

Hanna Peltari, Minna Kaila

Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys

Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia

tyl

KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	19.6.2014
Tekijät	Toimeksiantaja
Hanna Pelttari Minna Kaila	Sosiaali- ja terveysministeriö HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä

Muiston nimi

Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys – nykytila ja toimenpide-ehdotuksia

Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti hoitoon pääsyn määräaikojen toimivuudesta selvitystyön vuonna 2013. Tässä raportissa on asiantuntijatyönä tarkemmin selvitetty hoitoon pääsyn nykytilaa, ongelmakohtia ja arvioitu muutostarpeita perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa, mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. Selvitystyön ovat tehneet professori Minna Kaila ja erikoislääkäri Hanna Pelttari. Selvitystyön aineistona on käytetty julkaistua tietoa hoitoon pääsystä sekä asiantuntijoiden esittämiä näkemyksiä.

Hoitoon pääsyä koskevat säännökset tulivat voimaan vuonna 2005. Säännökset siirrettiin terveydenhuoltolaikiin pienin täsmennyksin. Potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajeni valtakunnalliseksi vuoden 2014 alusta. Valinta edellyttää tietoa hoidon tuottajista ja hoidon laadusta sekä tietoa hoitoon pääsystä.

Raportissa arvioidaan tietotarpeita potilaan, hoitavan henkilön, suunnittelun ja resurssikäytön ja valvonnan kannalta. Hoitoon pääsyn ja palvelun valintaan liittyvät tiedot pitäisi löytää ”yhdeksi luukulta”. Ajantasaista ja helppokäyttöistä tietoa valintapäätösten tueksi ei raportin tietojen perusteella ole riittävästi vielä saatavilla. Ehdotuksissa tuodaan esille, ettei pelkkä saatavuustieto ole riittävää vaan tarvitaan tietoa hoidon kokonaisuuden toteutumisesta, hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Tekijät pohtivat, voisiko potilaan kanssa laadittu hoitosuunnitelma toimia uutena hoitotakuun muotona, jolloin potilaslähtöisyys ja hoidon jatkuvuus vahvistuisivat.

Sosiaali- ja terveysministeriö ottaa hoitoon pääsyä koskevassa jatkovalmistelussa huomioon raportin esille tuomat näkökohdat.

Asiasanat

Hoitotakuu, jono, perusterveydenhuolto, päihde- ja mielenterveyspalvelut, suun terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2014:27

Muut tiedot

www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037(verkkajulkaisu)
ISBN 978-952-00-3515-0
URN:ISBN:978-952-00-3515-0
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3515-0>

Kokonaissivumäärä

38

Kieli

Suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	19.6.2014
Författare	Uppdragsgivare
Hanna Pelttari Minna Kaila	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

Rapportens titel

Utredning om tillgång till icke-brådskande vård – nuläge och åtgärdsförslag

Referat

■ Social- och hälsovårdsministeriet inledde år 2013 utredningsarbetet om hur tidsfristerna för tillgång till vård fungerar. I denna rapport har man som sakkunnigarbete närmare utrett nuläget och problem som gäller tillgången till vård och utvärderat ändringsbehov inom primärvård, mun- och tandvård, mentalvårdstjänster och missbrukarvård. Utredningsarbetet har gjorts av professor Minna Kaila och specialläkare Hanna Pelttari. Som material för arbetet har publicerad information om tillgången till vård och synpunkter av sakkunniga utnyttjats.

Bestämmelserna om tillgång till vård trädde i kraft år 2005. Bestämmelserna överfördes till hälso- och sjukvårdslagen med små preciseringar. Patientens möjlighet att välja sin vårdplats blev riksomfattande vid ingången av år 2014. Valet förutsätter information om vårdproducenter och vårdens kvalitet och information om tillgången till vård.

I rapporten utvärderas informationsbehovet i fråga om patienten, den person som ger vård, planeringen och resursanvändningen. Uppgifterna om tillgång till vård och val av tjänst bör fås från en kontaktpunkt. Enligt rapportens uppgifter finns det ännu inte tillräckligt med aktuell och lättanvänd information till stöd för beslutet om val. I förslagen framförs att enbart information om tillgången inte räcker utan det behövs information om hur hela vården genomförts, vårdens kvalitet och patientsäkerheten. Författarna dryftar huruvida den vårdplan som upprättas med patienten kunde fungera som en ny form för vårdgarantin, varmed patientcentrering och kontinuitet i vården skulle stärkas.

Social- och hälsovårdsministeriet kommer i den fortsatta beredningen av tillgången till vård att beakta de synpunkter som framförts i rapporten.

Nyckelord

Kö, missbrukar- och mentalvårdstjänster, mun- och tandvård, primärvård, vårdgaranti

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2014:27

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (online)

ISBN 978-952-00-3515-0

URN:ISBN:978-952-00-3515-0

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3515-0>

Sidoantal

38

Språk

Finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	HOIDON SAATAVUUS JA HOITOJONOJEN MUODOSTUMINEN	6
2.1	Hoidon saatavuus ja siihen vaikuttaminen.....	6
2.2	Hoitojonon muodostuminen.....	9
2.3	Odotusaikojen mittaaminen	11
2.3.1	Lähetekäytäntö.....	13
2.4	Kansallinen lainsäädäntö ja muu ohjaus	13
2.4.1	Toimenpide- ja kehittämissohjelmat ja niiden tulokset	15
2.5	Toteutumisen valvonta	16
2.6	Onko jonoista myös hyötyä?	17
3	HOITOON PÄÄSY JA SEN MÄÄRÄAJAT 2013.....	19
3.1	Perusterveydenhuolto.....	19
3.1.1	Mittaaminen ja seuranta	19
3.1.2	Trendit perusterveydenhuollon hoitopääsyssä 2009-2013	20
3.1.3	Kansalais- ja asiakastyytyväisyyskyselyt.....	22
3.1.4	Muut raportit	23
3.2	Suun terveydenhuolto.....	24
3.3	Mielenterveyspalvelut ja päihdehuolto.....	25
3.4	Somaattinen erikoissairaanhoito	27
4	POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	28
4.1	Hoidon saatavuudessa ja resursoinnissa tapahtuneita muutoksia	29
4.2	Miten nykyiset raportointipisteet kuvaavat todellista hoitopääsyä ja hoidon toteutumista?.....	32
4.3	Ongelmakohdat potilaan näkökulmasta.....	33
4.3.1	Hoidon tarpeen arvio	33
4.3.2	Miten potilas saa tietoa hoitopääsystä?.....	35
5	TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA	36
6	LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

Hoidon saatavuus on yksi keskeinen ja korjattava asia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sote-järjestämislaki tulee linjaamaan tulevan palvelurakenteen, johtaa uusiin rajapintoihin ja luo tarpeen hoidon saatavuutta koskevien säädösten määrittelylle uudessa rakenteessa.

Terveydenhuollon hoitopääsyä koskevasta sääntelystä on Suomessa nyt 8 vuoden kokemus. Hoitopääsulle asetetut odotusajat ovat eurooppalaisessa vertailussa vieläkin pitkiä ja ne ovat usein muodostuneet takarajoista eräänlaisiksi tavoiteajoiksi. Nämä seikat tullevat nousemaan esiin ns. potilasdirektiivin (2011/24/EU) toimeenpanossa. Sen lähtökohtana on, että potilas saa hakea toisesta EU- tai Eta-valtiosta ja Sveitsistä vapaasti terveystalvveluja samoin perustein kuin vastaavaa hoitoa kotimaassa.

Tämä raportti keskittyy perusterveydenhuoltoon, suun terveydenhuoltoon, mielen-terveyspalveluihin ja päihdehuoltoon pääasiassa vuosilta 2008–2013. Suuri osa hoitopääsyä koskevista raporteista ja tutkimuksista käsittelee erikoissairaanhoidoa, ja vielä nimenomaan elektiivisiin toimenpiteisiin pääsyä.

Tarkoituksena on kartoittaa valtakunnallisesti hoitopääsyä, hoitojonoja ja hoitopääsyn sekä sen määräaikojen ongelmakohtia ja miten nykyiset raportointipisteet vastaavat todellista hoitopääsyä ja hoidon toteutumista. Tavoitteena on toimeksiannon mukaisesti koota tietoa tulevia linjauksia varten ja painottaa potilaan tiedon saantia ja tiedonsaannin pulmakohtia.

Aineistona on käytetty kiireettömään hoitopääsystä julkaistuja viranomaistyönä tehtyjä raporteja ja selvityksiä, aiheesta tehtyjä tutkimusraporteja sekä taustaryhmän keskusteluissa ja muiden asiantuntijoiden haastatteluissa esiin tulleita näkökohtia. **Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti hoitoon pääsyn määräajat ja linjaukset työseminaarin 30.8.2013, jossa tilaisuudessa käytyjä keskusteluja on hyödynnetty selvitysraportissa.**

2 HOIDON SAATAVUUS JA HOITAJONOJEN MUODOSTUMINEN

2.1 HOIDON SAATAVUUS JA SIIHEN VAIKUTTAMINEN

Terveyspalvelujen tarpeeseen perustuva ja oikea-aikainen saatavuus on terveydenhuoltojärjestelmien kustannusvaikuttavan toiminnan edellytys ja myös haaste. Julkisen terveydenhuollon lakisääteisenä tehtävänä ja tavoitteena Suomessa on turvata jokaiselle hänen terveydentilansa edellyttämät ja riittävät terveyspalvelut kohtuullisessa ajassa asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta.

Hoidon saatavuudella kuvataan usein järjestelmän kykyä tuottaa palvelut sen piirissä oleville kattavasti. Termillä **hoitoonpääsy** voidaan lisäksi kuvata **yksittäisen potilaan hoitoonpääsyn** toteutumista tai hoitojärjestelmän tai -laitoksen kykyä varmistaa yksittäisten potilaiden hoitoonpääsy. Hoitojonolla puolestaan voidaan kuvata hoitoon **jonottajien määrää** tai **jonossa vietettävää aikaa**.

Hoidon saavutettavuus (access to care) on tärkeä terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmien indikaattori. OECD:n raportissa Health at a glance 2011 (1) hoidon saavutettavuus käsitteenä kattaa odotusajat, tasa-arvoisen pääsyn lääkärin ja hammaslääkärin hoitoon, syöpäseulonnat, sairausvakuutuksen kattavuuden, itse maksettavan osuuden ja lääkäreiden /hammaslääkäreiden määrän jakautumisen maantieteellisesti tasaisesti. Lisäksi on ns. ”unmet health care needs”, potilaan kokemia tarpeita terveydenhuollon palveluihin, jotka jäävät täyttymättä esim. palvelun hinnan, etäisyyden tai odotusajan vuoksi.

Hoidon saatavuuden ongelmat voivat siis olla ajallisia ja johtaa pitkiin odotusaikoihin vastaanotoille, tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Kyseessä voi olla maantieteellinen tai taloudellinen, rahoitukseen tai maksuihin liittyvä saatavuuden ongelma. OECD:n vuonna 2009 tekemässä selvityksessä n. 5 % matalan tulotason suomalaisista jäi vaille terveydenhuollon palvelua sitä tarvitessaan ja korkean tulotason suomalaisista noin 2 %. Syynä pidettiin lähes yksinomaan pitkiä odotusajoja. Norjan vastaavat luvut olivat 2.5 % ja 1 %, mutta noin puolessa tapauksista syynä oli pitkä välimatka hoitoon ja Ruotsin 3 % ja 1.5 %, syynä kolmanneksessa myös hinta (1).

Pitkät jonot ja hoitoonpääsyn ongelmat aiheuttavat tyytymättömyyttä potilaiden, kansalaisten ja päättäjien keskuudessa. Jonokeskustelua käydään etenkin lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden saatavuudesta, perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle pääsystä ja erikoissairaanhoidon elektiiivisiin toimenpiteisiin pääsystä (kaihi- ja tekonivelleikkaukset). Kroonisten kansansairauksien (kuten korkea verenpaine, lipidiongelmat, diabetes, astma ja reuma) vuosia jatkuva hoito ja ehkäisevä terveydenhuolto jäävät selvästi vähemmälle huomiolle, vaikka epidemiologisten tutkimusten mukaan jopa puolella 50 vuotta täyttäneestä väestöstä on useampi kuin yksi pitkäaikaissairaus.

Yksittäisten potilasryhmien tai hoitotoimenpiteiden irrallinen käsittely johtaa helposti siihen, ettei tilannetta korjaamaan aikovien toimenpiteiden mahdollisia heijastusvaikutuksia muihin toimintoihin havaita tai oteta huomioon. Suomessa hoitoonpääsy on muodostunut ja muodostumassa myös sosioekonomiseksi ongelmaksi, kun terveydenhuollon palvelut eriytyvät koskemaan joko tiettyä väestönosaa tai työelämän ulkopuolella olevia osia.

