoissairaanhoidon konsultaatio ja tutkimukset, sekä erikoissairaanhoidon moniammatillinen ja monialainen yhteistyö.

Olennaista on varmistaa varhaiset ja riittävät tukitoimet koulunkäynnin ja ikätason mukaisen kasvun ja kehityksen jatkumiseksi.

4.3.5.2 Lasten ja nuorten krooninen väsymysoireyhtymä

Perusteissa kuvataan perusterveydenhuollon tehtävät ja milloin on syytä konsultoida erikoissairaanhoitoa sekä erikoissairaanhoidon tarjoama diagnostinen ja hoidollinen tuki. Olennaista on varmistaa koulunkäynnin sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen jatkuvuus kodin, koulun ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyönä.

4.3.6 Psykiatrian alojen hoidon perusteet

Lastenpsykiatrian yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet valmisteli työryhmän pyynnöstä ulkopuolinen asiantuntijaryhmä, johon kuuluivat professori, ylilääkäri Kaija Puura, Tays ja Tay; professori, ylilääkäri Ilona Luoma, Kys, Ky ja Tay; apulaisylilääkäri Anne-Mari Borg, Tays ja projektikoordinaattori Sari Miettinen Tays. Yhdyshenkilönä STM:ssä toimivat erityisasiantuntija Päivi Kaukonen vuoteen 2017 ja lääkintöneuvos Helena Vormaa vuonna 2018.

Nuorisopsykiatrian yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet valmisteli työryhmän pyynnöstä ulkopuolinen asiantuntijaryhmä, johon kuuluivat professori, ylilääkäri Riitta-kerttu Kaltiala-Heino, Tays ja Tay; professori, ylilääkäri Eila Laukkanen, Kys ja Ky; ylilääkäri Pekka Närhi, HUS ja kliininen opettaja, osastonylilääkäri Henna Haravuori, Hy ja HUS. Yhdyshenkilönä STM:ssä toimivat erityisasiantuntija Päivi Kaukonen vuoteen 2017 ja lääkintöneuvos Helena Vormaa vuonna 2018.

Ehdotuksen aikuispsykiatrian yhtenäisiksi kiireettömän hoidon perusteiksi valmisteli työryhmän pyynnöstä ulkopuolinen asiantuntijaryhmä, johon kuuluivat professori Sami Pirkola, Tay; ylilääkäri Matti Holi, HUS; ylilääkäri Tapio Kekki, Lshp; ylilääkäri Eila Tiisonen, Niuvanniemen sairaala ja ylilääkäri Hanna-Mari Alanen, Pshp.

Kaikki psykiatrian eri alojen perusteet olivat lausuntokierroksella 30.8.–28.9.2018.

Työryhmä hyväksyi kokouksessaan 17.10.2018 lausuntokierroksen jälkeen lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian perusteet julkaistavaksi ehdotetulla tavalla ja aikuispsykiatrian tekstimuotoilujen viimeisteleminen virkamiesvalmisteluna ja perusteiden julkaisemisesta. Suosituksen yhdyshenkilönä sosiaali- ja terveysministeriössä toimi lääkintöneuvos Helena Vormaa.

4.3.6.1 Lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian päivitetty yhtenäiset hoidon perusteet

Molemmat suositukset perustuvat aiempien suositusten tapaan tapaan arviointilomakkeiden avulla tehtävään pisteytykseen. Arviointilomakkeet on tarkoitettu käytettäväksi lasten ja nuorten terveystarkastuksissa ja ongelmatilanteita arvioitaessa kliinisen päätöksenteon tukena hoidon tason ja muiden interventioiden tarpeen harkinnassa.

Asiantuntijaryhmät laativat lisäksi mallin palvelukartasta, joka on mahdollista linkittää yhtenäisiin hoidon perusteisiin. Lasten ja nuorten mielenterveystyön palvelukartta on

ammattilaisten avuksi laadittu sähköinen työväline, joka sisältää lasten ja nuorten arviointilomakkeet sekä hoidon ja tuen tarpeisiin ja hoitosuosituksiin liittyvää ohjeistusta ammattilaisten päätöksenteon tueksi, ja monialaisen työnjaon selkeyttämiseksi. Palvelukartta sisältää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilaitosten, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden kuvauksia siten, että ne muodostavat lapsille, nuorille ja heidän perheilleen helposti avautuvan kokonaisuuden ilman toiminnallisia rajoja. Palvelukartan tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta lapsen ja nuoren tuen ja hoidon oikea-aikaisuus, tarpeellisuus, riittävyys ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä eri ammattiryhmien kesken. Päämääränä on myös yhtenäistää tuki- ja hoitokäytäntöjä sekä selkiyttää varhaisen tuen, tutkimusten ja hoidon porrastusta.

4.3.6.2 Aikuispsykiatrian uudistetut yhtenäiset hoidon perusteet

Psykiatriset häiriöt ja päihdehäiriöt vaikuttavat toimintakykyyn ja hyvinvointiin laajalaisesti, ja niiden hoito vaatii tavoitteellista suunnittelua. Palvelujärjestelmän on toimittava riittävän varhain ja herkästi ja toisaalta sen täytyy varautua nopeaan tilannearviointiin ja toimenpiteisiin. Tämän vuoksi palvelujärjestelmän on toimittava integroituna kokonaisuutena, eikä yhteys perustason palveluista erityistasolle saa katketa. Oikea-aikainen, tavoitteellinen ja vaikuttava toiminta tuottaa merkittäviä terveys- ja kustannushyötyjä muun muassa tarpeettoman sairaalahoidon vähenemisenä.

Aikuispsykiatrian uudistettuja suosituksia valmistellut asiantuntijaryhmä otti työssään huomioon STM:n työryhmän raportin ”Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet” (STM:n raportteja ja muistioita, 2017:3). Raportissa esitettiin mielenterveyshäiriöiden hoitoa koskeva huomio, jonka mukaan joissain mielenterveyden ongelmissa hoitoon pääsyn pitkittyminen määräaikojen sisällä voi johtaa toiminta- ja työkyvyn pitkäaikaiseen alenemiseen. Raportin suosituksena oli, että määritellään säädösten avulla, miten toimitaan, jos erityisosaamista tuodaan perustason tueksi. Esimerkiksi psykiatrian erikoislääkäri ja erityistiimi voi jalkautua peruspalveluiden ”kylkeen” antamaan konsultaatioita ja osin hoitamaan potilaita.

Asiantuntijaryhmän ehdottamassa työnjaossa psykiatristen ja päihdehäiriöiden hoidot ja toimintamallit perustuvat tutkimustietoon, ja niiden ajanmukaisuuden ja laadun valvonnan vastuu on erityistasolla ja tarvittaessa vaativan erityistason toimijoilla. Kansalliset Käypä hoito –suositukset ovat merkittävä apuväline hoitolinjojen valinnassa. Palvelutason laadunvalvonta varmistetaan säädöksillä, toimintaohjeilla ja laatukriteereillä. Erityistaso vastaa riittävän monipuolisen hoitovalikoiman saatavuudesta (mm. näyttöön perustuvat psykoterapiat) ja perustasolla annettavaa hoitoa tukevan henkilöstön saatavuudesta sekä aktiivisen konsultaatioyhteyden ylläpidosta ja sitä kautta toimintamallien ja palveluketjujen päivittämisestä.

Erityistaso tarjoaa itse tuottamiensa hoitokokonaisuuksien ohella perustasolle riittävän valikoiman hoitoja ja hoito-ohjelmia sekä tukihenkilöstöä ja koordinoi alueiden mielen-terveys- ja päihdepalveluita ehkäisevästä korjaavaan työhön. Lisäksi se arvioi toiminnan laatua ja vaikuttavuutta sekä tarjoaa konsultaatiotukea peruspalveluiden käyttöön, joustavasti ja matalalla kynnyksellä. Erityistason mielen-terveys- ja päihdepalveluiden avohoitotoiminnalla on oltava riittävä kapasiteetti psykiatriin tutkimuksiin, suoriin potilaskonsultaatioihin ja sähköisiin konsultaatioihin, sekä yhteistyöalueiden toimintaohjeiden tuottamiseen, päivittämiseen ja valvontaan. Erityistaso vastaa myös erityisosaamista vaativasta tutkimus- ja hoitotoiminnasta yhteistyössä perustason kanssa. Päihdehäiriöiden hoidossa tarvitaan riippuvuussairauksien, psykiatrian, somatiikan ja sosiaalityön erityisosaamista.

Keskeistä perustasolla on nopea diagnostinen arvio ja muu tilannearvio, sekä psykososiaalisen tuen järjestäminen matalalla kynnyksellä, paitsi potilaalle, myös perheelle ja lähipiirille. Psykiatriset tilanteet ovat useimmiten päivystyksellistä hoitoa vaativia tai suhteellisen nopeita konsultaatioita edellyttäviä. Diagnostinen arvio tehdään viipymättä, sovittujen käytäntöjen mukaisesti yhteistyössä erityistason toimijoiden kanssa. Näitä voivat olla esimerkiksi perustason toimintayksikön yhteydessä työskentelevät psykiatrian erikoislääkärit ja muut erityistason työntekijät. Diagnostinen psykiatrinen häiriö määrittää lähtökohtaisesti ensisijaisen hoitovastuun erikoisalaorganisaatiolle, vaikka hoito toteutuisi perustason yksikössä. Järjestelmän kokonaistoimivuuden ja -taloudellisuuden periaatteena on, että toimiva perustasolle tarjottu koulutus ja konsultaatiotuki vähentävät läheteiden tarvetta erityistasolle, mikä puolestaan vapauttaa sen resursseja koulutus- ja konsultaatiotuen vakiinnuttamiseen ja kehittämiseen.