OECD:n tuoreen selvityksen mukaan yli puolessa OECD-maista pitkät odotusajat **elektiiviseen** hoitoon ovat ongelma (2). Pisimmät odotusajat nähdään niissä maissa, joissa julkisesti rahoitettu terveydenhuolto yhdistyy pieneen omavastuuseen. Niissä julkisesti rahoitetuissa ja järjestetyissä järjestelmissä, joissa potilas saa valita palveluntuottajan, jonoja esiintyy vähemmän. Lyhyimmät odotusajat ovat maissa, joissa terveydenhuoltoon käytetään suhteellisesti enemmän varoja ja joissa sairaalakapasiteetti on suurin. Lisäksi on esitetty, että budjettirahoitukseen perustuva terveydenhuolto, kuten suomalaisissa yksiköissä, on taipuvainen synnyttämään kiirettömän hoidon jonoja. Tämä johtuu vaikeasti ennakoitavista äkillisistä tarpeista ja kuluista, jolloin kokonaisbudjetin mitoitus tietyllä hetkellä on liian pieni, ja akuutti hoito priorisoidaan. Tilanne korostuu pienissä ja pienehköissä yksiköissä.

Lainsäädännöllä asetetut ”hoitotakuut” ovat olleet OECD-maissa tavallisimpia politiikkatoimia hoitoonpääsyn edistämiseksi. Niillä on tehoa vain, jos niiden toteutumista säädösten tarkoittamalla tavalla myös valvotaan. Hoitotakuu on OECD-maissa toteutettu pääasiassa kahdella tavalla: asetetaan **kansalliset tavoitteet hoitoonpääsyn toteutumiseen**, määritetään seurannan ja onnistumisen kriteerit ja **valvotaan toteutumista** tai asetetaan maksimiodotusaika, jonka ylittymisen jälkeen potilas voi vapaasti valita palveluntuottajan myös yksityiseltä sektorilta.

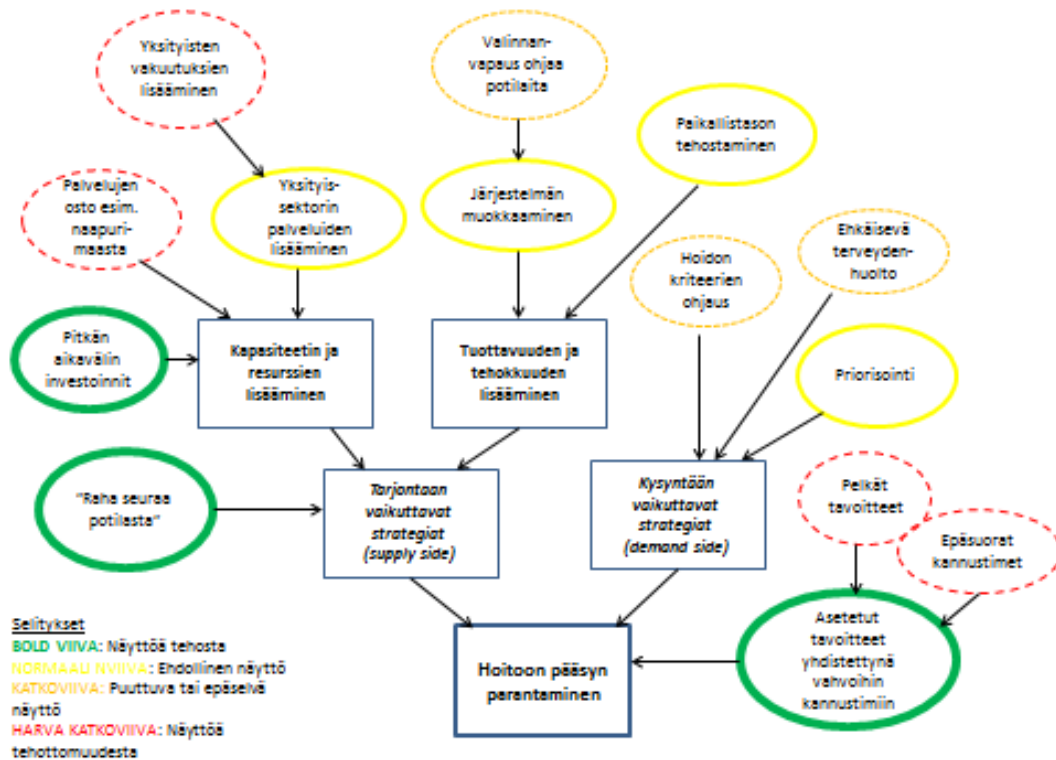
Suomessa ja Iso-Britanniassa on käytössä järjestelmä, jossa määräaikojen toteutumista valvotaan ja toteutumatta jäämisestä seuraa sanktio. Tämä ”targets and terror” -lähestymistapa on johtanut seurattujen elektiivisten toimenpiteiden odotusaikojen lyhenemiseen. OECD-raportin mukaan tällaiset tulokset ovat usein varsin lyhytkestoisia ja terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat järjestelmään negatiivisesti (2). Toinen tapa toteuttaa kansallinen hoitotakuu on taata kansalaisille **vapaus valita terveydenhuollon palveluntarjoaja** ja siten luoda **kilpailua palvelujen tuottamiseen**; esimerkkinä Ruotsi, Alankomaat, Portugalin ja Tanska. Portugalin mallissa pääsy eri yksiköiden (julkisrahoitteisten ja yksityisten) hoitoonpääsytietoihin on vapaa. Kun 75 % säädetyn hoitotakuun määräajasta on kulunut, potilas voi selvittää kunkin yksikön hoitoonpääsytilannetta ja valita minkä tahansa terveydenhuollon yksikön hoitopaikakseen. Tämä näyttää tehokkaalta tavalta lyhentää jonotusaikoja ja parantaa hoitoonpääsyä.

Hoitoonpääsyyn vaikuttamisen keinot ovat joko kysyntään (demand-side) tai tarjontaan (supply-side) vaikuttamaan pyrkiviä. OECD:n raportin (2) mukaan tarjontaan vaikuttavat keinot yksinään johtavat harvoin pysyvään tulokseen. Lisärahoitus- ja resursointi on ollut keino lyhentää odotusaikoja lyhyellä aikavälillä. Sairaaloiden tuottavuuden lisääminen esim. hoitajaksoluokittelun ja -hinnoittelun (kuten DRG) avulla ei raportin mukaan johda erityisesti odotusaikojen lyhenemiseen.

Suorituksen pohjautuva rahoitus (pay-for-performance) mahdollistaa valinnanvapauden ja kilpailun palveluntuottajien kesken, mikä puolestaan usein johtaa odotusaikojen lyhenemiseen. Hollannissa suorituksen pohjautuva rahoitus ja **kilpailun ja valinnan vapauttaminen** yhdistettynä asetettuihin aikarajoihin johti odotusaikojen lyhenemiseen. Tämän kaltaiset järjestelmät todetaan tehokkaiksi jonojen poistajina, mutta ne ovat yleensä kalliita toteuttaa.

Kiirettömän hoidon **kysyntään vaikuttavia toimia** käytetään OECD-maissa vaihtelevasti. Toimenpiteiden kysyntää tai odotusaikoja ei yleensä pystytä vähentämään **yksityisen sairausvakuutusten** avulla. **Hoidon kriteerien ohjauksella** puolestaan on esim. Uudessa-Seelannissa arvioitu onnistutun vaikuttamaan odotusaikoihin jonkin verran, mutta niiden implementointi ja ylläpito raportissa vaikeaksi. Joissain OECD-maissa hoidon kriteerit yhdistetään suoraan määräaikoihin, jolloin kliinisen tilan mää-

ritettyjen erojen perusteella esim. tekonivelleikkausta odottavat potilaat jonottavat eri ajan.



Kuvio 1. Elektiiviseen hoitoonpääsyn parantamiseen tähtäävien toimenpiteiden vaikutukset ja arvio tehon näytöstä. (Muokattu ja käännetty Kreindler SA, 2010).

Hoitojonojen muodostumista elektiivisiin toimenpiteisiin koskevaa tutkimusta on arvioitu näytön vahvuuden näkökulmasta kanadalaisessa systemaattisessa katsauksessa, johon otettiin mukaan 103 tutkimusta 1523 seulotusta (3). Tutkimukset olivat luonteeltaan havainnoivia. Analyysin tulokset on pelkistetty kuvaan 1.

Paikallistason tehostamistoimenpiteet, kuten vastaanotto toiminnan järjestäminen tai organisaation tehostaminen voivat parantaa hoitoonpääsyä, mutta ongelmana on tuloksen pysymättömyys. Sama koskee resurssien lisäämistä ostopalveluilla julkisessa terveydenhuollossa.

Tehokkaita keinoja elektiivisen hoitoonpääsyn parantamiseksi on Kreindlerin mukaan kolme: 1. tarjontaan vaikuttavista strategioista pitkän aikavälin investoinnit järjestelmään kapasiteettien ja resurssien muodossa (esimerkkinä sairaalarakentaminen), 2. suorituksesta maksaminen (raha seuraa potilasta), ja kysyntään vaikuttavista strategioista 3. tavoitteet yhdistettynä vahvoihin kannustimiin l. insentiiveihin (jotka voivat olla luonteeltaan vaihtelevia). Sen sijaan pelkkien tavoitteiden asettaminen ja epäsuorat kannustimet ilman tavoitteita näyttävät tehottomilta tavoilta. Olemassa olevien resurssien käytön tehostaminen sen sijaan johtaa odotusaikojen lyhenemiseen.

Katsauksen mukaan **oikotietä ei ole: kapasiteettia täytyy olla riittävästi ja sen käytön täytyy olla tehokasta**. Keinot, joilla pyritään suoraan lyhentämään odotusaikoja (kuvion 1 mukaisesti kapasiteetin ja resurssien lisääminen, suorituksesta maksaminen, tavoitteiden ja insentiivien asettaminen) vaativat usein merkittävää taloudellista panostusta.

2.2 HOITOJONON MUODOSTUMINEN

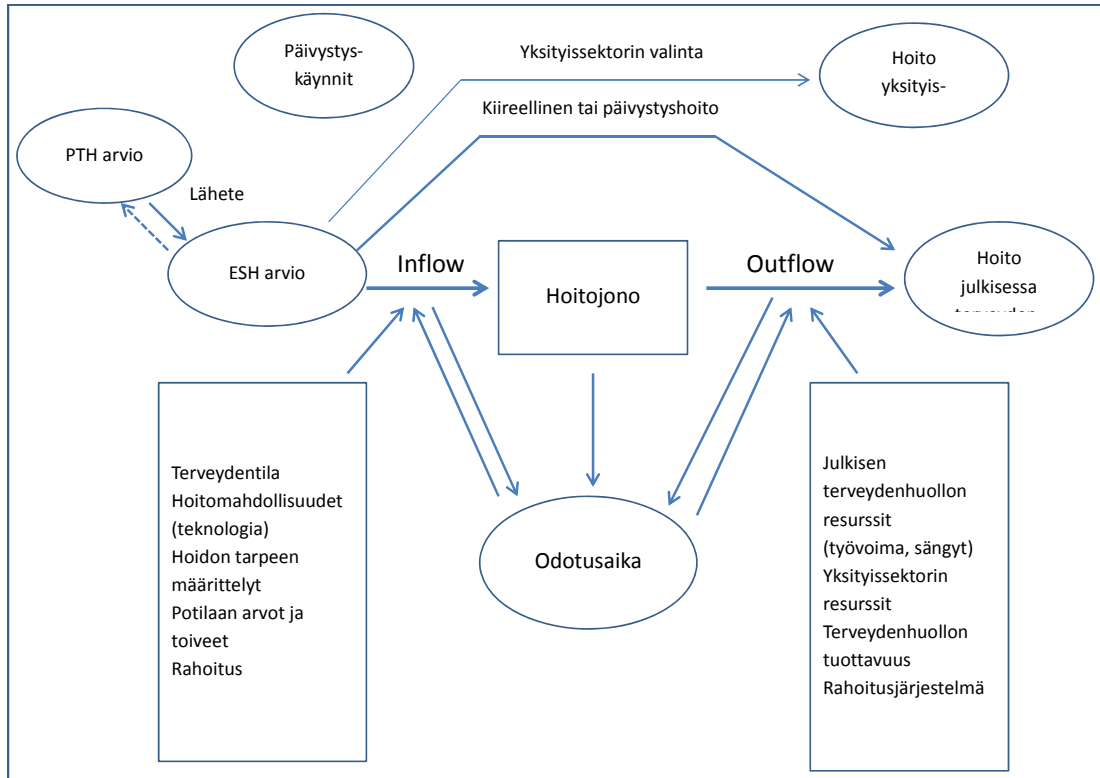
Hoidon saatavuuden huonontumisen ja jonojen muodostumisen syyksi esitetään usein puutteellisia resursseja. Resurssien riittävyyden arviointi suhteessa tarpeeseen on ongelmallista, jos kansalliset ja paikalliset käytännöt ja toimintakulttuurit vaihtelevat. Joka tapauksessa terveydenhuollon palvelujen kysyntä on lisääntynyt ja kysynnässä on alueellisia eroja. Varsin yhtenäinen on käsitys, että viiveet, jonotus ja vaikeutunut hoitoonpääsy vain harvoin johtuvat suoraan tai yksinomaan resurssien riittämättömyydestä, vaikka sitäkin voi esiintyä. OECD-maissa pitkät hoitojonot ja heikentynyt pääsy (elektiivisiin toimenpiteisiin) eivät korreloi siihen, onko lääkäreiden kokonaismäärä asukaslukuun suhteutettuna yli vai alle OECD:n keskiarvon (2). Tietoa siitä, miten tietyn erikoisalalan lääkäreiden (kirurgien) määrä korreloi tarkastelun alaiseen toimenpiteeseen pääsyyn, raportti ei tarjoa.

Hoitojonojen katsotaan syntyvän, kun terveydenhuollon palvelujen **tarve, kysyntä ja tarjonta** ovat epätasapainossa tai eivät kohta. Terveyspalvelujen tarve on terveysongelma, johon voidaan vastata käyttäen niitä terveydenhuollon menetelmiä, joihin yhteiskunnalla on varaa. Palvelujen kysyntä on sitä, mitä väestö ja potilaat ilmaisevat haluavansa. Palvelujen tarjonta on se, mitä palvelujärjestelmä tarjoaa. Jonot syntyvät, kun on olemassa tarve ja kysyntä ilman tarjontaa. (4). Tarve on lääketieteellisesti määriteltävissä oleva käsite toisin kuin kysyntä, jota voi olla myös ilman tarvetta.

Merkittäviä tarvetta lisääviä tekijöitä ovat mm. väestön ikääntyminen ja teknologian kehittymisen tuomat uudet tutkimus- ja hoitomahdollisuudet. Tarpeen arvio perustuu ajanmukaiseen tietoon lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti hyödyllisestä ja vaikuttavasta hoidosta. Tätä tutkimustietoa lääkärit tulkitsevat ajoittain toisistaan poikkeavalla tavalla. Terveydenhuollossa toimivat lääkärit ja hammaslääkärit vaikuttavat toiminnallaan merkittävästi palvelujen kysyntään julkistamalla uusia ja uusimpia hoitomahdollisuuksia ja määrittämällä yksittäisen potilaan hoidon tarpeen.

Terveydenhuollon julkisten palvelujen tarjontaa määrittävät siihen allokoitut resurssit ja kulloinkin vallalla olevat palvelujen järjestämistavat. Kun palvelun kysyntä ylittää sen tarjonnan, palvelua tarvitseva kirjataan jonoon odottamaan sitä. Näiden jonojen olemassaolo ja niiden saama huomio voivat muokata kysyntää ja etenkin tarjontaa ja johtaa osaltaan resurssien osaoptimointiin. Tarjonnan vaje voi olla resurssien määrään tai käyttöön liittyvä. Kysynnän ohjaaminen puolestaan liittyy hoidon prorisointiin, siitä käytävään keskusteluun, ohjaukseen ja tiedolla johtamiseen.

Hoitojonojen muodostumista on kartoitettu eniten elektiivisten toimenpiteiden ja vain vähän perusterveydenhuollon näkökulmasta. Kuvassa 2 on esitetty OECD:n raportissa käytetty hoitojonon malli.



Kuvio 2. Hoitojonon muodostuminen kiireettömään elektiiviseen hoitoon ja siihen vaikuttavat tekijät. PTH = perusterveydenhuolto, ESH = erikoissairaanhoito. (Muokattu ja käännetty suomeksi lähteestä 2)

Potilaat tulevat **erikoissairaanhoidon elektiiviseen hoitojonoon** terveydenhuollon ammattilaisen arvioinnin kautta. Hoidon tarpeellisuuden arviointiin vaikuttavat sekä potilaaseen liittyvät että potilaaseen liittymättömät tekijät. Potilaan aiempi ja yleinen terveydentila sekä hänen omat tietonsa, toiveensa ja arvonsa vaikuttavat hoitoon haakeutumiseen ja muokkaavat tarvetta. Potilaasta riippumatta ajankohtaiset hoitokeinot ja uudet hoitomahdollisuudet muokkaavat hoidon tarpeen arviota.

Diagnosikohtainen hoitoaiheen määrittely perustuu lääketieteelliseen tietoon. Hoitoaiheen määrittelyllä voidaan myös pyrkiä ohjaamaan toimintaa, mitä on tavoiteltu vuodesta 2005 määrittämällä yhtenäiset kiireettömään hoitoonpääsyn kriteerit.

Kysynnän ja tarjonnan vuodenaikaisvaihtelut olisi mahdollista ennakoida nykyistä paremmin: loma-aikana toimintayksiköitä suljetaan ja väki on lomalla, niin myös potilaat. Sairauksiin ei välttämättä loma-aika vaikuta ja koko ajan hoidon piiriin tulee päivystys- ja kiireellisen hoidon tarpeessa olevia potilaita, jotka käyttävät samoja resursseja. Suomalaisessa järjestelmässä myös yksityissektorin vastaanotto rinnastuu lähetekäytännön näkökulmasta perusterveydenhuollon vastaanottoon ja lähetteet ohjautuvat julkisen terveydenhuollon yksikössä samaan hoitojonoon.

Jonottajien määrän vähenemiseen jonoissa vaikuttavat elektiivisen kirurgian esimerkissä leikkaavien sairaaloiden ja kirurgien määrä, käytössä olevat leikkaussalit ja vuodepaikat, hoitohenkilökunnan määrä jne. Jonotilannetta voidaan ajatella parannettavan hankkimalla toimenpiteeseen lisäresursseja ostamalla palveluita tai ulkoistamalla toimintoja yksityissektorille. Suomessa osa terveydenhuoltoa toimii näin jonotilanteesta riippumatta: merkittävä osa suun terveydenhuoltoa, gynekologiset tarkastukset ja kontrollit, silmätautien tarkastukset ja kontrollit sekä työterveyshuolto.

Tällainen **elektiiviseen (kirurgiseen) hoitoon luotu hoitoonpääsyn malli on pohjana monille tehdyille arvioille ja raporteille, mutta sen soveltaminen erityisesti**

perusterveydenhuollossa on ongelmallista. Perusterveydenhuollossa potilasaineisto on seulomatonta, hoitoa arvioidaan myös väestötasolla ja hoito on usein jatkuvaa tai toistuvaa eikä yksittäisen hoitotapahtuman erottaminen mitattavaksi erilliseksi yksiköksi ole tarkoituksenmukaista tai mahdollista. Yleiseen terveydentilaan voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi väestötasolla muun muassa poliittisin päätöksin, mistä esimerkki on liikenneturvallisuuden parantaminen nopeusrajoituksin ja turvavyöpä-kolla.

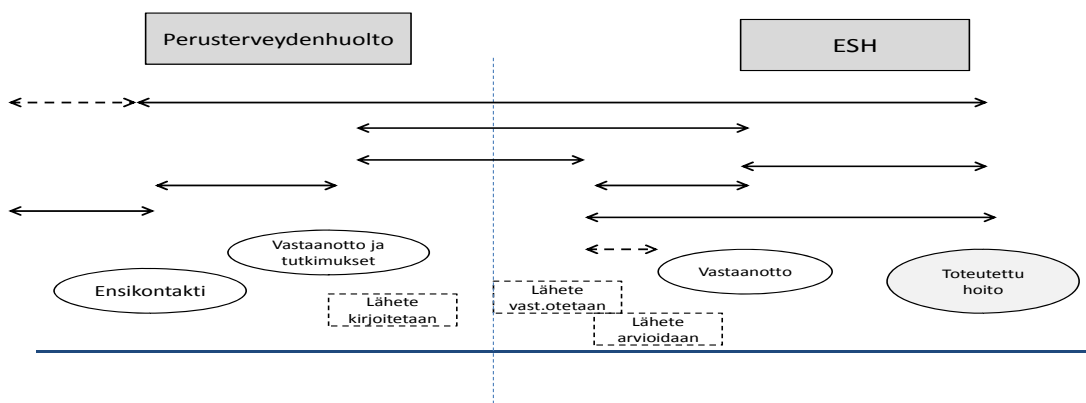
2.3 ODOTUSAIKOJEN MITTAAMINEN

Hoitojonoa ja jonottamista mitataan pääasiassa kolmella tavalla: jonossa olevien potilaiden siellä viettämänä **aikana**, jonossa olevien **potilaiden määränä** tai **hoidettujen** potilaiden todellisena mitattuna odotusaikana. Viimeksi mainittua pidetään havainnollisimpana ja luotettavimpana yksittäisenä tapana mitata hoitopääsyä.

Mitattava jonotus voi olla järjestelmän eri kohdassa; yleislääkärin läheteestä tai erikoissairaanhoidon toteamasta hoidon tarpeesta sen toteuttamiseen (in-patient) tai perusterveydenhuollon läheteestä erikoispoliklinikan arvioon (out-patient) tai näiden yhdistelmä (kuvio 3).

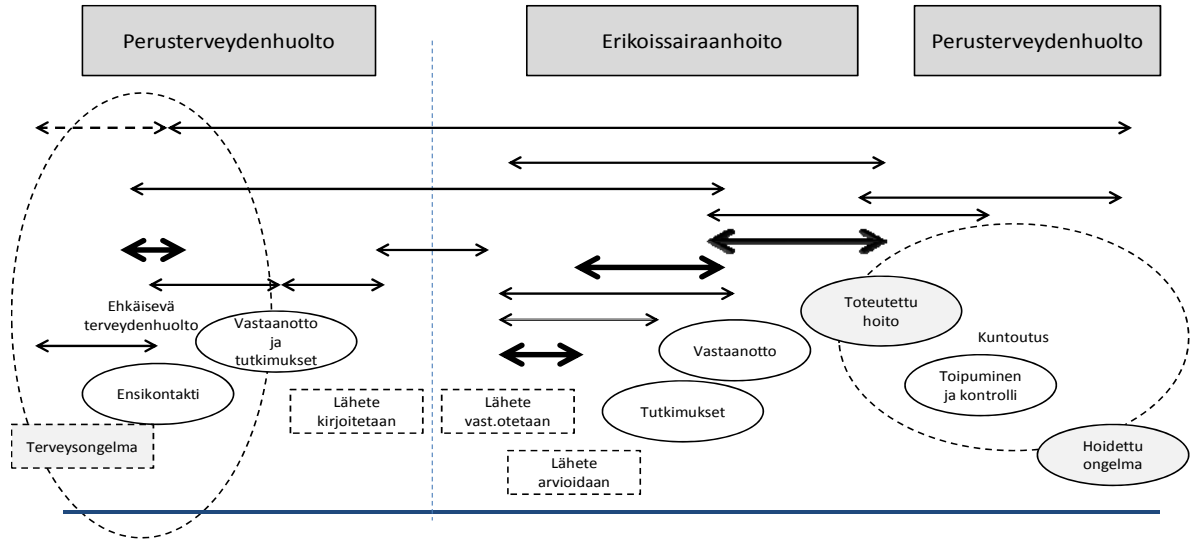
Potilaan kannalta hoidon aikana odottamista ja **jonottamista voi siis olla useassa kohdassa**: yhteyden saaminen perusterveydenhuoltoon, yleislääkärin tai muun ammattilaisen vastaanotolle pääsy, edelleen tutkimuksiin ja hoitoon esimerkiksi fysioterapiaan pääsy, mahdollisen läheteen laatiminen ja läheteen kulku, läheteen käsittely erikoissairaanhoidossa, erikoislääkärin vastaanotolle pääsy, hänen ohjelmoimiinsa tutkimuksiin pääsy ja mahdolliseen tarvittavaan toimenpiteeseen ja edelleen kuntoutukseen pääsy.

Esimerkkejä käytössä olevista mittajaksoista hoitoon pääsyä arvioitaessa



Kuvio 3. Hoitojonojen mittaaminen. Nuolilla kuvataan mitattavaa ja/tai säädeltävää seuranta-jaksoa hoidon aikaisten tapahtumien välillä.

Esimerkkejä mahdollisista mittajaksosta hoitoon pääsyä arvioitaessa



Kuvio 4. Hoitoonpääsyn mittaaminen. Nuolilla kuvataan mitattavaa seurantajaksoa hoidon aikaisten tapahtumien välillä. Paksulla nuolella on merkitty Suomessa tällä hetkellä säädellyt aikajaksot, kolme päivää, kolme viikkoa ja kolme (kuusi) kuukautta.

Odottamista mitataan OECD-raportin mukaan nykyisin useimmiten suhteessa yksittäiseen hoitotoimenpiteeseen; esimerkkinä aiemminkin mainitut kaihi- tai tekonivelleikkaukset. Jonottamista voidaan myös mitata erikoisalakohtaisesti (odotusajat silmätaudeilla tai ortopediassa) tai yleisesti ei-päivystykselliseen hoitoon pääsyinä.