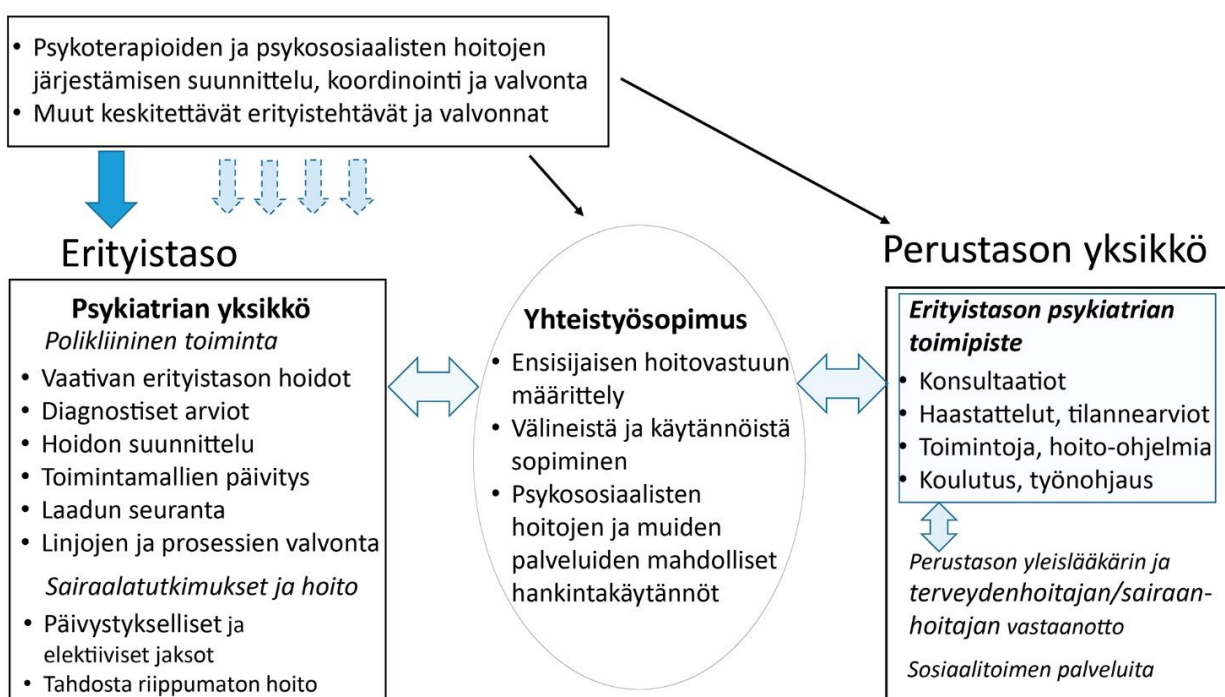
Hoitomuodoista erityistä huomiota ja kehittämistä vaatii tarpeenmukaisten, kohdennettujen psykoterapeuttisten hoitojen järjestäminen. Niissä järjestämisvastuu on erityistasolla, vaikka hoidot täytyy voida aloittaa jo pian perustason kontaktin jälkeen. Tätä varten on luotava joustavat käytännöt myös yksityissektorilta hankituille terapioidille. Tätä koskevat linjaukset ja toiminnan vaatiman laaturekisterin käytön koordinoivat keskittämisasiäsetuksen mukaisesti yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiirien psykososiaalisten hoitojen osaamiskeskukset.

Erityistason vastuun kriittisiä tehtäviä ovat:

- sairaalahoidon tarpeen arvio
- mielen-terveyslain mukainen tahdosta riippumaton hoito
- asianmukaisen psykososiaalisen hoidon tai psykoterapian tarpeen ja toteutumisen arvio
- perustason toimijoiden koulutus, joka tähtää myös optimaalisen hoitotahon määrittämiseen

- oikeuspsykiatristen vaarallisuuden tai hoitoisuuden arvioiden järjestäminen tai konsultaatiotuki
- pitkäaikaissairaiden potilaiden asumisen tukijärjestelyjen ja muun kuntouttavan toiminnan laadun seuranta
- kotiin vietävien palveluiden laatuksien määrittely ja seuranta.

Yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiirit



Kuva. Ensisijaisen hoitovastuun määrittäminen ja hoitokokonaisuuksien suunnittelu mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmässä.

5 Työryhmän saavutukset ja ehdotukset jatkotyölle

5.1 Hoitoon pääsyt määrääkojen valmistelu

Hoidon saatavuuden ja määrääkojen tarkastelemiseksi käytettiin paljon asiantuntijatyötä, jonka sisältö on kattavasti kuvattu julkaistussa muistiossa. Työryhmästä riippumattomista syistä hoitoon pääsyt määrääkojen, hoidontarpeen arvioinnin, seuranta-käytäntöjen ja valvonnan tarvitsemien muutosten valmistelua ei saatu päätökseen, vaan työ jatkuu osana terveydenhuoltolain uudistamista. Hoitoon pääsyt määrääkojen ja menettelyjen sääntely on sidoksissa palvelujärjestelmän rakenteeseen, joten työ on mahdollista viedä päätökseen vasta, kun tuleva palvelujärjestelmä uudistus on saavuttanut lain voiman.

Työryhmän 2017 julkaisema raportti on kattava taustamuistio hoitoon pääsyt määrääkojen päivittämiseksi, mutta se on laadittu rauenneen sote-uudistuksen mallin pohjalta ja siinä laadittujen ehdotusten muokkausta tarvitaan tulevaisuudessa toimeenpantavan mallin mukaiseksi. Sipilän hallituskauden aikana toive määrääkojen tarkistamisesta on kohdistunut etenkin erikoissairaanhoidon, minkä vuoksi laadittiin aihio ehdotukseksi syksyllä 2018. Se käsiteltiin alustavasti työryhmässä, mutta sote-uudistuksen kaatumisen myötä myöskään määrääkojen muutoksia ei tehty.

Määrääkojen jatkotyöstö edellyttää virkamiestyötä, perustelumuiotioineen ja sanoitukseineen. Hallitusohjelmassa 2019 otettaneen kantaa sote-uudistuksen tarpeeseen ja terveydenhuoltolain kokonaisuudistukseen. Palvelujen saatavuuden tarkastelua voi tehdä myös erillisenä järjestelmän tai lainsäädännön kokonaisuudistuksista tai jopa kohdistuen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, suun terveydenhuollon tai mielenterveyspalvelujen määrääkoihin. Oletettavaa on, että toimenpiteiden keskittyessä isompiin yksiköihin valvonnan merkitys ei vähene. Erikoissairaanhoidon lääketieteelliset tavoiteajat potilasryhmittäin ovat vaihtelevia ja niiden sisällyttäminen säädöksiin on sen vuoksi haastavaa.

Psykiatrian määrääkojen tiukentaminen kroonistumisen välttämiseksi on lääketieteellisesti perusteltua. Tähän on annettu jo yhtenäisissä hoidon perusteissa suosituksia. Määrääkojen merkitys vähenee toiminnallisesti integroidussa järjestelmässä, jossa yhteistyö voi alkaa välittömästi hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä.

Vuoden 2018 alusta voimaan tulleen uudistetun päivystysasetuksen toimeenpano tuo esiin tarpeen seurata kiireellisen hoidon saatavuutta ja hoitoon pääsyä samalla kun hoidon laatua on pyritty turvaamaan keskittämällä ympärivuorokautinen päivystystoiminta. Toisaalta kiireellisen ja kiireettömän hoidon välimaastoon jäävät esimerkiksi syövän hoidon viiveet, joiden seurannasta ei tällä hetkellä säädellä systemaattisesti kansallisella tasolla. Alueelliset syöpäkeskukset ovat omaehtoisesti ottaneet käyttöön toteutumisaikojen seurannat keskeisissä syöpäryhmissä kansainvälisten laatusuosittelujen mukaisesti. Hoidon saatavuuden seurantaan tulisi kehittää tulevaisuudessa niin, että siinä huomioidaan myös asiakaskohtainen hoidon tarve ja varmistetaan hoidon asianmukainen jatkuvuus pitkäaikaissairauksissa.

5.2 Yhtenäiset hoidon perusteet

Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä sai valmiiksi toimikautensa puitteissa palvelujärjestelmän ohjauksen kannalta monia tarpeellisia suosituksia etenkin ikäihmisten vuodeosastohoidosta ja elämän loppuvaiheen hoidosta sekä kattavasti päivitetyt psykiatrian eri alojen hoidon perusteet, joissa myös linjataan hoidon saatavuutta.

Suun terveydenhuollon kiireettömän hoidon perusteista saatiin päivitettyä neljä vanhentunutta perustetta, jotka nyt ohjaavat yhtenäiseen, ajantasaisen tiedon mukaiseen toimintaan. Lisäksi laadittiin erittäin tarpeelliseksi nähty uusi peruste, obstruktiivisen uniapneapotilaan apneakiskohoito, joka selkiyttää ja yhtenäistää aiemmin hyvin kirjavien hoitokäytäntöjä.

Yksittäisistä erikoisaloista silmätautien ja proteesikirurgian täsmennetyt perusteet auttavat näiden suurehkojen potilasryhmien tarvitsemien hoitojen kohdentamista eniten niistä hyötyville. Myös paljon julkisuutta saaneet lasten ja nuorten monimuotoiset oireet ja aikuisten toiminnalliset oireet, mukaan lukien krooninen väsymysoireyhtymä, ovat nyt saaneet asiantuntijaselvityksiin ja -konsensuskseen pohjautuvat hoidon perusteet, joiden toivotaan selkiinnyttävän käytäntöjä eri puolilla maata. Yhtenäisten hoidon perusteiden tarve kasvaa tulevaisuudessa ja toimintamalleja niiden ajantasaisuuden varmistamiseksi tarvitsee kehittää.

Mittava työ on ollut lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinesuosituksien, jotka ovat osa kuntoutuksen kokonaisuuden uudistamista. Samaan aikaan myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvostossa on käsitelty kuntoutukseen liittyviä aiheita. Hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikauden aikana toimi myös syyskuussa 2016 STM:n asettama kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistusta

valmisteleva komitea. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi julkaistiin 27.11.2017. Komitea on tehnyt 55 ehdotusta, joista palvelujen saatavuutta ja yhtenäisiä perusteita sivuavia kuntoutusprosessia koskevia ehdotuksia ovat mm. kuntoutuksen yleinen toimintamalli, kuntoutuksen suunnittelu osana asiakassuunnitelmaa, vastuullisen asiakasohjauksen malli sekä kuntoutuksen tavoitteellisuus, seuranta ja arviointi (STM:n raportteja ja muistioita, 2017:41). Apuvälinesuosituksen jatkuva päivittäminen on sovittu sairaanhoitopiirien apuvälineasiantuntijoille, jotka jatkavat työtä verkostomaisesti.

Työryhmä ei ottanut kantaa siihen, missä kiireettömän hoidon perusteet tulevaisuudessa julkaistaan. Työryhmän päivittämä versio ilmestyi valtioneuvoston julkaisuarkistossa sähköisen kirjan muodossa. Miten ja ketkä päivittävät yhtenäisen hoidon perusteita on ratkaistava samoin kuin päivitysten ajantasaisuus. Tulee myös löytää keinoja varmistaa, miten tieto saavuttaa hoitoon pääsyä, tutkimuksia, hoitoa sekä kuntoutusta koskevia päätöksiä tekevät. STM:n yhteistyö THL:n kanssa yhtenäisten perusteiden toteutumisen seurannassa on kirjattu terveydenhuoltolakiin, mutta sen toteutuminen on jäänyt puutteelliseksi.

Asiantuntijaryhmät laativat mm. mallin palvelukartasta, joka olisi mahdollista linkittää yhtenäisiin hoidon perusteisiin. Lasten ja nuorten mielenterveystyön palvelukartta on ammattilaisten avuksi laadittu sähköinen työväline, joka sisältää lasten ja nuorten arviointilomakkeet sekä hoidon ja tuen tarpeisiin ja hoitosuositukseen liittyvää ohjeistusta ammattilaisten päätöksenteon tueksi ja monialaisen työnjaon selkeyttämiseksi. Ratkaisuja älykkäiden ohjausjärjestelmien kehittämiseksi tarvitaan myös muille sektoreille.

Kiireellisen hoidon perusteiden työ osoittautui haastavammaksi kuin työryhmää asetettaessa oletettiin. Työ liittyi myös samanaikaiseen päivystysasetuksen uudistukseen ja toimeenpanoon sekä digitaalisten työkalujen suunnitteluun. Yhdessä sairaanhoitopiirissä (Soite) pilotoitu lasten ja nuorten kiireellisen hoidon perusteet valmistui. Pilotointiin liittyy myös digitaalisten työkalujen suunnittelua ja testausta.