Perusterveydenhuollossa ja kroonisten sairauksien suhteen tilanne muuttuu. **Kokonaisuuden kannalta asetetut rajat ja niiden mittaaminen ovat vain yksittäisiä komponentteja koko aikajaksossa, joka sairauteen liittyy, tai elämässä, jossa sairautta on** (kuvio 4). Myös kustannuksista suuri osa syntyy muualla kuin tällä hetkellä säädeltyjen aikapisteiden välissä.

OECD:n odotusaikojä käsitelleessä raportissa todetaan mittaamisen vaihtelevan maittain ja selkeiden yhteisten määritelmien puuttuvan. Pyrkimys on **siirtyä hoitojonojen pituuden** (jonottajien määrän tai tietyn ajan jonottaneiden määrän) **mittaamisesta potilaan odottaman ajan mittaamiseen ja** erikoissairaanhoidon toimenpidekeskeisestä mittaamisesta **koko hoitoprosessin mittaamiseen** (2). Iso-Britanniassa käytössä oleva määräaika yleislääkärin tai omalääkärin läheteen kirjoittamisen ajankohdasta toteutettuun hoitoon nostettiin raportissa hyväksi esimerkiksi potilaslähtöisemmästä mittaamisesta.

THL pohjaa säädöksiin ja käyttää raportoidessaan tietyn ajan tai tietyn kynnysajan yli jonottaneiden potilaiden määrää tai osuutta, johon myös terveydenhuollon yksiköiden toiminnan lainmukaisuuden valvonta perustuu. Myös tiettyä interventiota odottavien määrät raportoidaan. Näin saadaan väestötason kuva hoitoonpääsyn tilanteesta mittaussajankohtana ja tilanteen muuttumisesta ajan myötä yleisesti ja terveydenhuollon yksiköittäin. Sen sijaan arviota esimerkiksi suunniteltuun toimenpiteeseen

liittyvästä todennäköisestä odotusajasta tietoa hakevan potilaan tai lääkärin on hankala tai mahdoton löytää. Potilaan kannalta merkityksellinen tai kiinnostava tieto olisi häntä itseään koskeva odotusaika.

2.3.1 Lähetekäytäntö

Suomalaisessa järjestelmässä yksityissektorin vastaanotto rinnastuu lähetekäytännön näkökulmasta perusterveydenhuollon vastaanottoon ja läheteet ohjautuvat julkisen terveydenhuollon yksikössä samaan hoitojonoon.

Yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi pitää aloittaa kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Tämä edellyttää vähintään sitä, että lähete on käsitelty ja tarvittavat jatkotoimenpiteet suunniteltu tuossa ajassa hoidon tarpeen arvioinnin aloittamiseksi. Pelkkä ilmoitus lähetteen vastaanottamisesta ei riitä.

Lähetteen perusteella tehdään potilaan tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva yksilöllinen suunnitelma. Potilaan terveydentilan ja hoidon tarpeen selvittämiseksi suunnitelman pitää sisältää tieto, mitä tutkimuksia hänelle tehdään ja milloin hän pääsee tutkimukseen, poliklinikkakäynnille ja hoitoon. Pelkkä tutkimus- ja poliklinikkajonoihin ohjaaminen ei täytä potilaan yksilöllistä hoidon tarpeen arviointia.

Potilasta tulee informoida siitä, että hoidon tarve on arvioitu lähetteen perusteella ja siitä, mihin toimenpiteisiin arvioinnin perusteella on ryhdytty (esim. potilas on asetettu jonoon toimenpidettä odottamaan). Mikäli läheteiden käsittelyaika on yli kolme viikkoa, voidaan arvioida, että hoidon tarpeen arvioinnin aloittaminen ei toteudu lakisääteisessä ajassa. Lähetteen sisältämien tietojen perusteella voidaan myös arvioida hoito tarpeettomaksi. Käytännössä potilas saa niukasti tietoa prosessin kulusta.

2.4 KANSALLINEN LAINSÄÄDÄNTÖ JA MUU OHJAUS

Terveyserojen vähentäminen on ollut Suomessa terveystalouden tavoitteena jo usean vuosikymmenen ajan ja on edelleen keskeinen tavoite hallitusohjelmassa ja kirjattuna mm. Terveys 2015 -ohjelmaan. Tavoitteeseen pyritään kolmen päälinjan kautta: 1) vaikuttamalla yhteiskuntapolitiittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen 2) tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä 3) parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Hoitoonpääsyä turvaava lainsäädäntö, ns. hoitotakuu (855/2004) oli viime vuosikymmenen merkittävin terveydenhuollon uudistus, jonka velvoitteet siirtyivät **terveydenhuoltolakiin (1326/2010)**. Terveydenhuoltolain tavoitteita ovat väestön terveyden ja hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpito, väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertainen saatavuus, laatu ja potilasturvallisuus sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Selvä painotus perusterveydenhuollon vahvistamiseen korostaa yhtäläisiä palveluja. Lain mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Lisäksi kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset asukkaille heidän terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työ-

ikäisille. Laki velvoittaa samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvia kuntia laatimaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 51 §:n mukaan potilaan tulee saada terveyskeskuksen aukoloaikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen; terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaalle hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta, tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu; kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä.

Erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi (52 §) on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai tutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Tarpeellinen hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitetöiden tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat.

Vasaanottoikäynnit yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitetöiden ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelinalueuna. Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvioon tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamista hoito-ohjeista tai toimenpide-ehdotuksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin.

Ammattihenkilöiden edellytetään potilaiden hoidossa noudattavan yleisesti hyväksyttyä hoitokäytäntöä ja toimivan potilaan etujen mukaisesti. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaan ammattihenkilö tekee päätöksensä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Terveydenhuoltolaissa säädetään hoitoonpääsyn toteuttamisesta ja sitä koskevista seurantatiedoista, niiden julkaisemisesta ja yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava **vähintään neljän kuukauden välein** internetissä tiedot kiireettömään hoitoonpääsyn odotusajoista. Tiedot on julkaistava erikseen jokaisesta toimintayksiköstä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on seurattava ja valvottava yhdessä alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa, että yhtenäiset hoidon perusteet toteutuvat alueella. Erikoissairaanhoitolaissa korostetaan myös erikseen, että sairaanhoitopiirien on vastattava siitä, että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai perustein.

THL kerää, käsittelee ja analysoi hoitoonpääsyä koskevaa tietoa ja raportoi sitä. Tiedot ovat kattavasti saatavilla laitoksen verkkosivuilla. Raportti tuotetaan terveydenhuollon toimintayksiköittäin, ja siinä kerrotaan tietyn ajan jonottaneiden keskimääräinen luku ja tietyn ajan jonottaneiden osuus kaikista. Ostopalveluhoitoa tai pal-

velusetelillä hankittua hoitoa odottavat potilaat ovat palvelun ostajan eli sairaanhoitopiirin tai terveyskeskuksen erikoissairaanhoitoyksikön jonotiedoissa aina siihen asti, kunnes potilas on saanut hoidon.

Hoitotakuulainsäädännön vaikutuksia terveydenhuollon kustannuskehitykseen on arvioitu vuonna 2008. Valtiontalouden tarkastusviraston tekemässä tarkastuskertomuksessa (5) todetaan, että hoitotakuun voimassaoloaikana yksityislääkäri- ja sairauspäivärahaikorvaukset jatkoivat kasvuaan. Myös yksityisten lääkäriasemien tutkimus- ja hoitokorvaukset lisääntyivät ja tarkastushavaintojen mukaan tutkimuskorvausten lisääntyminen johtuu osin erilaisista hoitoa koskevista suosituksista. Stakesin tuottamassa raportissa (6) todetaan niin ikään, että kuntien kannettavaksi tulleet menot lisääntyivät hoitotakuun ensimmäisinä voimassaolovuosina tasaantuen myöhemmin. Tuoreempaa arviota hoitotakuun vaikutuksista kustannuksiin ei ole käytössä.

2.4.1 Toimenpide- ja kehittämisohjelmat ja niiden tulokset

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (KASTE) yhtenä tavoitteena on parantaa terveystalouden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja. Vuosina 2009-2011 sen osa oli Toimiva terveyskeskustoimenpideohjelma, jossa kansallisilla toimenpiteillä ja KASTE -ohjelmasta rahoituilla kehittämishankkeilla pyrittiin muun muassa parantamaan hoidon saatavuutta terveyskeskuksissa. Kansallisina toimenpiteinä STM antoi ohjeen välittömästä yhteyden saannista sekä moniammatillista yhteistyötä tukevan asetuksen rajatusta lääkkeenmääräämis-oikeudesta. Ohjeessa (STM/424/2011) välittömän yhteyden saamisesta määritellään, että yhteyden saaminen ei saa kestää viittä minuuttia kauempaa ja suositellaan tavoitteeksi selvästi tätä lyhyempi odotusaika. **Kansallinen SADe -ohjelma** edistää sähköistä asiointia ja sitä vaikuttaa kautta palvelujen kysyntään.

Kansallisen terveystalouden myötä monissa terveyskeskuksissa käynnistettiin työnjaon uudistaminen, kun hoitajia koulutettiin ja itsenäisiä hoitajavastaanottoja perustettiin. Tällä on monissa kunnissa ollut ratkaiseva merkitys vaikutus hoidon saatavuuteen.

Palveluvaaka-sivusto luotiin Kaste-ohjelman osana ja pilottiversio avattiin käyttöön maaliskuussa 2011. Sivuston pitäisi olla kattavasti käytössä vuonna 2015. Ensimmäinen kohderyhmä ovat kansalaiset. Tarkoitus oli tarjota tietoa sosiaali- ja terveyspalveluista sekä niiden toiminnasta siten, että sen avulla voisi vertailla eri toimipaikkoja, tarkastella sosiaali- ja terveysalan tilastotietoja sekä arvioida käytettyjä palveluita. Kansalainen voi siis antaa palautetta, vertailla terveydenhuollon toimipaikkoja muiden käyttäjien antaman palautteen perusteella sekä selailla tilastotietoja. Esimerkiksi odotusaikoja ammattihenkilön vastaanotolle voi arvioida skaala-arviolla. Tavoitteena on myös lisätä palvelujen järjestäjien ja tuottajien mahdollisuuksia kehittää palveluja hyödyntämällä käyttäjien antamaa palautetta ja siten edistää palvelutuottajien omavalvontaa ja benchmarking -toimintaa. Palvelu ei tarjoa ajantasaista tietoa ajanvaraus- tai hoitopääsyn tilanteesta. **SADe-hankkeessa** rakennetaan parhaillaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluhakemistoa, josta parhaimmillaan kehitetään kansalaisia palveleva sivusto.

Hyvä vastaanotto on yksi Kaste-ohjelman hankkeista, Ruotsista, Jönköpingistä kotoutettu työn kehittämisen tapa perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseksi (Bra Mottagning). Se tuli alun perin USA:sta (Open access / advanced access). Hyvä vastaanotto hyödyntää tietoa jonoista ja logistiikasta ja niihin vaikuttamisesta. Suomessa hankkeeseen osallistui helmikuusta 2010 toukokuuhun 2012 yhteensä 60 ter-

veydenhuollon yksikköä. Valtaosa oli terveysasemia ja mukana oli muita yksiköitä avoterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Osallistuvat yksiköt mittasivat oman sen hetkisen kysyntänsä, tarjontansa sekä niiden vaihtelun, asettivat yhteisiä tavoitteita liittyen saatavuuteen sekä toteuttivat konkreettisia kehittämistoimenpiteitä (taulukko 1). Välttämättöminä muutoskohteina saatavuuden parantamiseksi pidettiin ajanvarauskirjojen muuttamista kysyntää ja sen vaihtelua vastaaviksi ja sisäisten rutiinien kriittistä tarkastelua ja muuttamista.

Taulukko 1. Hyvä vastaanotto -hankkeen parannuskohteet ja kuhunkin kohteeseen tarttuneiden terveydenhuollon yksiköiden lukumäärä.

Parannuskohte	Lukumäärä
Työohjelmat ja ajanvarauskirjat (päivän ja viikon rakenne)	16
Puhelinrutiinit ja järjestelmät	14
Sisäiset rutiinit ja pelisäännöt (kokoukset, ajanvarauskirjat)	13
Varasuunnitelmat (koulutukset, lomat, sairauspoissaolot)	7
Osaamisen hyödyntäminen (hoitajien ja fysioterap. itsenäiset vastaanotot)	4
Työhyvinvointi (seuranta- ja kehittämissuunnitelmat)	12
"Repun purku" eli jonojen hävittäminen	5
Rekrytointi	2
Toimistotyön kehittäminen	7
Levittäminen sisäisesti	4
Pitkäaikaissairaiden hoito / vuosikontrollit	3

Hyvä vastaanotto -hankkeen **ensisijainen tavoite oli parantaa hoidon saatavuutta, jota mitattiin T3:lla** (kolmas vapaana oleva kiireetön vastaanottoaika). Osallistuneista terveysasemista 18 paransi saatavuutta merkittävästi joko lääkäreiden kiireettömien vastaanottoaikojen tai puhelinsaatavuuden suhteen (näistä kaksi saavutti ns. edistyksellisen saatavuuden eli odotusaika 1-3 pv). Sen sijaan 16 asemaa ei pystynyt osoittamaan mitattavia tuloksia hoidon saatavuuden suhteen. Hankkeen loppuraportissa arvioitiin, että suurimmassa osassa merkittäviä tuloksia saavuttaneista yksiköistä tulokset ovat myös säilyneet yhden vuoden seurannassa ja hankkeen aikana syntyneet toimintamallit ovat vakiintuneet pysyviksi käytännöiksi.

Hankkeen ulkoisen arvioinnin raportissa (7) todettiin alkuperäisiin tavoitteisiin kuuluneen potilaan omahoidon korostamisen jääneen vähäiselle huomiolle. Kehittämistiimien edustajien haastatteluista ilmeni, että Hyvä vastaanotto -ideologia oli innostava ja Ruotsin esimerkkien kautta myös uskottava. Repun purkaminen (eli jonojen hävittäminen) on edellytys parantamistyön käynnistymiselle. Odotusaikojen lyhentyessä **erillisen hoidontarpeen arvioinnin tarve väheni ja voitiin osassa yksiköitä lopettaa kokonaan**. Hanke on myös osoittanut, että järkevällä toiminnan suunnittelulla voidaan vastata kysyntään lyhyemmällä viiveellä vaikka resursseja ei lisätä. Lyhyet odotusajat vähentävät merkittävästi terveydenhuollon ammattilaisten stressiä ja parantavat potilastyytyväisyyttä.

2.5 TOTEUTUMISEN VALVONTA

Valviralla ja Aluehallintovirastoilla (AVI) on lakisääteinen tehtävä valvoa, että lainsäädännön velvoitteet toteutuvat. Niiden yhdessä laatimassa Kiireettömään hoi-

toon pääsy -valvontaohjelmassa 2012–2014 (8) on määritelty Valviran ja AVI:en työnjako.

Systemaattista valvontaa suoritetaan valvontaohjelman mukaisesti perusterveydenhuollon, mukaan lukien suun terveydenhuolto, osalta 2 kertaa vuodessa ja erikoissairaanhoidon osalta 3 kertaa vuodessa. Erikoissairaanhoidon, mukaan lukien mielenterveyspalvelut, osalta valvonta kuuluu Valviralle, perusterveydenhuollon ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) osalta valvontatoimenpiteistä huolehtivat aluehallintovirastot. Valvonnassa hyödynnetään THL:n raportoimaa tietoa.

Valvira valvoo sitä, miten sairaanhoitopiirit tiedottavat väestölle hoitopääsystä, esimerkiksi jonojen pituudesta ja arvioidusta jonotusajasta. Puuttumistoimenpiteitä ovat: ohjauskirje, selvityspyyntö ja harkinnanvaraiset toimenpiteet. Organisaatiovalvonnassa Valvira voi lisäksi antaa hallinnollista ohjausta (käsityksen ilmaiseminen, huomion kiinnittäminen tai huomautus), antaa määräyksiä toiminnan korjaamisesta määräaikaan mennessä, tehostaa määräyksiä uhkasakolla tai kieltää tai keskeyttää organisaation toiminnan tai osan siitä.

Julkista tietoa hoitopääsyyhin liittyvien kanteluiden, valitusten ja yhteydenottojen kokonaisuudesta, niiden kehittymisestä ja kohdentumisesta hoitotakuun voimassaoloaikana olisi erikseen saatavilla Valvirasta, mutta julkaistua tietoa on niukasti. Samoin puuttuu itse kantelijoita koskeva taustatieto. Suullisen tiedon mukaan yhteydenottoja hoitopääsystä tulee runsaasti. Vuonna 2009 julkaistun selvityksen mukaan hoitotakuuta koskevien kanteluiden määrä oli 10–25 kappaletta vuodessa vuosina 2006–2008 Etelä-Suomen aluehallintovirastossa (9).

Tarkastus- ja valvontaviranomaisten (Valtiotalouden tarkastusvirasto, VATT, ja Valvira) mukaan hoitotakuu on parantanut erikoissairaanhoitoon ja eritoten elektiiviseen leikkaushoitoon pääsyä. Tehostus leikkaustoiminnassa on näkynyt jatkohoitotarpeen lisääntymisenä kotipalveluissa, kotisairaanhoidossa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kuntoutustoiminnassa. Perusterveydenhuollon jatkohoidon kehittämiseen ja toteuttamiseen ei kuitenkaan ole osoitettu riittävästi voimavaroja. Välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen on toiminut monin paikoin puutteellisesti ja lääkärin aikoja on ollut vaikea saada. Työvoiman saatavuuteen ja hoitopääsyyhin liittyviä alueellisia eroja esiintyy niin perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Perusterveydenhuollossa näyttää näidenkin raporttien mukaan vallitsevan suhteellinen resurssipula.

2.6 ONKO JONOISTA MYÖS HYÖTYÄ?

Hoitojonojen voidaan ajatella toimineen myös keinoina säädellä kysyntää ja tarjontaa. Jonotietoja yhdistettynä aiemmin toteutuneeseen toimintaan on perinteisesti käytetty toiminnan suunnitteluun etenkin operatiivisilla aloilla. On myös esitetty, että selkeiden kiireellisten indikaatioiden ulkopuolella välitön hoitopääsy johtaisi joissain tapauksissa potilaan kannalta huonompaan tulokseen. Tämä perustuu pääasiassa tarpeettomien toimenpiteiden välttämiseen ja toimenpiteiden ohjautumiseen lääketieteellisin perustein niistä eniten hyötyville. Taulukkoon 2 on koottu hoitojonojen hyötyjä ja haittoja ei terveydenhuollon toimijoiden näkökulmasta.

Taulukko 2. Jonodynamiikkaan liittyviä ominaisuuksia (muokattu kirjoituksesta 10).

Asianomistaja	Huonoa pitkissä jonoissa	Hyvää pitkissä jonoissa
Potilas	Terveyden mahdollinen heikkeneminen Kärsimys Hinta yksityisleikkauksesta Koettu tarve käyttää yksityislääkärin palveluita Median kautta painottuva asia terveydenhuollossa	Vaivan mahdollinen paraneminen itsestään Aikaa selvittää vaihtoehtoja Aikaa valmistautua leikkaukseen kiireettömässä tapauksessa
Kunta	Poliittinen paine Median paine Kustannusten kasvupaine Heikentyneen terveyden epäsuorat kulut	Vähemmän toimenpiteitä → pienemmät välittömät kulut
Sairaala tai terveyskeskus	Negatiivinen palaute potilailta ja kunnilta ja mediassa Jonon /jonottajien hallinnointi	Vähemmän toimenpiteitä Pienemmät muuttuvat kulut Rajoittaa kysyntää Perusteena lisärahalle
Osasto	Jonon /jonottajien hallinnointi Negatiivinen palaute potilailta ja kunnilta ja mediassa	Rajoittaa ja tasoittaa kysyntää Perusteena lisärahalle
Lääkäri julkisella sektorilla	Terveyden mahdollinen heikkeneminen Eettinen ongelmallisuus Kärsimys	Uskotaan rajoittavan kysyntää Osoittaa työkuorman
Lääkäri yksityisellä sektorilla	Terveyden mahdollinen heikkeneminen	Maine Lisääntynyt palvelujen kysyntä (= lisääntyneet tulot) Yksityisleikkaukset Jonokeskustelu koskee ennen kaikkea julkista terveydenhuoltoa
Valtio	Kustannusten kasvupaine Poliittinen paine, julkisuus Heikentyneen terveyden epäsuorat kulut Yksityissektorin Kela-korvaukset	Keino säädellä kustannuksia

3 HOITOON PÄÄSY JA SEN MÄÄRÄAJAT 2013

Terveydenhuoltolain mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan.

3.1 PERUSTERVEYDENHUOLTO

Perusterveydenhuollon tehtävänä on kansanterveystyö, jolla tarkoitetaan väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveystarkastuksia ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa.

Jo hoitoonpääsyä koskevaa lainsäädäntöä valmistellut työryhmä toi raportissaan esiin huolen siitä, että hoitotakuulainsäädäntö voisi johtaa voimavarojen siirtämiseen terveydenhuollon sisällä esim. elektiiviseen leikkaustoimintaan tai perusterveydenhuollossa sairastuvastaanottoon ennaltaehkäisevän työn kustannuksella (11).

Perusterveydenhuollon lääkäripalveluja käyttävät potilaat ovat usein monisairaita ja hoitosuhteet pitkäaikaisia. Hoitoon hakeutuminen perusterveydenhuollossa eroaa erikoissairaanhoidosta, sillä potilas päättää hoitoon hakeutumisensa tarpeellisuudesta ja ajankohdasta, kun taas erikoissairaanhoitoon potilas lähetetään (kiireetöntä hoitoa varten).

Vaikeutunut kiireettömään hoitoonpääsy johtaa päivystyspalvelujen tarpeettomaan käyttöön. Perusterveydenhuollon palvelujen riittävyttä onkin mahdoton arvioida niillä alueilla, joissa vastaanottoaikoja on vaikea saada. Erityisen ongelmallisia ovat ne tilanteet, joissa hoidon tarve on arvioitu ja tarve todettu, mutta vastaanottoaikaa ei voida antaa joko lääkärin puuttumisen tai ajanvarauslistan täyttymisen tai muun ruuhkautumisen vuoksi.

3.1.1 Mittaaminen ja seuranta

Hoitoonpääsyn mittaaminen perustuu toistaiseksi THL:n **kahdesti vuodessa** terveyskeskusten johtaville lääkäreille tekemään kyselyyn. Tietoja ei poimita järjestelmistä ja seuranta rekisterien avulla kattaa vain osan potilaista. **Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmä (AvoHILMO)** on ollut käytössä vuoden 2011 alusta. Tarkoitus on mahdollistaa aikaisempaa tarkempi ja yksilötasoisempi tiedonkeruu perusterveydenhuollon hoitoonpääsystä. Edellytyksenä on järjestelmän kattava käyttö kaikissa terveyskeskuksissa. Kyselyjä jatketaan kunnes valvonnassa tarvittavat seurantaliedot saadaan kattavasti muulla tavoin, ja vuonna 2014 ne on tarkoitus tuottaa AvoHILMO-tiedonkeruun kautta.

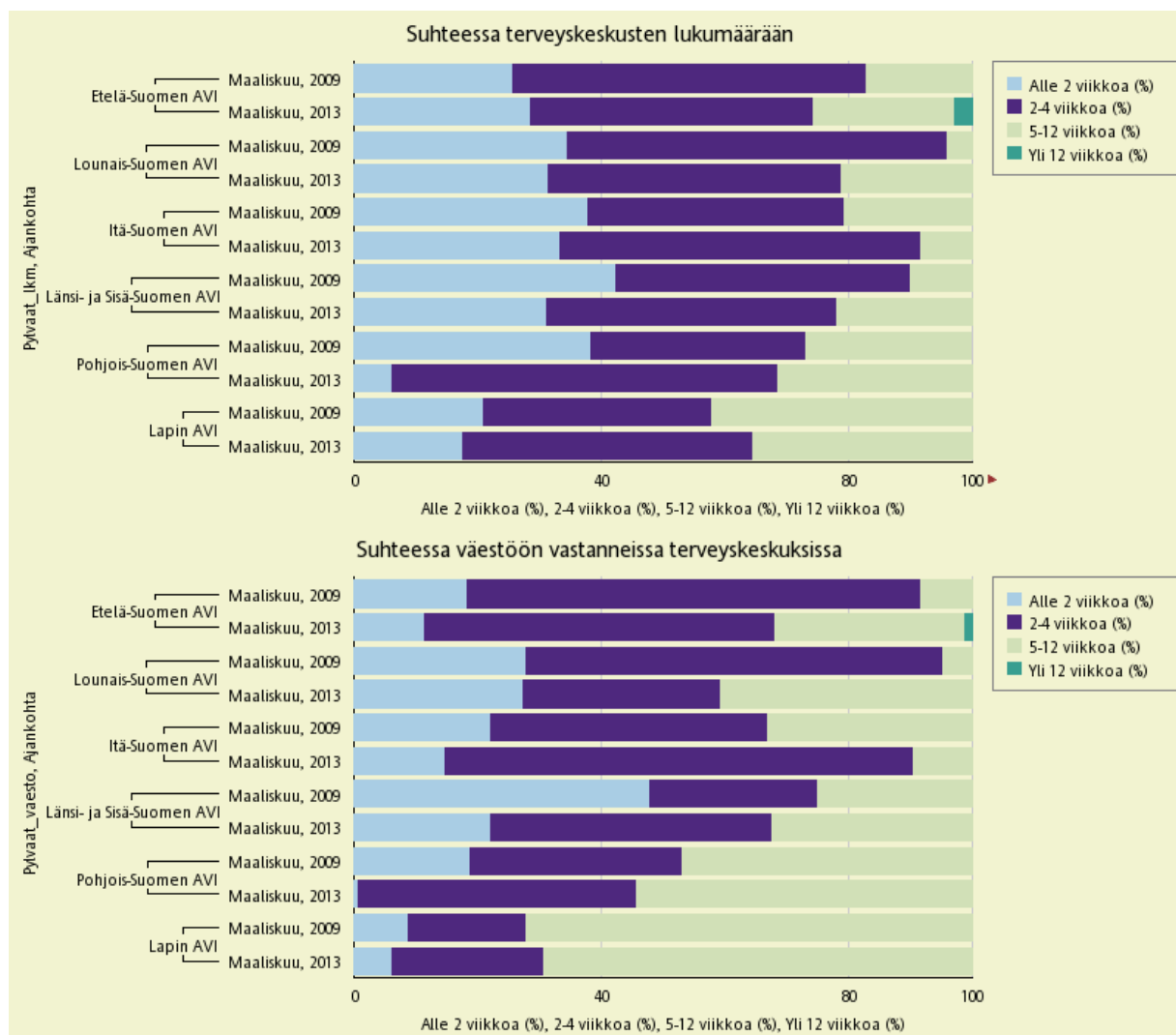
Perusterveydenhuollon toimintayksiköissä kirjataan vastaanottokäyntien tiedot käyntisyyntä mukaan syykoodein (vaihtelevasti ICD-10 tai ICPC-2 -koodein) potilastietojärjestelmiin, muun muassa AvoHILMO:on. Lisäksi SPAT-koodeilla (SPAT = Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus) kuvataan potilaan tutkimiseksi tai hoitamiseksi tehdyt toiminnot. Näiden n. 350 SPAT koodin käyttötapaa ja ohjeistukset vaihtelevat kunnittain eikä niiden pohjalta vielä saada vertailukelpoista tietoa. Koodistoa uudistetaan ja kehitetään parhaillaan.