5.2.1 Lainsäädännön ja valvonnan tarpeet

Terveydenhuoltolain muutostarve on ollut esillä useissa työryhmän keskusteluissa. Tulevaisuudessa tarvitaan säädöspohjan täsmennystä tai muuta ohjausta ainakin seuraaviin kysymyksiin: Yhtenäisten hoidon perusteiden ylläpito ja seuranta sekä suhde Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksiin, Sote-uudistuksen

eteneminen ja siihen liittyvät tietotarpeet, hoitoon pääsyn määräajat, keskittämisse-
tuksen myötä keskitettävien toimenpiteiden lukumäärien valvonta ja näyttöön perustu-
van toiminnan aseman vahvistaminen sekä kokeellisten hoitojen sääntely.

5.3 Näyttöön perustuvan informaatio- ohjauksen tulevaisuus

Julkisesti rahoitettujen terveyspalveluiden tulisi muodostaa kokonaisuus, jonka sisältö
määräytyy mahdollisimman yhdenmukaisin periaattein järjestämis-, tuottamis- ja ra-
hoitustavasta riippumatta ja jossa huomioidaan kokonaiskustannusten hallinta. Tällä
hetkellä eri lakeihin sisältyvissä periaatteissa on eroja, joita ei voida pitää oikeuden-
mukaisen yhdenvertaisuuden eikä kokonaisuuden toimivuuden näkökulmasta hyväk-
syttävänä. Resurssien jaon periaatteet eivät ole avoimia eikä niissä huomioida koko
väestön tarpeita.

5.3.1 Näyttöön perustuva toiminta

Suomessa julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa ohjaavan terveydenhuoltolain mu-
kaan toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin käytäntöihin. Tämä edellyttää joko
lakisääteisesti tai muun keskitetyn ohjauksen kautta riittävästi tietoa näyttöön perustu-
vasta toiminnasta ja työkaluja selvittää uusien hoitomuotojen vaikuttavuutta ennen nii-
den hyväksymistä julkisesti rahoitetuiksi hoitokäytäntöiksi.

5.3.1.1 Terveydenhuollon menetelmien arviointi

Lääketieteen kehityksen myötä tarjolle tulevat uudet hoitomenetelmät ovat huomatta-
vasti aiempaa kalliimpia ja tieto niiden vaikuttavuudesta on usein vähäistä ja epävar-
maa. Lainsäädäntömme ei tällä hetkellä riittävästi mahdollista näiden seikkojen hu-
mioimista päätöksenteossa, mikä vaarantaa terveydenhuollon resurssien kustannus-
vaikuttavan kohdentumisen terveyshyötyä tuottavasti koko väestön tarpeet huomio-
iden sekä taloudellisen kantokyvyn.

On tärkeää, että luodaan yhtenäiset menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä
poistamisen periaatteet. Tämä ohjaa suositusten laadintaa ja varmistaa, että tervey-
denhuollossa käytössä olevat menetelmät perustuvat vaikuttavuuteen, turvallisuuteen
sekä kustannusvaikuttavuuteen. Yhteisten periaatteiden tulee kattaa paitsi perinteis-
ten lääketieteellisten menetelmien kansallinen HTA-arvio Palkon suosituksia varten,
myös Käypä hoito -suositukset ja muut eri tahojen tekemät hoitosuosituksset, yksilöllis-

tetty lääketiede, lääkehoidon kokonaisuus (sairaala- ja avohoidon lääkkeet sekä toimeentulotuesta terveydenhuoltomenoina korvatut lääkkeet), lääketieteelliset laitteet, apuvälineet sekä kokeelliset ja vaihtoehtoiset hoidot. Myös systemaattisia katsauksia laativan Cochrane-verkoston toiminnan jatkuminen Suomessa tarvitsee turvata.

EU-tasolla on meneillään direktiivin valmistelu yhteisistä HTA-menettelyistä koskien lääkkeitä ja lääkinnällisiä laitteita. Ehdotuksen mukaisesti yhteistyötä EU-tasolla tulisi tiivistää turvallisuuden ja tehon arvioinnissa, muut arvioinnin osa-alueet voisivat olla kansallisen arvioinnin piirissä.

5.3.1.2 Reaalimaailman datan käyttö

Tulevaisuudessa hoitojen ja teknologioiden jatkuva arviointi voi perustua myös reaali-
maailman dataan, eli käytössä kertyvään näyttöön menetelmien kohdentumisesta ja vaikutuksista. Ennen kuin tämä on mahdollista, tarvitaan laadukas tietopohja ja varmistus käytössä olevan tiedon kattavuudesta.

Etenkin yksilöllistetyn lääketieteen soveltamisessa tarvitaan uudenlaisia menettelyjä teknologisten innovaatioiden testaamiseksi ja vaikuttavien hoitojen arvioimiseksi. Tulee myös löytää keinot potilasturvallisuuden ja kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi. Myös kokeellisten hoitojen sääntelytarve on tunnistettu.

5.4 Laatatiedon asemointi

Viimeisimpänä alatyöryhmänä perustettiin laatatiedon asemointia pohtinut työryhmä. Kansallinen laatarekisterihanke ja yliopistosairaanhoidopiirien potilasryhmäkohtaisten erillisrekisterien kehittäminen edellyttävät pitkän aikavälin tietotarpeiden, kansallisen ohjauksen, eri toimijoiden välisten suhteiden ja kokonaisarkkitehtuurin määrittelyä asiakasryhmäkohtaisten laatu- ja vaikuttavuustietojen keräämisen ja hyödyntämisen näkökulmasta. Asemoinnin ja tiekartan laatimista edesauttaa eduskunnan 13.3.2019 hyväksymä laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019).

Työryhmän työ jatkuu verkostomaisena vuoden 2019 aikana. Tavoitena on kuvata tietotarpeet ja tiekartta keskeisistä kehittämissä vaiheista pitkän aikavälin suunnitelmaksi laatu- ja vaikuttavuustiedon hyödyntämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoilla. Suomalaiset tietovarannot ovat kansainvälisessä mitta-kaavassakin katsottuna runsaat ja laadukkaat, ja niiden hyödyntäminen näyttöön perustuvan toiminnan tukemiseksi ja edistämiseksi on osa sote-palvelujen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden hallintaa. Laatarekisterien asema osana kokonaisarkkitehtuuria tulee kuvata integroidun kehittämissä varmistamiseksi.

6 Yhteenveto

Kiireellisen ja kiireettömän hoidon tulee toteutua yhdenmukaisin perustein koko Suomessa. Pelkkä määräaikojen seuranta ei riitä, vaan hoidon perusteiden yhdenvertaisen toteutumisen kriteereitä luotaessa tulee ottaa huomioon palvelun tarve, saataavuus, saavutettavuus, potilasturvallisuus, laatu, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus.

Tarve yhtenäisiin hoidon perusteisiin kasvaa. Palveluntuottajien määrä on kasvanut ja monipuolistunut. Terveydenhuoltolaki tulee uudistaa tähän liittyen. STM:n, THL:n ja palvelujärjestelmässä toimivien asiantuntijoiden roolit tulee määritellä niin, että saavutetaan toimiva mekanismi, jonka avulla huolehditaan siitä, että yhtenäiset hoidon perusteet päivitetään säännöllisesti. Tarvitaan ratkaisuja, miten uudet hoidot ja vanhentuneiden menetelmien poisto liitetään näyttöön perustuvan toiminnan ohjaukseen.

Lähteet

Virallislähteet

HE 240/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteiden palveluista annetun lain muuttamisesta.

HE 159/2017 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystieteiden toissijaisesta käytöstä.

Sillanpää, Maarit & Pylkkänen, Liisa & Häkkinen, Pirjo (toim.) 2016. Hoitopääsyn seuranta syövä hoidossa. Ohjaus 21/ 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-782-4>

STM 2010. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3089-6>

STM 2013. Suun terveyttä koko väestölle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3643-0>

STM 2014. Kiireettömän hoitopääsyn selvitys – Nykytila ja toimenpideehdotuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3515-0>

STM 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3579-2>

STM 2017. Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:3. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3854-0>

STM 2017. Iäkkäiden laitoshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2017:30. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3880-9>.

STM 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>

STM 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>.

STM 2018. Lasten monimuotoiset oireet. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:17. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3928-8>

STM 2018. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian järjestäminen sekä ehdotus hoidon yhtenäisistä perusteista. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:1. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3973-8>

STM 2018. Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet. Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:35. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3989-9>.

STM 2019. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) suositus. Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkävauriossa. Annettu 1.11.2018. Saatavissa: <https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalinen-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkavauriossa>

Lainsäädäntö

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017.

Liitteet

Liite 1 Työryhmän asettamispäätös

Liite 2 Työryhmän jatkokauden päätös

Liite 3 Luonnos toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestämiseksi

23.2.2015

Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä

Asettaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on tänään asettanut hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän.

Toimikausi

23.2.2015 - 31.12.2016

Tausta

Kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat määräajat ovat olleet voimassa yhdeksän vuotta vähäisin täsmennyksin. Säännökset siirrettiin pääsääntöisesti samansisältöisinä 1.5.2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin. Vuodesta 2005 on ollut käytössä valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Niiden tarkoitus on ollut vahvistaa hoitoon pääsyä samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Pääosa yhtenäisistä hoitoon pääsyn perusteista on käsitellyt lähettämistä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Perusteita on täydennetty aika ajoin. Viimeisin sähköinen julkaisu on vuodelta 2010 (STM:n selvityksiä 2010:31). Perusteet eivät ole sisältäneet kiireellistä hoitoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita hoidon saatavuuden, saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden lisäksi ovat peruspalveluiden vahvistaminen sekä hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden lisääntyminen. Uudistus poistaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon järjestämistä vastaavat rajat. Tällöin hoidon saatavuuden määräajoista säättämisen perusteet ja mittauspisteet on määriteltävä uudelleen. Yhtenäisten hoidon perusteiden käyttö hoidon porrastuksen apuneuvona integroituvien palvelukokonaisuuksien yhteydessä edellyttää ohjeiston rakenteellista ja sisällöllistä uudistamista, kuten lähetteen uuden määrittelyn.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn määräaikoja. Odotusajat kiireettömään hoitoon ovat Suomessa kansainvälisesti katsoen edelleen pitkiä. Sosiaali- ja terveysministeriö on teettänyt kiireettömään hoitoon pääsyn ongelmakohtaisesta selvityksen (STM:n raportteja ja muistioita 2014:27). Selvityksen johtopäätöksissä todettiin muun muassa, että nykyiset mittauspisteet painottuvat hoitotapahtumien alkuun, eivätkä tue kokonaisuuden, pitkäjänteisyyden ja jatkuvuuden ymmärtämistä ja kehittämistä. Hoitoprosessin ajallisen etenemisen seuranta ei yksin riitä kuvaamaan hoidon laatua, toteutuksen oikea-aikaisuutta ja potilasturvallisuutta.