Perusterveydenhuollon hoitopääsyn AvoHILMO -seurannan piiriin kuuluvat tällä hetkellä kiireettömän sairaanhoidon ensikäynnit: noin 10 % käynneistä. Toistaiseksi hoitopääsyn seurantaan **eivät siten kuulu kroonisten (pitkäaikaisten) sairauksien seuranta ja kontrollikäynnit, terveystarkastukset ja todistuskäynnit** eikä kiireellinen hoito tai päivystystoiminta.

Potilastietojärjestelmien tai AvoHILMO:n avulla ei voida seurata välittömän yhteydensaannin toteutumista. Ohjeen mukaan kunnan ja kuntayhtymän onkin seurattava säännöllisesti (kuukausittain) välittömän yhteydensaannin toteutumista terveyskeskukseen joko puhelinoperaattoreiden tuottamien tietojen tai otannan perusteella ja käytettävä tätä seurantatietoa puhelinpalveluiden kehittämiseen.

3.1.2 Trendit perusterveydenhuollon hoitopääsystä 2009-2013

THL:n terveyskeskusten johtaville lääkäreille **puolivuosittelemän kyselyn** mukaan avosairanhoidon vastaanottopalveluiden saatavuus ja myös yhteyden saaminen puhelimitse ovat edelleen suomalaisten terveyskeskusten kriittisiä kysymyksiä. Maaliskuussa 2009 ja maaliskuussa 2013 tehtyjen kyselyjen (vastanneita 90 % ja 95 %) mukaiset odotusaikojen muutokset esitetään kuvassa 5. Pitkien odotusaikojen osuudet ovat kasvaneet ja vastaavasti alle 2 viikon odotusaikojen osuudet selvästi vähentyneet mittausjakson aikana.



Kuvio 5. Hoitopääsyn tilanne terveyskeskuksissa; odotusajat lääkärin vastaanotolle maaliskuussa 2009 ja 2013. Kuva on THL:n web-sivuilta 2013 elokuussa, josta on saatavilla vastaava tieto 21 sairaanhoitopiiriin mukaan.

Vuoden 2013 maaliskuussa 34 % väestöstä asui alueella, jossa lääkärille pääsyä joutui kyselyvastausten mukaan odottamaan vähintään viisi viikkoa. Tilanne on heikentynyt edellisiin mittauksiin verrattuna; vuonna 2011 vastaava osuus oli 20 %.

Väestöstä 18 % asui alueella, jossa oli päivittäin tilanne, että vastaanottoaika lääkärille ei tarpeesta huolimatta ollut antaa.

Välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen toteutui sen sijaan kyselyn mukaan aikaisempaa paremmin. Soittopyyntö- ja takaisinsoittojärjestelmän piirissä on 84 % väestöstä ja yhä useammalla terveyskeskuksella on käytössään myös operaattoriseura. Väestöstä lähes 80 prosenttia asui sellaisella alueella, jolla välitön yhteydenaanti terveyskeskuksiin oman arvion mukaan onnistui ongelmitta ja vain viisi terveyskeskusta ilmoitti jatkuvista välittömän yhteydenaannin ongelmista. Näiden terveyskeskusten alueilla asui prosentti väestöstä.

Noin 70 prosentilla terveyskeskuksista oli käytössä soittopyyntö- ja takaisinsoittojärjestelmä. Soittopyyntöihin vastattiin keskimäärin puolen tunnin kuluessa asiakkaan yhteydenotosta. Keväällä 2013 terveyskeskuksista 51 prosenttia seurasi puheluihin

vastaamisaikaa operaattoriseurannan avulla ja 47 prosenttia aikoi hankkia seurantajärjestelmän vuoden 2013 aikana.

Opiskelijoiden perusterveydenhuolto tuottava YTHS on kuulunut valvonnan piiriin vuodesta 2011 ja julkistaa verkkosivuillaan hoitoonpääsytietoja. YTHS on yksityinen palvelutuottaja, jonka toiminta on pääosin julkisrahoitteista ja se noudattaa hoitotakuulainsäädännön mukaisia hoitoonpääsyn määräaikoja. YTHS ilmoittaa määrittelevänsä hoitoonpääsyn kiireellisyyttä yksilöllisen hoidontarpeen mukaan ottaen huomioon sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Hoidontarpeen arviointi (3 päivää) toteutuu hoitotakuun mukaisesti kaikissa YTHS:n terveystalvetyksyksiköissä ja hoitoonpääsy (3 kuukautta) toteutuu hoitotakuun määräajoissa kaikissa terveystalvetyksyksiköissä sekä yleislääkärivastaanoton että mielenterveystalvetyksyksiköiden osalta.

3.1.3 Kansalais- ja asiakastyytyväisyyskyselyt

Kuntaliitto toteutti vuonna 2012 asiakastyytyväisyyskyselyn suurten kaupunkien (Helsinki, Espoo, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Turku ja Vantaa) avosairaanhoidon vastaanotoilla. Kyselylomake jaettiin terveystalvetykskeskuksessa tai terveystalvetyksasemalla käynnin yhteydessä. Siinä kartoitettiin viisiportaisen arvion (1-5, 1 = erittäin huono ja 5 = erinomainen) avulla tyytyväisyyttä seuraaviin: yhteydenotto terveystalvetyksasemalle, ilmoittautuminen terveystalvetyksasemalle, lääkärin vastaanotto, terveydenhoitajan vastaanotto ja muu vastaanotto tai tutkimus. Kyselyyn vastaajia oli yhteensä 8602.

Hoitoonpääsyä ajatellen tyytymättömyyttä aiheutti erityisesti puhelinyhteyden saaminen terveystalvetyksasemalle. Odotusaika oli myös yleinen moitteen aihe ja etenkin lääkärin vastaanotolle ja muulle vastaanotolle odotusaika koettiin liian pitkäksi. Kokonaisindeksillä mitattuna potilastyytyväisyys oli keskiarvoon nähden hieman paremmalla tasolla Espoossa, Helsingissä, Jyväskylässä ja Kuopiossa. Terveystalvetykskeskusten asiakkaiden tyytyväisyys oli noussut edellisestä eli vuoden 2010 kyselystä kaikilla muilla kaupungeilla paitsi Oululla.

Lääkäriliitto selvitti huhtikuussa 2012 kansalaisten käsityksiä hoitoonpääsyn toteutumisesta. Tuloksia ei ole julkaistu, mutta muutakaan kattavaa kansalaiskyselyä hoitoonpääsyyn liittyen ei ole julkaistu. Tutkimuksen toteutti TNS Gallup puhelinhaastatteluna viikoilla 17–18. Tutkimuksessa haasteltiin yhteensä 1004 kansalaista eri ikäryhmistä, yhteiskuntaluokista ja eri puolilta maata. Haastateltavat ovat edustava otos koko väestöstä.

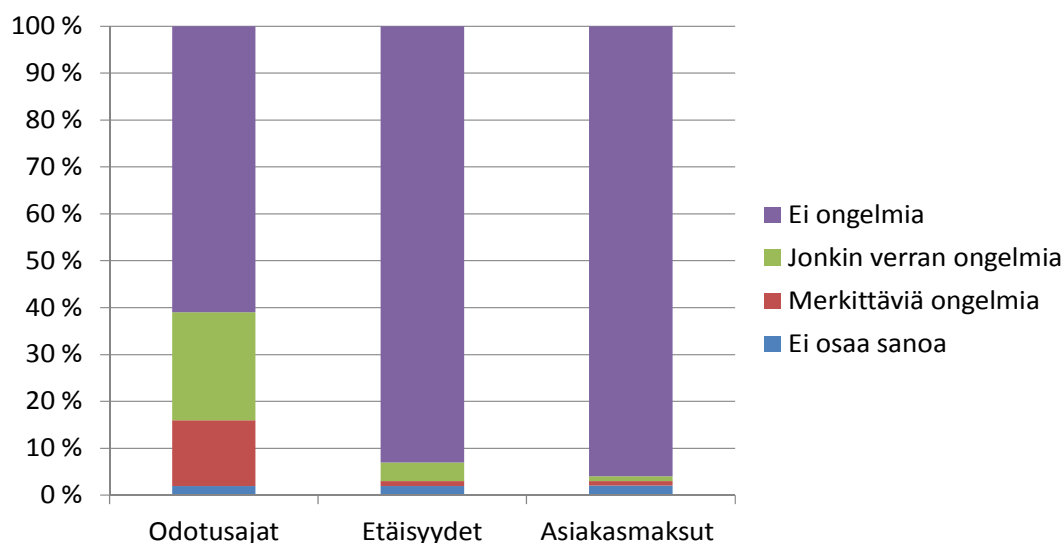
Vastanneista kaikkiaan 60 % oli käyttänyt terveystalvetykskeskuksen palveluita edeltävän vuoden aikana, keskimääräistä väestöä useammin eläkeläiset, joista 83 % oli asioinut terveystalvetykskeskuksissa. Työterveystalvetyksshuollossa oli asioinut 38 % ja yksityisellä sektorilla 41 % vastanneista.

Kyselyn mukaan terveystalvetykskeskukseen lääkärin ajanvarausvastaanotolle hoitoonpääsyn ongelmat ovat nimenomaan pitkät odotusajat, eivät niinkään korkeat asiakasmaksut tai pitkät etäisyydet (Kuvio 6). Terveystalvetykskeskuksen palveluita käyttäneistä 37 % oli sitä mieltä, että terveystalvetykskeskuslääkärin ajanvarausvastaanotolle on ongelmia hoitoonpääsyssä pitkien odotusaikojen vuoksi. Suuret asiakasmaksut olivat ongelma 2:lle % vastaajista ja pitkät etäisyydet 5:lle % vastaajista (8:lle % maaseudulla). Terveystalvetykskeskuslääkärin ajanvarausvastaanoton pitkät jonot olivat hieman pienempi ongelma maaseudulla (32 %).

Kysely ei määritellyt odotusajan käsitettä eikä eriteltyt esim. terveystalvetykskeskukseen yhteyden saantia, vastaanottoajan saamista tai varatulle ajalle ajoissa pääsyä. Voi olla,

että etäisyys on harvoin ongelma niin kauan, kuin on käytettävä oman kunnan terveyskeskusta. Yli kolmannes terveyskeskuksen palveluita käyttäneistä koki odotusajat pitkiksi. Osuus on sama kuin THL:n keväällä 2013 raportoima osuus terveyskeskuksista, joissa vastaanottoaika joutuu odottamaan viisi viikkoa tai yli. Toisaalta välitön yhteydensaanti toteutuu terveyskeskusten johtavien lääkäreiden vastausten perusteella huomattavasti paremmin.

Omaehtainen kokemus ongelmista hoitoon pääsyssä terveyskeskukseen. Suomen Lääkäriliiton kysely, n=1004.



Kuva 6. Lääkäriliiton kyselytutkimus terveyskeskukseen pääsyn ongelmista 2012 (julkaisematon).