STM:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on annettu 3.9.2014. Asetuksen toimeenpano tuo esiin tarpeen seurata kiireellisen hoidon saatavuutta ja hoitoon pääsyä samalla kun hoidon laatua turvataan

keskittämällä ympärivuorokautinen päivystystoiminta. Toisaalta kiireellisen ja kiireettömän hoidon välimaastoon jäävät esimerkiksi syövän hoidon viiveet, joita ei tällä hetkellä säädellä eikä seurata systemaattisesti kansallisella tasolla.

Hallituksen esityksessä laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista annetun lain muuttamisesta (HE 240/2014 vp) on täsmennetty pitkäaikaisen laitoshoidon edellytyksiä. Kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Hallituksen esityksen perusteluissa todetaan, että tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriö voi täsmentää pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä perusteita osana yhtenäisiä hoidon perusteita. Näiden perusteiden laadinta edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden yhteisnäkemyksiä.

Suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä selvittänyt työryhmä esitti useita kehittämisehdotuksia ja linjauksia palvelujen turvaamiseksi vuonna 2014 (Suun terveyttä koko väestölle 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39). Työryhmän ehdotuksissa oli keskeistä yhtenäisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta ja hoitoon pääsyn turvaaminen kohtuullisessa määrääjassa. Osana rakennepoliittista ohjelmaa toteutetaan suun terveydenhuollossa yksilöllisesti arvioidun hoitovälin pidentäminen aikuisilla. Tämä edellyttää yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadintaa.

Hoidon laatu on monitahoinen ilmiö, jonka kattava ja luotettava mittaaminen on erittäin haastavaa. Yhtenä laadun komponenttina voidaan pitää potilasturvallisuutta, jonka seurannassa useimmissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä on selkeä järjestelmä. Suomessa on käytössä myös suuri määrä epävirallisia kliinisen hoidon laadun seurantatapoja ja laaturekistereitä. Niiden toimivuuden arviointi potilasturvallisuuden ja valinnanvapauden toteutumisen tueksi on tärkeää. Hoidon hyvää laatua kuvaavat niin ikään vaikuttavuus ja kustannustehokkuus, joiden määrittelyä, analysointia ja seurantaa tulee tarkentaa.

Kiireellisen ja kiireettömän hoidon tulee toteutua yhdenmukaisin perustein koko Suomessa. Kriteereitä luotaessa tulee ottaa huomioon palvelun tarve, saatavuus, saavutettavuus, laatu, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus.

Tavoite

Työryhmän tavoitteena on uudistaa hoidon saatavuutta koskevaa määrittelyä ja määräaikojen määräytymistä säädösvalmistelun perustaksi sekä päivittää kiireettömän hoidon perusteet ja laatia kiireelliseen hoitoon yhtenäiset perusteet sekä valmistella iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset perusteet.

Tehtävä

Työryhmän tehtävänä on

1. valmistella ehdotus hoidon saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvistä määrittelmistä, periaatteista ja määräajoista uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa. Hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva ehdotus on valmisteltava hallituksen esityksen tai arviomuistion muotoon.

2. tehdä ehdotus kiireellisen hoidon ja keskeisten potilasryhmien yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ja hoidon tarkoituksenmukaisesta porrastuksesta ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos.
3. tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista.
4. tehdä ehdotus suun terveydenhuollon yhdenmukaisista tutkimus- ja hoitopalveluista, hoitoon pääsyn turvaamisesta sekä kiireettömän ja kiireellisen hoidon perusteista.
5. tehdä selvitys terveydenhuollossa käytössä olevista hoidon laaturekistereistä ja tehdä ehdotukset kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantojen (mukaan lukien KANTA-arkisto) hyödyntämisestä, laaturekisterien kehittämisestä ja kansallisella tasolla seurattavista vaikuttavuusmittareista.
6. valmistella ehdotusten ja linjausten toimeenpanoon ja seurantaan liittyviä käytännön kysymyksiä ja toteutusta.

Työskentely

Valmistelutyössä tulee huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen eteneminen, henkilörekisterilainsäädännön uudistus, terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely ja muut toimeenpanoympäristöön vaikuttavat muutokset. Työryhmän työssä tulee soveltuvin osin ottaa huomioon monikanavarahoitusta selvittävän työryhmän ja monialaisen kuntoutus selvityksen ehdotukset ja jatkotoimet.

Työryhmä laatii tehtäväalueittain työsuunnitelman ja ajallisen vaiheistuksen. Ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2015 toteutetaan ainakin hoidon saatavuuteen liittyvä selvitystyö ja säädösvalmistelu, iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisiä perusteita koskevien linjausten ja kiireellisen hoidon perusteiden laadinta. Työryhmän työhön liittyen asetetaan suun terveydenhuollon erityiskysymyksiä varten erillinen alatyöryhmä, jonka tulee soveltuvin osin noudattaa samaa vaiheistusta. Työryhmä tulee nimeämään iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon yhdenmukaisten lääketieteellisten perusteiden laadintaa varten erillisen alatyöryhmän.

Työryhmän ehdotusten vaikutusten arviointiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Erityisesti hoidon saatavuuden määräaikojen muutosten ja sähköisen asioinnin lisääntymisen vaikutukset hoidon kysyntään ja palveluiden tuottamiseen tulee arvioida.

Työryhmä käyttää työnsä tueksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja alan muiden toimijoiden tuottamaa aineistoa sekä muuta julkaistua materiaalia. Työryhmä voi lisäksi sopia toimeksiantona tehtävistä rajatuista selvitystöistä, esimerkiksi käytössä olevien laaturekistereiden ja laatutietokantojen selvittämisestä. Työryhmän tulee järjestää avoimia kuulemistilaisuuksia ja käyttää muita kanavia, joiden kautta asukkailla ja sidosryhmillä on mahdollisuus osallistua työhön.

Yhtenäisten hoidon perusteiden laadinnassa työryhmä toimii edustajiensa välityksellä yhteistyössä asiantuntijaverkostojen kanssa. Työryhmän kokoonpanossa on huomioitu nykyisten toimijaverkostojen edustus.

Organisointi

Puheenjohtaja

Liisa-Maria Voipio-Pulkki, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Varapuheenjohtaja

Annakaisa Iivari, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet

Timo Keistinen, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Anne Koskela, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Anne Nordblad, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö

Satu Karppanen, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Hannu Hämäläinen, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö

Eeva Reissell, hallintoylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Päivi Koivuranta-Vaara, hallintoylilääkäri, Kuntaliitto

Anna-Kaisa Pusa johtaja, Kuntayhtymä Kaksineuvoinen

Ismo Rautiainen, vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen johtaja, Lahti

Jukka Louhija, toimialajohtaja, HUS

Risto P Roine, professori, Itä-Suomen yliopisto

Tapani Hämäläinen, ylilääkäri, HUS

Tuija Ikonen, arviointiyylilääkäri, VSSHP

Sirkku Pikkujämsä, terveyspalvelujohtaja, Oulun kaupunki

Kati Liukko, terveyspalvelujohtaja, Porvoon kaupunki

Jorma Komulainen, Käypä Hoito -päätoimittaja, Duodecim

Markku Hupli, kuntoutusjohtaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote)

Suun terveydenhuollon alatyöryhmä

Työryhmän puheenjohtajana toimii Anne Nordblad STM

Seija Hiekkänen, johtajahammaslääkäri, Helsingin kaupunki

Liisa Terävä, suuhygienisti, asiantuntija, Simpele

Matti Pöyry, toiminnanjohtaja, Suomen Hammaslääkäriliitto

Anja Eerola, varatoiminnanjohtaja, Suomen Hammaslääkäriliitto,

Pekka Laine, vt. klinikkaylilääkäri, professori, HUS

Sakari Kärkkäinen, palvelupäällikkö, Oulun kaupunki

Työryhmä voi nimetä tarvittaessa alatyöryhmiä asiakokonaisuuksien valmisteluun. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta pääsihteeri Jaana Leipälä toimii työryhmän pysyvänä asiantuntijana. Työhön osallistuu asiantuntijoita Valvirasta ja aluehallintovirastoista. Työryhmä voi kutsua myös muita pysyviä asiantuntijoita.

Työryhmä nimittää työryhmälle yhden tai useamman asiantuntijasihteerin. Työryhmän teknisenä sihteerinä toimii osastosihteeri Jenni Mäkitalo sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän kokoonpano täyttää naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetun lain (609/1986) 4 a pykälässä asetetut vaatimukset.

Kustannukset ja rahoitus

Työryhmän työ tehdään virkatyönä ilman erillistä korvausta. Matkakustannusten korvaamiseen sovelletaan valtion virka- ja työehtosopimusta matkakustannusten korvaamisesta.

Työryhmän kustannukset maksetaan momentilta 33.01.01.02

peruspalveluministeri



Susanna Huovinen

neuvotteleva virkamies



Kirsi Ruuhonen

JAKELU

Päätöksessä mainitut

TIEDOKSI

Ministeri Laura Rätty
Valtiosihteeri Pia Pohja
Valtiosihteeri Ulla-Maija Rajakangas
Erityisavustaja Ville Sipiläinen
Erityisavustaja Laura Lindeberg
STM osastot ja erillisyyksiköt
STM kirjaamo
STM hankerekisteri

29.11.2016

Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikauden jatkaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on tänään tekemällään päätöksellä päättänyt jatkaa valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän toimikautta ajalle 1.1.2017–31.12.2018.

Tausta ja tehtävät

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23.3.2015 valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän (STM010:00/2015). Työryhmän tavoitteena oli uudistaa hoidon saatavuutta koskevaa määrittelyä ja määräaikojen määräytymistä säädösvalmistelun perustaksi sekä päivittää kiireettömän hoidon perusteet ja laatia kiireelliseen hoitoon yhte-näiset perusteet sekä valmistella iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset perusteet.

Työryhmän tehtävät oli rajattu seuraavasti:

- valmistella ehdotus hoidon saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvistä määritelmistä, periaatteista ja määräajoista uudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa. Hoitoon pääsyn määräaikoja koskeva ehdotus on valmisteltava hallituksen esityksen tai arviomuistion muotoon.
- tehdä ehdotus kiireellisen hoidon ja keskeisten potilasryhmien yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ja hoidon tarkoituksenmukaisesta porrastuksesta ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokset.
- tehdä ehdotus iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisesta laitoshoidon yhdenmukaisista lääketieteellisistä perusteista.
- tehdä ehdotus suun terveydenhuollon yhdenmukaisista tutkimus- ja hoitopalveluista, hoitoon pääsyn turvaamisesta sekä kiireettömän ja kiireellisen hoidon perusteista.
- tehdä selvitys terveydenhuollossa käytössä olevista laaturekistereistä ja tehdä ehdotukset kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarantojen (mukaan lukien KANTA-arkisto) hyödyntämisestä, laaturekistereiden kehittämisestä ja kansallisella tasolla seurattavista vaikuttavuusmittareista.
- valmistella ehdotusten ja linjausten toimeenpanoon ja seurantaan liittyviä käytännön kysymyksiä ja toteutusta.

Työryhmä asetti neljä alatyöryhmää asiakokonaisuuksien valmisteluun: hoidon saatavuus, yhtenäiset hoidon perusteet, iäkkäiden laitoshoidon perusteet ja suun terveydenhuolto. Työryhmä järjesti kuulemistilaisuuksia sekä pyysi lausuntoja eri asiakokonaisuuksista. Työryhmän nykyinen toimikausi päättyy 31.12.2016.

Toimeksiannon mukaisesti työryhmä on laatinut selvityksen hoidon saatavuudesta, iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteellisistä perusteista ja kiireellisen hoidon perusteista. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden päivitys osoittautui laajemmaksi ja pitkäkestoisemmaksi kokonaisuudeksi kuin mitä työryhmän aloittaessa arvioitiin. Esitysten julkaiseminen ja mallinnus sähköiseen muotoon vaatii vielä jatkotyötä.

Sote-uudistuksen järjestämislain luonnoksessa veloitetaan kansallisia toimijoita ja maakuntia seuraamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Vaikuttavuus- ja kustannus-tieto -ryhmä, joka toimii osana sosiaali- ja terveydenhuollon ja itsehallintoalueiden uudistuk-



sen valmistelua, valmistelee ehdotukset valtakunnalliseksi yhtenäiseksi mittaristoksi väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja palveluiden tarpeen arviointiin sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen. Mittaristoa voidaan hyödyntää julkisten palvelujen järjestämisen ja tuottamisen valvonnassa sekä omavalvonnassa. Lisäksi Näyttö ja päätökset -yhteistyöverkosto (Näyttöpääty) tekee selvitystä terveydenhuollossa käytössä olevista hoidon laaturekistereistä.

Perustelut toimikauden jatkamiselle

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistetaan. Uudistuksen yhteydessä erikoissairaanhoidon keskitetään ja osana yksilön valinnanvapautta tuottajina voivat olla myös yksityiset palvelun tuottajat ja kolmas sektori. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiseen ja valinnanvapauteen liittyen on tarpeen arvioida yhtenäisten hoidon perusteiden kokonaisuutta.

Työryhmän tehtävänä on omalta osaltaan tukea sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta, valinnanvapautta ja asiakkaan mahdollisuuksia tehdä perusteltuja valintoja. Työryhmä jatkaa ehdotusten tekemistä keskeisten potilasryhmien yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista ja hoidon tarkoituksenmukaisesta porrastuksesta ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen. Yhtenäisten hoidon perusteiden laadinnassa työryhmä toimii edustajiensa välityksellä yhteistyössä asiantuntijaverkoston kanssa. Työryhmän kokoonpanossa on huomioitu nykyisten toimijaverkostojen edustus. Työryhmän aiemmin asettamat alatyöryhmät jatkavat tehtävissään ja niiden kokoonpanoa ja tehtäviä voidaan tarkentaa työryhmän kokouksissa.

Työryhmä valmistelee kiireettömän hoidon saatavuuden ja hoitoon pääsyn säädösehdotukset osana terveydenhuoltolain uudistusta. Työryhmä julkaisee Ikäihmisten pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset perusteet ja arvioi tarpeelliset jatkotoimenpiteet. Työryhmän tehtävänä on myös tuottaa konkreettisia ehdotuksia uuteen sote- rakenteeseen ohjeistamisesta, joka yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä uusissa palvelurakenteissa sekä, osallistua antamaan asiantuntijanjäkemyksiä siihen liittyvään mittaristoon osana palveluntuottajien yhdenmukaista toimintaa.

Perhe- ja peruspalveluministeri

Juha Rehula

Lakimies

Merituuli Mähkä

JAKELU

Työryhmän jäsenet
Pysyvät asiantuntijat
Alatyöryhmien jäsenet

TIEDOKSI

Sosiaali- ja terveysministeri Pirkko Mattila



Erityisavustaja Niina Perälä
Erityisavustaja Tiina Ullvén-Putkonen
Erityisavustaja Eeva Salmenpohja
Erityisavustaja Hanna-Maija Kause
STM/osastot
STM/kirjaamo
STM/Hare



TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN HOIDON JÄRJESTÄMINEN

TIIVISTELMÄ

Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua haittaavia oireita ja oireyhtymiä, joiden syy ei perusteellisissa somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa selviä. Toiminnalliset häiriöt kuormittavat potilaiden ja heidän läheistensä lisäksi myös koko terveydenhuoltojärjestelmää, ja niihin liittyvät aiheettomat tai haitalliset tutkimukset ja hoidot aiheuttavat huomattavia kuluja sekä altistavat potilaita komplikaatioille.

Toiminnalliset häiriöt ovat todellinen ongelma, potilaat eivät teeskentele oireitaan eikä heillä tavallisesti voida todeta psykiatrista häiriötä. Häiriöiden hoidon järjestäminen on maassamme yleensä huonosti sovittu tai sopimatta, ja potilaiden ohjautuminen on sattumanvaraista ja usein epätarkoituksenmukaista.

Työryhmä ehdottaa, että näiden potilaiden tutkimukset, hoito ja kuntoutus sovittaisiin ja järjestettäisiin sairaanhoitopiireittäin siten, että oireiston vaikeusaste (jota parhaiten kuvaa toimintakyvyn heikentymisen aste) määrittäisi hoidon porrastuksen. Hoidon porrastus edellyttäisi vielä tertiääritasoisten ”osaamiskeskusten” (työryhmä tai yksikkö, tai virtuaalinen poliklinikka) perustamista sairaanhoitopiireihin.

TOIMEKSIANTO

STM:n alkuperäinen, toiminnallisista häiriöistä kärsivien potilaiden HUS –hoitopolkuja pohtivalle työryhmällemme tullut yhteydenotto koski kroonisen väsymysoireyhtymän kiireettömän hoidon kriteereiden määrittämistä. Koska monien muidenkin toiminnallisten häiriöiden tutkimus-, hoito- ja kuntoutuskäytännöt ovat puutteellisesti sovitut tai järjestetyt, sovimme kaikkia toiminnallisia häiriöitä koskevan yleisen mallin kuvaamisesta. Koska kyseessä on suuri ja heterogeeninen potilasryhmä, jonka hoidon järjestämistä ensimmäistä kertaa kokonaisuutena pohditaan, jää moni keskeinen asia vielä tulevaisuudessa työstettäväksi. Muun muassa diagnostiikan perusteista, kriteereistä ja koodeista sopiminen on tärkeä, mutta tämän työn ulkopuolelle jäävä tehtävä. Lisäksi nyt käsitellään pelkästään aikuispotilaita, vaikka toiminnalliset häiriöt ovat myös lapsilla ja nuorilla tavallisia ja merkittäviä ongelmia.

MITÄ TOIMINNALLISET HÄIRIÖT OVAT

Yleislääkärin vastaanotolle tulevista potilaista on vähintään joko kolmannella joko käynnin syynä tai osana muuta oireistoa oireita, joille ei löydy selitystä. Valtaosa näistä toiminnallisiksi kutsutuista oireista hoidetaan perustasolla tai ne paranevat ilman hoitoa. Noin 3-5 % väestöstä, lapsista vanhuksiin, potee kuitenkin pitkittyneitä, toimintakykyä vaikeastikin rajoittavia häiriöitä ja oireyhtymiä, joiden syy jää epäselväksi erikoissairanhoidonkin tutkimusten jälkeenkin. Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan näitä selittämättömiä oireyhtymiä tai häiriöitä. Toiminnalliset häiriöt (functional disorders) –termin ohella käytetään kirjallisuudessa usein myös termiä MUS

(Medically unexplained symptoms) sekä lukuisia muita termejä, eikä kansainvälistä yhteisymmärrystä ole terminologian osalta saavutettu.

Osalle toiminnallisista häiriöistä on virallisissa tautiluokituksissa oma diagnoosinumeronsa, vaikka häiriöiden syy on avoin; tällaisia diagnooseja ovat esimerkiksi ärtynyt paksusuoli (K58) tai fibromyalgia (M79). Osassa häiriöistä diagnoosinnumero tai yleisesti sovitut diagnostiset kriteerit puuttuvat. Näistä häiriöistä merkittävin lienee krooninen väsymysoireyhtymä silloin, kun väsymysoireiden syyksi ei voida osoittaa virusinfektiota. Tällöin käytetään ”epämääräisempiä” oirediagnooseja, esim. kroonisessa väsymyksessä R 53 tai ympäristöherkkydessä R68.8. Virusinfektion jälkeen ilmaantuva uupumusoireisto puolestaan koodataan G93.3.

Psykiatrisia diagnooseja (kuten somatoforminen häiriö tai dissosiativinen häiriö) käytetään silloin, kun oireiden alkamisen ja rasittavien elämäntapahtumien tai vaikeuksien välillä on osoitettavissa yhteys, ts. psykiatrisesti mielekäs mekanismi. Suurella osalla potilaista tällaista selvää mekanismia ei ole, tai ”rasittava elämäntapahtuma” on niin tavallinen –esimerkiksi työstressi- että sen psykiatrista merkitystä on vaikeata arvioida, mikäli potilas itse ei tunnista assosiaatiota.

Toisinaan selittämättömistä somaattisista oireista kärsivistä potilaista voidaan diagnosoida psykiatrinen häiriö kuten vakava masennustila tai psykoosisairaus, jonka katsotaan selittävän potilaan oireet. Tavallisempaa kuitenkin on, että psykiatrista diagnoosia ei voida asettaa, tai että psykiatrinen häiriö on mukana vaikeuttamassa oirekuvaa sitä kuitenkaan aiheuttamatta. Tulevassa ICD -11 tautiluokituksessa toiminnallisia häiriöitä kuvaa uusi diagnoosi ”Bodily distress disorder”, ja aikaisemmista psykiatrisista diagnooseista kuten neurastenia tai somatoforminen häiriö ollaan luopumassa.

Yllä kuvatulla tavalla sekavan kriteeristön ja diagnostisen käytännön vaihtelevuuden vuoksi luotettavia tietoja terveydenhuollon palveluiden käytöstä Suomessa ei useimmissa häiriöryhmissä ole käytettävissä. Tutkimus- ja kehittämistyön kannalta kansallisista diagnostisista käytännöistä sopiminen olisikin tarpeellista.

Myös patofysiologialtaan selvästi elimellisissä sairauksissa on usein mukana toiminnallisia piirteitä, jotka voivat näyttäytyä esim. sairauden oireiden selittämättömänä vaikeutumisenä tai toimintakyvyn suhteettomana heikentymisenä.

Taulukossa 1. on esitetty esimerkinomaisesti joitakin tavallisia toiminnallisia häiriöitä ja niitä erikoisaloja, joiden piirissä niitä tavallisimmin hoidetaan.