3.1.4 Muut raportit

Suomen Lääkäriliiton tilastojen mukaan vuoden 2013 alkaessa terveyskeskuksissa oli yhteensä 3785,5 lääkärin virkaa tai tointa. Näistä kokonaan täyttämättä oli 238,0 eli 6,3 %. Ostopalveluin oli hoidettu 206,5 lääkärin tehtävät ja ulkoistettuna oli 241,0 virkaa tai tointa. Yhteensä siis 18.1 % kaikista vakinaisista viroista tai toimista oli vailla vakinaista haltijaa.

Suomen Lääkärilehdessä julkaistussa tutkimuksessa (12) yhdistettiin Suomen Lääkäriliiton terveyskeskusten lääkäritilannetta ja THL:n hoitotakuun toteutumista loka-kuussa 2009 koskevien kyselyiden tiedot. Hoitoonpääsyä kuvaamaan yhdistettiin odotusaikojen pituutta ja vastaanottoaikojen loppumista kuvaavat muuttujat. Selvityksen mukaan hoitoonpääsyn ongelmia esiintyi eniten terveyskeskuksissa, jotka kärsivät lääkärivajesta. Niistä terveyskeskuksista, joissa oli suurempi kuin 20 % lääkärivaje joka viidennessä oli päivittäin tilanne, jolloin todetusta hoidon tarpeesta huolimatta vastaanottoaika ei ollut antaa. Vain joka kymmenennessä aika pystyttiin antamaan aina kun tarve todettiin. Täyden miehityksen yksiköissä tilanne tuli vastaan kuukausittain tai harvemmin kolmasosassa yksiköistä, eikä lainkaan joka toisessa yksikössä. Niistä terveyskeskuksista, joissa oli ongelmia lääkäriin pääsyssä, oli kolmessa neljäs-

osassa myös ongelmia välittömän yhteyden saamisessa terveyskeskukseen. Jos oli vaikea päästä lääkäriin, oli useammin pitkä odotusaika myös hoitajan vastaanotolle. Terveyskeskuksen suuri koko ei näytä turvaavan hyvää hoitopääsyä. Pienissä terveyskeskuksissa, joissa oli hyvä lääkäriyövoima, välitön yhteydensaanti ja vastaanotolle pääsy toteutuivat paremmin kuin suurissa terveyskeskuksissa.

3.2 SUUN TERVEYDENHUOLTO

Suun terveydenhuollossa hoidon tarpeen arvio tulee toteuttaa kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Arvion täsmentää hammaslääkäri yleensä ensimmäisen käynnin yhteydessä. Jos potilaan todetaan tarvitsevan paljon hoitoa, on laadittava potilaan kanssa yhteisymmärryksessä suunnitelma, johon kirjataan hoidon järjestäminen ja sen toteuttamisaikataulu. Jos toteuttaminen jaksotetaan pitempiin aikaväleihin, on sille oltava hammaslääketieteelliset perusteet ja sen on oltava turvallista potilaan suun terveyden kannalta. Hoidon kokonaisuudesta ja jaksotuksesta päättää hoitava hammaslääkäri tai hänen ohjeidensa mukaan muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitojonoon asettamisen kriteerit ja käytännöt vaihtelevat ja erilaiset kutsujärjestelmät asettavat potilaat eriarvoiseen asemaan hoitopääsystä.

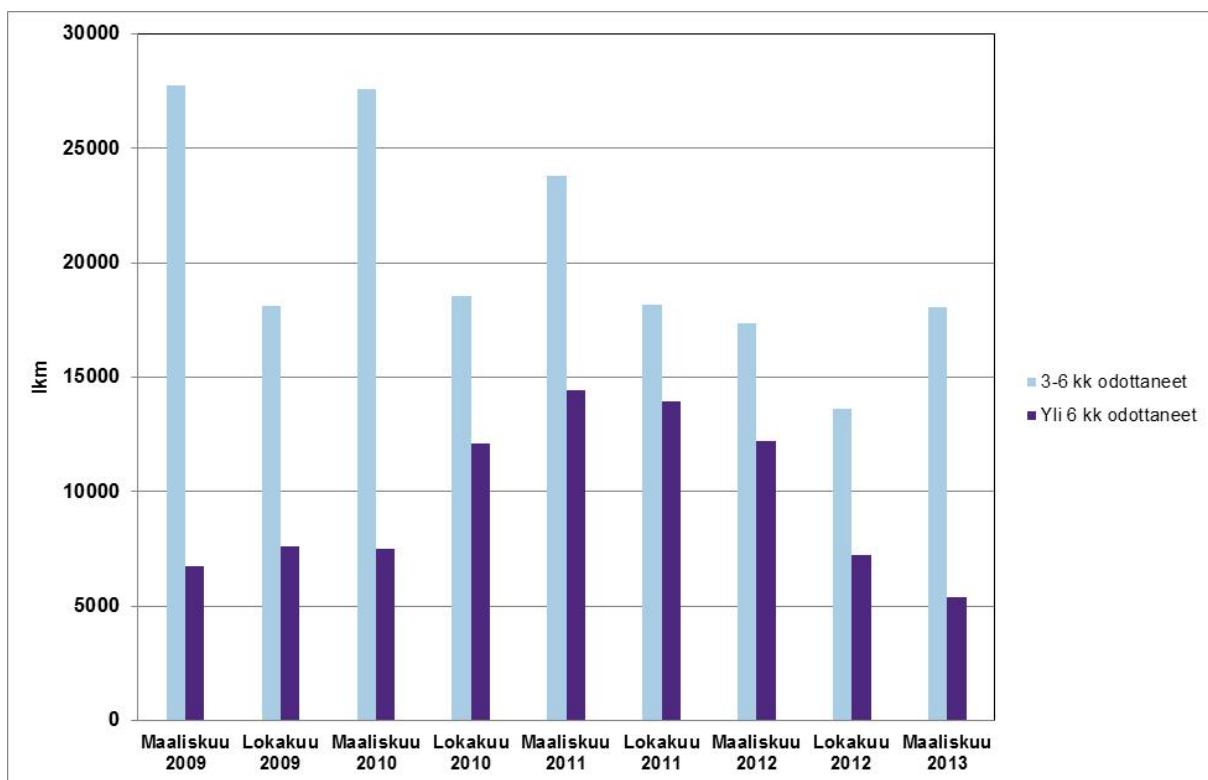
Terveydenhuoltolain (1326/2010 § 51) mukaan hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä **hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito** tulee järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa enintään kolmella kuukaudella, jos perusteluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä.

Suun terveydenhuollon toimintayksiköt kirjaavat yhteydenotot, hoidon tarpeen arvion ja ensikäynnit. Ensimmäinen, kiireellisin hoito toteutetaan määräaikana ja kiireettömämmät hoidot jaksotetusti määräaikaisten ulkopuolella. Toimintayksiköillä on lakisääteinen velvoite julkaista tietoja hoitopääsystä vähintään neljän kuukauden välein. THL seuraa hoitopääsyä keräämällä tiedot kahdesti vuodessa suun terveydenhuollon vastaaville hammaslääkäreille suunnatulla kyselyllä. Jaksotettu hoito ei ole mukana THL:n hoitopääsystä seurannassa.

THL:n kevään 2013 kyselyssä ylihammaslääkäreille tai vastaaville hammaslääkäreille vastaus saatiin 147 terveyskeskuksesta 150:stä. Vastaukset kattavat 98 % väestöstä. Välittömän yhteyden saaminen terveyskeskusten suun terveydenhuoltoon heikkeni kevään 2013 aikana (kuvio 6), mutta 77 %:iin sai välittömän yhteyden. Väestöstä 43 prosenttia asui alueella, joilla oli ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia välittömässä yhteydensaannissa. Syksyllä 2012 väestöstä alle neljännes oli sellaisen terveyskeskuksen alueella, jolla raportoitiin yhteydensaannin vaikeuksista.

Keväällä 2013 väestöstä 61 % asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa suun terveydenhuollossa on ollut käytössä soittopyyntö- ja takaisinsoittojärjestelmä. Vastaajista 67 % ilmoitti määriä: 91 %:in soitetuista puheluista vastattiin joko äänitteellä tai henkilökohtaisesti. Yhä useammalla hammashoitolalla oli käytössään myös ope-
raattoriseuranta, ja puheluun vastattiin keskimäärin kahdessa minuutissa.

Hoidon tarpeen arvio toteutui keväällä 2013 kyselyn mukaan kaikkialla lähes poikkeuksetta. Sen sijaan **yli 3 kuukautta odottaneiden määrä lisääntyi** edellisestä kyselystä **samalla kun yli 6 kuukautta odottaneiden määrä väheni** (kuvio 7).



Kuvio 7. Yli 3 kk ja yli 6 kk suun terveydenhuollossa odottaneiden lukumäärät v 2009–2013 (Lähde THL).

Noin neljännes (24 %) terveyskeskuksista julkaisi hoitopääsytiedot suun terveydenhuollosta harvemmin kuin terveydenhuoltolaki edellyttää tai ei julkaissut tietoja ollenkaan.

Kevään 2013 hoitopääsytyskyselyn mukaan välitön yhteydenosaanti ja hoidon tarpeen arviointi toteutuivat **YTHS:n suun terveydenhuollossa** lain edellyttämässä määräaajoissa: puheluihin vastattiin alle minuutissa ja kaikissa toimipisteissä hammaslääkärin vastaanotolle pääsi kolmessa kuukaudessa. Suurimmassa osassa YTHS:n toimipisteitä suuhygienistin vastaanotolle pääsyä odotettiin 22–90 päivää.

3.3 MIELENTERVEYSPALVELUT JA PÄIHDEHUOLTO

Mielenterveyspalvelut. Sekä sairaanhoitopiirien että kuntien (terveyskeskuksen) järjestämät erikoislääkärijohtoiset mielenterveyspalvelut ovat erikoissairaanhoitoa, kun taas esim. yksittäiset mielenterveyshoitajan vastaanotot ja muut yleislääkärijohtoiset mielenterveyspalvelut kuuluvat perusterveydenhuollon toimintaan.

THL:n tuoreimman raportin (30.4.2013) mukaan psykiatrinen hoito erikoissairaanhoitossa toteutuu lähes hoitotakuun mukaisissa määräaajoissa. Perusterveydenhuollon tilanteesta ei ole yksikkökohtaista tietoa saatavilla.

THL:n tilastoraportissa ”Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011” **mielenterveyspalveluja on määritelty seuraavasti:** ”Erikoissairaanhoiton mielenterveyspalveluita ovat erikoissairaanhoiton avohoito sekä sairaalahoito. Perusterveydenhuollon yhteydessä annetut erikoissairaanhoiton palvelut (erikoislääkärijohtoiset terveyskeskuspä-

velut) sisältyvät tähän. Lisäksi terveyskeskuksissa on terveydenhuollon mielenterveyspalveluita tarjoavia mielenterveysyksiköitä ja -vastaanottoja, jotka ovat osa perusterveydenhuoltoa ja siten niiden tietoa ilmoitetaan perusterveydenhuollon toimintaluokien yhteydessä”. Toisin sanoen sekä sairaanhoitopiirien että kuntien (terveyskeskuksen) järjestämät erikoislääkärijohtoiset palvelut ovat erikoissairaanhoitoa, kun taas esim. yksittäiset mielenterveyshoitajan vastaanotot ja muut yleislääkärijohtoiset mielenterveyspalvelut kuuluvat perusterveydenhuollon toimintaan.

Kasvatus- ja perheneuvonta. Sosiaalihuoltolain 19 §:ssä säänneltävän kasvatus- ja perheneuvonnan tavoitteena on luoda edellytykset lasten turvallisille kasvuoloille, lisätä perheiden ja perheenjäsenten toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia sekä poistaa niitä haittaavia esteitä. Perheneuvolat ovat luonteeltaan moniammatillisia. Niissä työskentelee muun muassa psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, lääkäreitä, puheterapeutteja, perheneuvojia ja perheterapeutteja.

Perheneuvoloiden toiminta on hallinnollisesti sosiaalihuollon toimintaa, mutta voi nykyisin olla yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen toimintaa. Terveystoimen ammattihenkilöt tekevät työryhmissä terveydenhuollon tehtäviä, mutta perheneuvoloiden terveydenhuollon henkilöstön määrä ja ammattirakenne vaihtelevat. Perheneuvoloissa toimii erikoissairaanhoidon työntekijöitä kuten lastenpsykiatreja. Tavanomaisessa mielessä erikoislääkärijohtoista erikoissairaanhoidon toimintaa tämä ei kuitenkaan ole, vaan terveydenhuollon työntekijät ovat ehkä enemmän konsultatiivisessakin roolissa ja osana työryhmää. Kunnat eivät katso toiminnan kuuluvan hoitotakuun piiriin, koska toiminta on lähtökohtaisesti sosiaalihuoltoa, kasvatus- ja perheneuvontaa.