TAULUKKO 1. ESIMERKKEJÄ TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN KIRJOSTA ERIKOISALOITTAIN

Erikoisala	Tavallisia toiminnallisia oireyhtymiä
Allergologia	Monikemikaaliherkkyys, sähköherkkyys
Anestesiologia	Kipuoireyhtymä
Gastroenterologia	Ärtynyt paksusuoli, toiminnallinen oksentelu
Gynekologia	Lantion kiputilat, PMS
Ihotaudit	Pruritus, toiminnallinen purpura
Infektiosairaudet	Krooninen väsymysoireyhtymä, krooninen keskushermostoborreliaosi
Kardiologia	Epätypilliset rintakivut ja rytmihäiriöt, posturaalinen ortostaattinen takykardia
Keuhkosairaudet	Epätypillinen astma, hyperventilaatio
Korva-nenä-kurkkutaudit	Toiminnallinen äänihuulisalpaus, toiminnallinen tinnitus, ääni- ja nielemishäiriöt tai globus
Leukakirurgia	Temporomandibulaarinivelen dysfunktio, epätypilliset suun alueen kiputilat
Neurokirurgia	Lievän aivovamman epätypilliset jälkitilat
Neurologia	Toiminnalliset kohtausoireet, halvaukset, vapina ja dystonia
Odontologia	Amalgaamioireyhtymä, kasvokivut
Ortopedia	Whiplash-oireet
Reumatologia	Fibromyalgia
Työlääkätiede	Ympäristöherkkyys, monikemikaaliherkkyys

Toiminnallisten häiriöiden mekanismit eivät ole tarkasti tiedossa, ja häiriöiden monimuotoisuus viittaa erilaisiin mekanismeihin. Nykykäsityksen mukaan somaattiset ja psykologiset ilmiöt kietoutuvat erottamattomalla ja monitekijäisellä tavalla toisiinsa. Osassa häiriöistä keskeinen mekanismi vaikuttaisi olevan elimistön hälytysjärjestelmien poikkeava herkistyminen oireita provosoiville tekijöille ja stressin säätelymekanismien häiriintyminen. Tähän liittyvät poikkeavat neurologiset, immunologiset, metaboliset, neuroendokrinologiset ja psykologiset vasteet ovat potilasryhmiä tutkittaessa todettavissa ja niissä löydökset poikkeavat usein terveistä henkilöistä. Sen sijaan yksittäisen potilaan kohdalla ei laboratoriotutkimuksilla tai esim. aivojen kuvantamisella voida osoittaa selvästi mihinkään sairauteen viittaavia löydöksiä. Elimelliset vasteet ovat kuitenkin selkeitä, ja perinteinen luokittelu ”psykkisiin” ja ”elimellisiin” sairauksiin ei siksi toiminnallisten häiriöiden osalta ole tarkoituksenmukaista.

Toiminnallisten häiriöiden mekanismeja ei tarkasti tunneta. Niille altistavat todennäköisesti mm. perinnölliset (geneettiset) tekijät, keskushermoston stressimekanismien muovautumiseen vaikuttavat varhaiset tapahtumat, persoonallisuudenpiirteet, psykologiset tulkinnat sekä ajankohtaiset kuormittavat stressitekijät (kuva 1.) Elimistön reagoitukynnyks ja oireiden kesto on yksilöllinen, siihen vaikuttavat erilaiset alttiustekijät sekä oireita laukaisevat tekijät.

KUVA 1. YMPÄRISTÖHERKKYYDEN JA MUIDEN TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN MEKANISMIT (SAINIO M JA KARVALA K 2017)



Toiminnalliset häiriöt on yleiskäsite hyvin laajalle ja heterogeeniselle ryhmälle ilmiötä ja oireita, joiden luokittelu on toistaiseksi jäsentymätöntä. Eri erikoisaloilla kohdataan myös paljon toiminnallisista häiriöistä kärsiviä potilaita, joiden oireita on esitetty taulukossa 1.

Oirekirjo voi olla laaja. Varsinaisen ”ydinoireen” lisäksi potilailla on usein runsaasti muita, eri oireyhtymille yhteisiä oireita ja piirteitä. Tällaisia ovat mm. erilaiset kivut, kognitiiviset vaikeudet (kuten muistivaikeudet tai keskittymisen ja tarkkaavaisuuden vaikeudet, ”aivosumu”), masennus ja ahdistuneisuus, epämiellyttävä tai tuskallinen uupumus, univaikeudet sekä autonomisen hermoston toiminnan häiriöt. Niiden lisäksi potilailla saattaa olla laaja kirjo muita epäspesifejä oireita kuten aistiherkkyys, tinnitus, raajojen puutuminen, ruoansulatuselimistön oireita jne.

Vaikeissa toiminnallisissa häiriöissä esiintyvä oirekirjo (kognition häiriöt, kivut, uupumus, autonomisen hermoston toimintahäiriöt jne.) ovat tyypillisiä oireita myös monissa hyvin tunnetuissa sairaustiloissa kuten autoimmuunisairauksissa, endokrinologisissa sairauksissa, aivotulehdusten tai -vammojen jälkitiloissa jne. Tämän vuoksi häiriötä ei voida kutsua toiminnalliseksi, ennen kuin tunnetut muut sairaudet on riittävällä varmuudella suljettu pois. Potilasryhmä on todennäköisesti myös heterogeeninen siten, että osalle potilaista saattaa lisääntyvän tutkimustiedon kautta avautua uusia biologisia ja psykososiaalisia hoitomuotoja. On myös huomattava, että pieni osa epäselviksi

jäävistä toiminnalliselta vaikuttavista oireista liittyy toistaiseksi tunnistamattomiin, esim. ns. harvinaisiin sairauksiin. Lisäksi äskettäin on kuvattu sukuja, joissa on tunnistettuihin geeneihin liittyvä alttius vaikean elämäntilanteen tai stressin laukaisemalle autonomisen hermoston toimintahäiriöille, jotka näyttäytyvät toiminnallisina oireina.

Vaikeampien toiminnallisten häiriöiden esiintyvyydestä suomalaisessa väestössä ei ole kattavaa tietoa. Esimerkiksi Britanniassa yksittäisten häiriöiden kuten kroonisen väsymysoireyhtymän (vallitsevuus 1-3%), fibromyalgian (1-5%) tai ärtyvän paksusuolen (5-11%) osalta on tietoa olemassa, mutta senkin luotettavuutta haittaa mm. diagnostisten kriteereiden vakiintumattomuus sekä se, että samalla potilaalla voi olla useita samanaikaisia oireyhtymiä (tai sama oireisto täyttää usean häiriön kriteerit).

Lievien häiriöiden ennuste on yleensä hyvä, mutta ennuste toimintakyvyn kuntoutumisen kannalta on sitä huonompi, mitä pidempään oireisto jatkuu. Tertiääritason yksiköissä hoidettavina olevilla, yli kaksi vuotta oireilleilla potilailla ennuste paranemisen näkökulmasta on huono, mutta toimintakyvyn ja elämänlaatuun voidaan silti kuntoutuksella ja hoidolla heilläkin vaikuttaa.

TOIMINNALLISET HÄIRIÖT NYKYISESSÄ HOITAJÄRJESTELMÄSSÄ

Suuri osa lievistä toiminnallisista oireista ja häiriöistä hoidetaan asianmukaisesti perusterveydenhuollossa, ja potilaat toipuvat niistä hyvin. Osalla potilasta oireet ovat kuitenkin erikoissairaanhoidossa tehtävää erotusdiagnostiikkaa ja hoitosuunnitelmaa edellyttäviä oireiston hälyttävien piirteiden, pitkittymisen tai niihin liittyvän merkittävän toimintakyvyn laskun vuoksi.

Toiminnallisen häiriön toteaminen edellyttää aina sitä, että muut häiriöt on riittävällä varmuudella poissuljettu. Erotusdiagnostiikan edellyttämät, joskus laajatkin somaattiset tutkimukset tulevat nykyisin terveydenhuoltojärjestelmässä tavallisesti hyvin tehdyksi. Sen sijaan tutkimusten lopettaminen ja oireiston toteaminen ja tunnistaminen toiminnalliseksi ei onnistu nykyisin yhtä hyvin. Lääkärin epävarmuus tai tiedon puute sekä potilaan huolestuneisuus ja tähän liittyvät toiveet lienevät tärkeimpiä syitä tähän.

Toiminnallisen häiriön tunnistaminen olisi kuitenkin kriittisen tärkeää iatrogeenisten haittojen välttämiseksi sekä hoidon ja kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Kun riittävät tutkimukset on tehty, tulisi potilaalle asettaa oireen mukainen diagnoosi, perustella kuinka diagnoosiin päästiin, rohkaista potilasta tiedolla oireiston palautuvuudesta ja poistaa pelkoa vaikeasta sairaudesta. Diagnoosin oikealla tavalla kertominen on tärkeä osa toiminnallisten oireiden hoitoa, joka voi ratkaisevasti vähentää oireilua.

Häiriöryhmäkohtaisia tai toiminnallisiin häiriöihin yleisesti kohdistettuja näyttöön perustuvia hoitoja on olemassa, mutta niiden saatavuus on usein huonoa. Moniammatillisesti tarjottavat fysioterapeuttiset, toimintaterapeuttiset, psykososiaaliset ja farmakologiset hoidot ovat ulkomailla toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä tavanomaisimmat menetelmät.

Toiminnallisten häiriöiden hoitoa ja hoitoketjuja on tavallisesti mietitty erikoisaloittain yksittäisten oireiden/oireyhtymien näkökulmasta, jolloin toiminnallisten häiriöiden hoidon kokonaisuus on

sairaanhoitopiireissä jäänyt sirpaleiseksi ja jäsentymättömäksi. Varsinkin vaikeimmin oireilevien potilaiden hoito ohjautuu usein sattumanvaraisesti eri erikoisalojen kesken. Käypä Hoito – suosituksia ei toiminnallisten häiriöiden hoitoa ohjaamassa ole, vaikka joissakin suosituksissa (esim. Kosteus- ja homevaurioista oireileva potilas; Kipu; Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito –suositukset) toiminnallisia oireita sivutaankin. Joidenkin yksittäisten häiriöryhmien kohdalla alueellisia hoitoketjuja tai organisaation sisäisiä käytäntöjä on satunnaisesti kuvattu (esim. HUS – alueella ärtyneen paksunsuolen hoitoketju tai TAYS:n ”Väsyneiden potilaiden” hoitokäytäntö), mutta yleensä näin ei ole.

Sovittujen yhteisten käytäntöjen, hoitoketjujen ja hoidon porrastuksen puuttumisen vuoksi potilaita tutkitaan ja hoidetaan paljon väärissä paikoissa tai turhaan, mikä aiheuttaa huomattavaa räsitusta ja kustannuksia sekä potilaalle että terveydenhuoltojärjestelmälle.

Potilaiden kokemuksia välittyy paitsi suorana palautteena, myös potilasjärjestöjen julkilausumista, nettikeskusteluista ja kanteluista. He kokevat tulevansa usein huonosti ymmärretyiksi tai kuulluiksi, tai kokevat että heidän vaikeitakaan oireitaan ei tunnuta otettavan julkisessa terveydenhuollossa vakavasti. Kun varsinkin vaikeammin oireilevat potilaat eivät koe saavansa apua julkisesta terveydenhuollosta, he altistuvat erilaisille vaihtoehdoille huonosti tutkituille ja mahdollisesti haitallisille hoidoille luontaislääketieteen tai uskomushoitojen piirissä.

Vaikka potilaiden toimintakyky saattaa olla vaikeasti alentunut, heillä on vaikeuksia saada esim. sairausvakuutuslain mukaisia etuuksia sen vuoksi, että oikeus/korvauskäytännön mukainen näyttö sairaudesta puuttuu. Toisaalta he saattavat saada esim. vammaispalvelun kautta lääketieteellisesti arvioituna liiallisia tai vammaisuutta lisääviä tukitoimia. Sairausvakuutusjärjestelmän mahdollisuudet kuntoutumisessa ja toimintakyvyn palauttamisessa olisi huomioitava, eikä ohjata potilasta pitkäaikaisille sairauslomille tai työkyvyttömyyseläkkeelle

TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN HOIDON JA KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN

Työterveyslaitos on äskettäin valmistellut STM:n pyytämän esityksen ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestämiseksi Suomessa. Sen kirjoittajat (Markku Sainio ja Kirsti Karvala) kuuluvat myös tätä esitystä valmistelevaan työryhmään. Heidän esityksensä keskeiset kohdat soveltuvat myös muiden toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestelyn pohjaksi. Lisäksi seuraavan esityksen pohjana ovat Tanskassa (Fink P), Saksassa (Schaefer R), Isossa-Britanniassa (NHS) ja Kanadassa (Sampalli T) käytössä olevat mallit, joihin työryhmässä on tutustuttu.

OSAAMISEN LISÄÄMINEN

Toiminnallisten häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen vaatii osaamista. Erikoissairaanhoidon tukea ja osaamista tarvitaan sitä enemmän mitä vaikeammista oireista on kyse. Yleisyyteensä ja merkittävyyteensä nähden perinteisessä lääkärikoulutuksessa ja erikoislääkärikoulutuksessa häiriöryhmään kiinnitetään liian vähän huomiota.

- Lääkäreiden kykyä tunnistaa oireet, sekä osaamista ja keinoja vuoropuheluun toiminnallisesta häiriöstä kärsivän potilaan kanssa tulisi parantaa.
- Tietoa tulisi olla lisää potilaita tukevilla ja hoitavilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla.
- Perinteisen koulutuksen lisäksi kansalliseksi laajenevaan Virtuaalisairaala 2.0:n Terveyskylä.fi: hin (internet –alusta) tulisi rakentaa kliinistä työtä tukeva informaatio/ koulutuspaketti toiminnallisista häiriöistä kokonaisuutena sekä tärkeimmistä yksittäisistä häiriöistä erikseen (esim. krooninen väsymysoireyhtymä, ympäristöherkkyys, konversiohäiriöt).
- Vuoropuhelua erikoisalojen, eri terveydenhuollon ammattilaisten sekä perustason ja erikoissairaanhoidon välillä pitää parantaa, sekä kehittää moniammatillista työskentelyä
- Vaikeita tapauksia varten tarvitaan erityisosaamisen lisäämistä esim. osaamisen keskittämällä sairaanhoitopiiriin/maakuntien erityispoliklinikoille.

HOITOMUOTOJEN SISÄLTÖJEN KEHITTÄMINEN

Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn kohentaminen. Potilaan oma, aktiivinen rooli kuntoutumisessa on keskeinen. Hoitoon sitoutumisessa auttaa se, että välttämättömien somaattisten ja psykiatristen poissulkututkimusten jälkeen mahdollisimman pian pyritään diagnostisesta pohdiskelusta siirtymään toimintakyvyn kohentamiseen kuten muissakin pitkittyneissä tai kroonisissa sairauksissa. Myös kokemusasiantuntijoiden tukea pyritään hyödyntämään mahdollisimman varhain potilaiden hoitoon sitoutumisen ja osallisuuden tukemiseksi.

Useisiin eri toiminnallisiin häiriöihin (taulukko1) on eri erikoisaloilla kehitetty oireenmukaisia hoitomuotoja, joista on vaihtelevaa tutkimusnäyttöä. Yhteistä näille ovat hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen synnyttäminen, elämäntapaan, ravitsemukseen liikuntaan jne. liittyvät hoito-ohjeet ja psykoedukaatio, fysioterapia, psykoterapia, toimintaterapia tai oireenmukainen lääkehoito. Potilaiden osallisuutta ja itsehoitoa rohkaistaan, ja varsinkin stressiä vähentäviä menetelmiä (esim. mindfulness) suositellaan

Varsinkin kognitiivinen psykoterapia on hyödyllistä oireiluun liittyvien haitallisten tulkintojen ja reagoitapojen kuntouttamisessa. Viime vuosina on kuvattu erityisesti toiminnallisiin häiriöihin kehitettyjä kognitiivisen terapian sovellutuksia, joista alustavat tulokset ovat rohkaisevia. Psykiatrisen diagnoosin puuttuminen ei saa olla este psykoterapian saamiselle. Myös

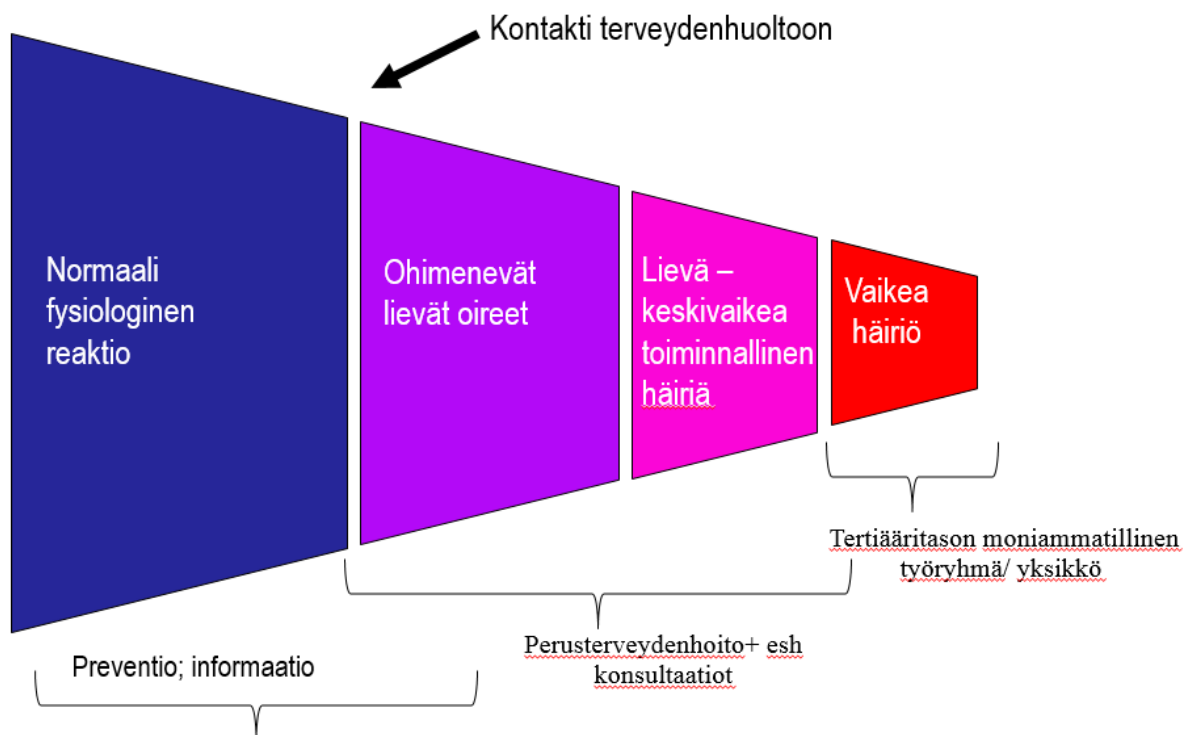
moniammatillisesta toimintakyvyn kohentamiseen keskittyvistä hoitomuodoista on todennäköisesti hyötyä.

Toiminnallisten häiriöiden näyttöön perustuvia hoitumuotoja on vaihtelevasti käytössä sairaanhoitopiireissä. Systemaattinen ja määrätietoinen hoitumuotojen käyttöönnotto ja evaluointi sekä uusien tutkimusmuotojen kehittäminen ja/tai tutkiminen on vähäistä ja tarvitsee kehittämistä.

HOIDON PORRASTUS

Hoidon porrastuksessa keskeinen tekijä on oireiston vaikeus, minkä tärkeimpänä mittarina on toimintakyvyn lasku (kuva 2). Perustasolla (Terveyskeskus/ SOTE –keskus/Työterveyshuolto) on kuitenkin keskeinen rooli paitsi lievempien häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa, myös vaikeista oireista kärsivien potilaiden kannattelevassa hoidossa erikoissairaanhoidon jälkeen. Lisäksi perustason tärkeä tehtävä on koordinoita monioireisten, eri erikoisalojen palveluihin lähetettävien/hakeutuvien potilaiden hoidon kokonaisuutta, jotta vältetään päällekkäiset, haitalliset tai tarpeettomat tutkimukset. Perustason kokeneilla yleislääkäreillä on myös tärkeä rooli kaikilla porrastuksen tasoilla. Konsultaatiot voivat siten toimia myös perustasolta sekundaari- ja tertiääritason suuntaan, ja yleislääkäri voisi olla myös tertiääritason erityisyksikön/ työryhmän jäsen.

KUVA 2. OIREISTON VAIKEUTEEN /TOIMINTAKYVYN LASKUUN PERUSTUVA HOIDON PORRASTUS (MALLI P. FINKIN MUKAAN)



LIEVÄT HÄIRIÖT

Lievän häiriön piirteitä: Oireisto on vastikään ilmaantunut. Toiminnallinen haitta on vähäinen. Potilas on huolissaan oireistaan, mutta välttämiskäyttäytyminen tai pelot eivät kavenna elämäpiiriä. Oireet tuntuvat lieventyvän oireenmukaisen hoidon ja huolia vähentävän informaation myötä.

Hoidon porrastus: yleislääkäri, työterveyslääkäri sekä perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon psykologi.

Hoito: Oireiston rauhoittava ja normalisoiva analyysi, mielekäs, ymmärrettävä ja potilaan selviytymistä tukeva selitys oireenmuodostuksesta. Muiden samanaikaisten häiriöiden (esim. masennussairaus, ahdistuneisuus) diagnoosi ja hoito. Terveyskylä. fi, muut IT palvelut lääkärin ja potilaan apuna. Tarvittaessa oireenmukainen lääkehoito. Oireistosta toipumisen seuranta sovitusti; lääkäri/sairaanhoitaja.

KESKIVAIKEAT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Keskivaikean häiriön piirteitä: oireisto on jatkunut viikkoja-kuukausia/ toiminnallinen haitta kohtalainen tai merkittävä: Vetäytyy jonkin verran kontakteista, harrastuksista, työkyky alentunut tai poissaoloja, Liikuntakyky, syöminen, nukkuminen, jne. heikentyneet, mutta selviytyy itsenäisesti. Kivut/muut jatkuvat oireet merkittäviä. Samanaikaisia psykiatrisia oireita kuten masennustila tai ahdistuneisuushäiriö. Potilas ja/tai omaiset eivät hyväksy oireiston toiminnallista luonnetta. Oireisto lisääntyy tai vaikeutuu. Ensimmäiset hoitoyritykset eivät tuota tulosta.

HOIDON PORRASTUS

Yleislääkäri, työterveyslääkäri, avohoidon erikoislääkäri tai sekundaaritason poliklinikat. Oireen määrittämisen erikoissalan erikoislääkärin konsultaatio joko perustasolla tai erikoissairaanhoidossa.

Sairaanhoitopiirien/ maakuntien sisällä suositellaan sovittavaksi erikoissairaanhoidon työnjaosta keskeisten häiriöryhmien (taulukko 2.) potilaiden hoitamiseksi. Erikoislääkärin tehtävänä on sulkea pois somaattinen sairaus ja varmistaa toiminnallisen häiriön diagnoosi sekä tehdä samalla päätös diagnostisten lisätutkimusten lopettamisesta. Hän kannustaa potilaita psykososiaaliseen arvioon ja poistaa oireisiin liittyviä pelkoja ja mahdollisia vääriä käsityksiä. Hän vastaa moniammatillisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman ja siihen liittyvien lausuntojen laatimisesta tai tukee tässä perustason lääkäriä. Erikoislääkäri voi pyytää tertiääritason erityisyksikön konsultaatioapua.

Toiminnallisiin häiriöihin liittyvän kuntoutuksen, pitkien sairauslomien ja muiden merkittävien etuuskien tarpeen arvioiminen ja niihin liittyvien lausuntojen laatiminen tulee tapahtua julkisessa terveydenhuollossa, mieluiten erikoissairaanhoidossa tai erikoissairaanhoidon konsultaation tukemana.

Psykiatrin konsultaatio tai yhteinen vastaanotto somatiikan lääkärin kanssa on usein aiheellinen samanaikaisen psykiatrisen häiriön toteamiseksi tai poissulkemiseksi. Psykiatrin ja/tai psykologin arvio on myös tarpeen psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja (esim. nettiterapia, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia tai sen sovellukset, mindfulness, kuvataideterapia ja perheterapia) tarvetta ja järjestämistä arvioitaessa. Mikäli toiminnallisen häiriön syynä vaikuttaa keskeisesti olevan psykiatrisen häiriö, hoidosta vastaa psykiatri somaattisten alojen konsultaatioiden tukemana.

HOITO / KUNTOUTUS

Jatkuvasti oireileva potilas tarvitsee säännöllisiä erikoislääkärin tai yleislääkärin tapaamisia. Vastaanotoilla arvioidaan mahdollisten lisä – ja tukihoidojen tarve, pyritään vähentämään oireiluun liittyviä pelkoja ja arvioimaan mahdollisten uusien oireiden merkitystä. Toiminnallisiin häiriöihin koulutettu perustason sairaanhoitaja olisi hyödyllinen depressio- tai unihoitajan tapaan. Ryhmähoidoista on ulkomailla saatu suotuisia kokemuksia, ja näiden kehittäminen kaikille hoidon porrastuksen tasoille olisi hyödyllistä.

Erytistyöntekijöiden (psykologi, neuropsykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä) palvelut toimintakykyä rajaavien oireiden perusteella. Oireenmukainen lääkehoito. Itsehoito (Terveyskylä.fi, Mielenterveystalo). Oireiden ja toimintakyvyn seuraaminen mittareilla yksilöllisesti tarpeen mukaan. Potilaan läheiset huomioiva perhetyöskentely. Kokemusasiantuntijoiden tuki.

VAIKEAT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Vaikean häiriön piirteitä: oireisto jatkunut vähintään 6 kk tai vuosia. Toiminnallinen haitta on vaikea. Liikkuu vain vähän kodin ulkopuolella, tarvitsee arjessa toisten ihmisten apua esim. liikkumisessa. Oireisto (esim. kivut, uupuminen, lihaskivertäisyys) lamaava, jatkuva. Omaiset uupuneet tai sairastuneet. Psykiatriset oireet todennäköisiä. Useita epäonnistuneita hoitoyrityksiä eri erikoisaloilla tai hoitotahoilla. Potilas ei ole vastaanottavainen validoiville selityksille. Pitkiä sairauslomajaksoja, työkyky vakavasti uhattuna tai työkyvytön.

HOIDON PORRASTUS

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma erikoissairaanhoidossa. Pitkäaikaisseuranta yleislääkärin vastaanotolla. Psykiatrin konsultaatio/yhteinen vastaanotto, jos epäily samanaikaisesta psykiatrisesta häiriöstä tai toivotaan arviota psykoterapian (esim. nettiterapia, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia tai sen sovellukset, mindfulness, kuvataideterapia, perheterapia) tarpeesta. Erikoislääkäri konsultoi ja ohjaa tarvittaessa tertiääritason erityisyksikköön.

HOITO / KUNTOUTUS

Moniammatillinen somaattinen, psykologinen/psykiatrisen ja toiminnallinen arvio ja kuntoutus(suunnitelma). Kokemusasiantuntijan tuki. Toimintakyvyn ja oireiden seuraaminen strukturoiduilla mittareilla. Vaativat kuntoutusta tukevat lausunnot ja työkykyarvio. Ajokykyarvio. Ryhmäkuntoutukset/terapiat. Potilaan läheiset huomioiva perhetyöskentely.

TERTIÄÄRITASON ERITYISYKSIKÖT/ TYÖRYHMÄT

Sairaanhoitopiireihin/ maakuntatasolle ehdotetaan harkittavaksi vaikeimpien toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuneita yksiköitä tai työryhmiä. Toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuvien yksiköiden luontevin sijainti voisi olla esim. sairaanhoitopiirien kuntoutustutkimusyksiköissä. Kipupoliklinikoiden alueellista toimintaa ja toimintamallia voisi hyödyntää –kroonisista kipupotilaista suurella osalla on myös vaikeita toiminnallisia oireita.

Yksiköllä olisi käytettävissään keskeisten erikoisalojen erikoislääkäreiden sekä erityistyöntekijöiden osaaminen. Malli voisi eri alueilla toteutua eri tavalla, kevyimmillään virtuaalisena konsultaatiopoliklinikkana tai –työryhmänä. Erikoisalojen sisälle voidaan lisäksi tarvittaessa perustaa työryhmiä vaikeimpien häiriöryhmien diagnostiikkaa ja hoitoa varten (esim. HUS sisäilmapoliklinikka), jotka kuitenkin tekevät läheistä yhteistyötä kuntoutuspoliklinikkojen kanssa.

Tertiääritason yksiköllä on käytettävissään konsultoivat erikoislääkärit häiriöryhmän kannalta keskeisiltä erikoisaloilta (kivunhoito, korva-nenä-kurkkutaudit, neurologia, sisätaudit, kuntoutus ja geriatria, kardiologia, keuhkosairaudet, tukielinkirurgia, iho- ja allergiasairaudet, infektiosairaudet, reumasairaudet, endokrinologia, gastroenterologia, urologia, yleissairaalapsykiatria, harvinaiset sairaudet). Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja kuntoutusten toteuttamiseen osallistuvat tarvittaessa perehtyneet erityistyöntekijät (kliininen psykologi tai neuropsykologi, (psykofyysinen) fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti).

Tertiääritason yksiköiden tehtävänä on lisäksi ottaa käyttöön uusia näyttöön perustuvia toiminnallisten häiriöiden hoitomuotoja sekä tutkia ja kehittää niitä. Sen piirissä toimivat asiantuntijat osallistuvat toiminnallisiin häiriöihin liittyvään julkiseen keskusteluun ja tiedottamiseen.

VIRTUAALISAIRAALA 2.0: TERVEYSKYLÄ.FI

Suuri osa toiminnallisista häiriöistä kärsivistä potilaista hankkii tietoa internetistä. Sieltä saatava tieto on valitettavan usein vääristynyttä tai potilaiden oireilua tukevaa. Vastaavasti kuntoutumiseen tai toipumiseen tukevaa ja rohkaisevaa tietoa on vähemmän. Terveyskylä.fi:n Kuntoutustaloon ehdotetaan tuotettavaksi (esim. yhdessä HYKS:n, TTL:n, STM:n ja KELA:n kanssa) toiminnallisista häiriöistä oma sivusto, jossa olisi häiriöryhmittäin

- Potilaille suunnattu informaatio ja itsehoito-ohjeistus, mahdollisesti oirenavigaatio
- Ammattilaisille suunnattu informaationsivusto
- nettiterapiat

KIRJALLISUUTTA

Beyond Myalgic encephalomyelitis/ Chronic fatigue syndrome: redefining an illness. Institute of Medicine (IOM) 2015.

Budtz-Lilly A, Schröder A ym. Bodily Distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? BMC Family practice 2015.

Fink P, Rosendal M (Eds.) (2015). Functional Disorders and Medically Unexplained Symptoms. Aarhus University Press, Aarhus.

Functional disorders. Clinical guidelines for general practice. Danish College of General Practitioners 2014.

http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/Publikationer/Clinical_guideline_for_general_practice_Functional_disorders.pdf

Henningsen P ym. Management of functional somatic syndromes. The Lancet, 2007

Medically Unexplained Symptoms/Functional Symptoms. Positive Practice Guide. National Health Service 2014. <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/medically-unexplained-symptoms-positive-practice-guide-.pdf/ac806084-4058-4a2f-89f9-17d04eff6a3b>

Pasternack I, Remahl A, Ahovuo-Saloranta A, Isojärvi J ja Mäkinen E. Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 3, 2017. 978-952-284-023-3 (pdf)

Sainio M, Karvala K. Ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen Suomessa. Työterveyslaitos 2016

Sampalli T, Fox RA, Dickson R, Fox J (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities. Patient Prefer Adherence 6:757–64.

Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012). Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Deutsche Arzteblatt Int 109(47): 803–13.

Vos-Vromans DC, Smeets RJ ym. Multidisciplinary rehabilitation treatment versus cognitive behavioural therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. J Int Med 2016

Yunus MB (2015). Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. Curr Rheumatol Rev. 11(2):70-85.

TYÖRYHMÄ

Leena-Maija Aaltonen, osastonylilääkäri,
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit, HYKS

Benita Antas, psykologi, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Perttu Arkkila, osastonylilääkäri,
Endoskopiayksikkö, Gastroenterologia, HYKS

Eeva Dunderfelt-Lövegren, neuropsykologi,
Neurologian kuntoutustutkimusyksikkö, HYKS

Anna Eskola, apulaisyylilääkäri, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Harri Hämäläinen, ylilääkäri, Fysiatrian
klinikka, HYKS

Tapani Hämäläinen, ylilääkäri,
Perusterveydenhuollon yksikkö, HYKS

Asko Järvinen, ylilääkäri, linjajohtaja
Infektiosairauksien linja, HYKS

Kirsi Karvala, ylilääkäri, Työterveyslaitos

Paula Kauppi, osastonylilääkäri,
Tulehdusyksikkö, Iho- ja allergiasairaala,
HYKS

Salla Koponen, erikoislääkäri, kliininen
opettaja, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka,
§HYKS

Liisamari Krüger, osastonylilääkäri, Fysiatria
ja kuntoutus, Hyvinkään sairaala

Tuitu Mikkonen, osastonlääkäri, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Sami Räsänen, apulaisyylilääkäri, OYS

Mika Saarela, osastonlääkäri, Neurologian
klinikka, HYKS

Markku Sainio, ylilääkäri, Työterveyslaitos

Mikko Seppänen, osastonylilääkäri,
Harvinaiset sairauksien yksikkö, HYKS

Katinka Tuisku, osastonylilääkäri, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Risto Vataja, ylilääkäri, HYKS
Psykiatriakeskus (pj.)

Aarne Ylinen, osastonylilääkäri, Neurologian
klinikka, HYKS