Lastensuojelun tilanne on saanut runsaasti julkisuutta yksittäisten tapausten ja sen myötä otsikoihin nostetun ankaran työvoimapulan, odotusten, säädösten ja viiveiden ristipaineista.

Päihdepalvelut. Päihdepalveluja on saatavana **sosiaalihuollon yleisinä palveluina** (maksusitoumuspäätökset sosiaalihuollon järjestämiin päihdehuollon erityispalveluihin, neuvonta ja ohjaus eri päihdehuollon palveluihin, kotipalvelut, auttaminen toimeentuloon ja asumiseen liittyvissä ongelmissa) ja terveydenhuollon **yleisinä palveluina** (katkaisuhoido, vieroitushoito, päihteiden aiheuttamien sairauksien hoito ja opioidiriippuvuuden korvaushoito, huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteet).

Lisäksi on **päihdehuollon erityispalveluita** (katkaisuhoido, vieroitushoito, kuntoutus laitoshoidona, avohoito A-klinikoilla, nuorisotasemilla yms., opioidiriippuvuuden korvaushoito ja ensisuoja, asumispalvelut) sekä **erikoissairaanhoitoa** (kiireellinen hoito, päihteisiin liittyvät häiriöt hoitopaikasta kriteerien mukaisesti).

Päihdehuollon erityispalvelut ovat yleensä hallinnollisesti sosiaalitoimessa, mutta voivat yhtä hyvin olla yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen tai terveystoimen toimintaa. Yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa terveydenhuollon yleiset palvelut ja päihdehuollon erityispalvelut lasketaan kuitenkin perusterveydenhuoltoon. Kunnat katsovat, että päihdehoito ei kuulu hoitotakuun piiriin, lukuun ottamatta opioidiriippuvuuden korvaushoitoa, jota koskevassa asetuksessa on erikseen mainittu, että noudatetaan kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoitolakia (eli nykyään terveydenhuoltolakia).

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportissa ehdotettiin, että sosiaalihuollossa toteutettu terveydenhuolto tulisi järjestää terveydenhuoltolain perusteella eli hoitotakuun tulisi koskea sosiaalihuollossa sijaitsevia terveydenhuollon palveluita (STM raportteja ja muistioita 2012:21):

”Päihdehoito on sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa, se voi olla hallinnollisesti organisoitu jompaankumpaan tai molempiin; sisältö voi silti olla sama. Luonteva tapa määrittellä milloin palvelu järjestetään terveydenhuoltolain ja milloin sosiaali-

huollon lainsäädännön perusteella, on palvelun peruste, onko kysymys terveyden- tai sairaanhoidosta vai sosiaalisten ongelmien hoitamisesta.”

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan on kirjattu sama kanta (STM julkaisu 2012:24): ”Hoitotakuu koskee muitakin päihdeongelmaisia kuin opioidiriippuvaisia. Terveydenhuoltolain hoitoonpääsyä koskevia säännöksiä noudatetaan silloin, kun päihteiden ongelmakäyttäjää saa päihdeongelmaansa lääketieteellisin perustein tutkimus-, hoito- tai kuntoutuspalveluja. Kun kysymys on sosiaalisten ongelmien hoitamisesta, noudatetaan sosiaalihuoltolakia tai sosiaalihuollon erityislakeja. THL kerää hoitoonpääsyä koskevan tiedon myös päihdehuollon palveluissa toteutetuista terveydenhuoltopalveluista.”

3.4 SOMAATTINEN ERIKOISSAIRAANHOITO

Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsytietojen keräämisen tavoitteiksi on määritelty erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn toteutumisen seuranta ja valvonta, **tiedon tuottaminen potilaalle kiireettömän hoitopaikan valinnan helpottamiseksi**, hoitoonpääsy tiedon tuottaminen tutkimusta ja päätöksentekoa varten, terveydenhuoltojärjestelmän suoriutumiskyvyn yhtenä mittarina (laatuindikaattorina) toimiminen sekä kansallisten ja kansainvälisten tilastojen tuottaminen.

Erikoissairaanhoitoon pääsy edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin lähetettä. Toimintayksiköt kirjaavat tiedon **lähetteen saapumispäivästä** ja **käsittelypäivästä** (Kuva 3). Käsittelypäivänä lähete hyväksytään tai hylätään. Hylkäämisen perusteet vaihtelevat erikoisaloittain. Hyväksymisen yhteydessä voidaan tehdä hoidon tarpeen arvio jo suoraan, jolloin kirjaamisen kannalta käsittelypäivä on sama kuin jonoon asettamispäivä.

Erikoissairaanhoidossa **kroonisten sairauksien seuranta ja kontrollikäynnit** sekä kiireellinen hoito tai päivystyskäynnit **eivät kuulu** THL:n erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn tiedonkeruun ja seurannan piiriin. Jos potilas tulee kroonisen sairauden takia uudella läheteellä sairaalaan, niin se kuuluu seurannan piiriin. Erikoissairaanhoidon hoitajaksoista suurin osa aiheutuu kiireellisestä tai päivystyksellisestä hoidontarpeesta; esim. HUS:in medisiinisessä tulosyksikössä 80 % hoitajaksoista.

Julkisen erikoissairaanhoidon palveluntuottajat kirjaavat hoitotapahtumia koskevat tiedot **sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO)**. HILMO käsittää myös yksityissektorin laitoshoidon ja päiväkirurgian. THL kerää hoitoonpääsyn tiedot **kolmesti vuodessa** suoraan palveluntuottajien tietojärjestelmistä erillisten poimintaohjelmien avulla. Tiedonkeruun haasteena on, kuinka oikein ja systemaattisesti hoitoonpääsyyn liittyvät tiedot järjestelmiin on kirjattu. Esimerkiksi tieto yhtenäisten hoidon perusteiden soveltamisesta on ollut pakollinen tieto hoitoilmoituksessa vuodesta 2009 lähtien, mutta on toistaiseksi merkitty järjestelmiin vaillinaisesti. Vuoden 2012 hoitoilmoitusohjeistuksessa luokitusta on tarkennettu aiemmasta. THL kehittää erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn tiedonkeruuta HILMO-pohjaiseksi. (13)

4 POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen ja järjestämislain valmistelu on käynnissä. Nykyinen jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon hoitoon tullee muuttumaan. Järjestämisessä työnjako, järkevä toimintojen keskittäminen ja yhteistyön kehittäminen ovat ensisijaisia kysymyksiä, monikanavaisesta rahoituksesta ja hajautetusta päätöksenteosta puhumattakaan. **Potilaan ja asiakkaan asema ja merkitys järjestelmässä tulee joka tapauksessa kasvamaan** kun tavoitellaan aidosti asiakaskeskeistä järjestelmää, joka takaa riittävät lähipalvelut. Muiden terveydenhuollon ammattilaisten itsenäistä vastuuta ollaan lisäämässä ja siirtymässä laitos- ja lääkärikeskeisyydestä yksilöllisesti räätälöityviin toimintoihin (esim. ohjaus ja neuvonta).

Kun hoitoon pääsyn määräajoista säädettiin osana kansallista terveysprojektia, työn lähtökohdista oli erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin pääsy, joka oli puutteellista ja jossa vaihtelu eri alueiden välillä oli suurta. Perusterveydenhuollon yksiköissä hoitoon pääsy on heikentynyt vasta myöhemmin ja tilanne on muuttunut. Yhteydensaannista terveydenhuollon yksikköön, hoidon tarpeen arvioinnista ja ensikäynneistä (erikoissairaanhoidon) on nyt säädetty ja niitä mitataan ja valvotaan, mutta hoitoonpääsy hoitoketjun alkupäässä on vaikeaa, ja eritoten pääsy lääkärin vastaanotolle terveyskeskukseen vaikuttaa nykyisellään kohtuuttoman vaikealta. Yleinen palaute kansalaisilta on, että ollaan suhteellisen tyytyväisiä terveyskeskuksesta saataviin palveluihin, jos lääkärille pääsee, mutta liian tiukka portinvartiointi lääkärin luo pääsemisessä aiheuttaa merkittävää tyytymättömyyttä.

Vähälle huomiolle keskustelussa jäivät krooniset sairaudet ja monisairaat sekä mielen sairaudet ja päihdesairaudet, joiden perinteinen hallinnollinen sijoittuminen sosiaalihuollon alaisuuteen vaikeuttaa terveydenhuollon säädösten noudattamista. Hoidon jatkuvuuden ja pitkäaikaistuloksien mittaaminen onkin paljon hankalampaa. Viime kädessä olisi tarpeen mitata tuotettua terveyshyötyä, ratkaistuja terveysongelmia. Jos edelleen seurataan perusterveydenhuollossa yhteyden saantia ja vastaanotolle pääsyä, niin pitkäaikaissairaanhoito ja ”hiljaiset asiakkaat” jäävät syrjään.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on selkeitä eroja toiminnan lähtökohdissa. Perusterveydenhuoltoon potilas hakeutuu itse, käynti voi liittyä satunnaiseen ongelmaan tai olla osa pitkäaikaista, hyvien hoitotulosten takaamiseksi jatkuvuutta edellyttävää hoitoa. Perusterveydenhuollossa on paljon muita kuin lääkärin tarjoamia palveluja sekä palveluja, jotka liittyvät läheisesti sosiaalihuollon kenttään. Erikoissairaanhoidon tarvitaan lähete, hoito jakautuu määräaikaissa kontakteissa kapeaa ja syvällistä erikoisosaamista vaativaan, varsin irralliseen periodiin (jota voidaan helposti mitata).

Järjestämislaki on muuttamassa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sijaan voidaan alkaa puhua päivystys-, kerta- ja pitkäaikaispalveluista, tai avo-, päivystys- ja laitossairaanhoidosta. Myös suuren terveydenhuolto sijoittunee paikalleen, ja ennaltaehkäisevät palvelujen merkitys kasvaa. Miten järjestäminen muuttuukaan, yksi tavoite on saatavuuden parantaminen ja on sovittava uudelleen, miten hoidon saatavuutta mitataan.

4.1 HOIDON SAATAVUUDESSA JA RESURSOINNISSA TAPAHTUNEITA MUUTOKSIA

Jo hoitotakuulainsäädäntöä tehtäessä ennakoitiin operatiivisen hoidon painottumista. Riskinä nähtiin, että erikoissalat, joita seurataan ja voidaan seurata (kuten juuri kirurgia ja ortopedia) saavat enemmän resursseja (henkilöstömäärä, budjetti, tilat) kuin konservatiiviset erikoissalat ja psykiatria tai perusterveydenhuolto. Hoitotakuun alkuvaiheen talousvaikutuksia käsitelleen raportin mukaan tarkastelujakson aikana perusterveydenhuollon osuus kuntien menoista pysyi varsin vakaasti 39 %:ssa kokonaismenojen kasvaessa (5). Tuore tieto taloudellisista vaikutuksista puuttuu, joskin tilastoista on saatavilla toimintokohtaista tietoa rahoituksesta. Lääkärien ja hoitohenkilöstön määrä erikoissairaanhoidossa on lisääntynyt viimeisten 20 vuoden aikana, kun taas julkisessa perusterveydenhuollossa ammattilaisten määrä on pysynyt lähes ennallaan. Suun terveydenhuollossa samoin kuin esimerkiksi naisten- ja silmätaudeissa yksityisestä palvelutuotannosta on tullut lähes pääsääntö.

Jonot elektiviisiin erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin onkin saatu aiempaa paremmin hallintaan. Stakesin raportin (6) mukaan erikoissairaanhoidon toiminnassa operatiivisen toiminnan osuus kasvoi hoitotakuun alkuvuosina ja psykiatrian ja nauttentautien osuus väheni. OECD:n mukaan ohjaus Yhtenäisillä hoidon kriteereillä on epätäydellinen keino lyhentää odotusaikoja. Sairaanhoitopiirien välillä onkin selviä eroja elektivisten operatiivisten toimenpiteiden määrissä ja jonoissa niihin. Pelkkä kriteerien julkaiseminen ja ajan tasalla pitäminen ei riitä. Niiden toimeenpanoa ja käyttöönottoa pitäisi tukea eri tavoin. Nyt kiirettömään hoitoon pääsyn perusteiden käyttöä ja toteutumista ei seurata systemaattisesti.

Ostopalvelujen osuus ja merkitys ovat kasvaneet koko ajan, varsinkin mielenterveys- ja avosairaanhoidon palveluissa. **Yksityisen sektorin osuus palvelujen tuottajana on kasvanut** merkittävästi työterveyshuollossa, jonka piirissä olevilla ei ole hoitopääsyn suhteen ongelmia. Hoitotakuun arvioitiin vaikuttaneen ostopalvelujen määrään etenkin suun terveydenhuollossa. Hoitotakuun lisäksi työvoimapula on vaikuttanut ostopalvelujen määrään perusterveydenhuollon yksiköissä (6). Hoitotakuun velvoitteet esimerkiksi kaihikirurgiassa hoidetaan tarvittaessa ylityöllä, ostoilla ja järjestelyillä, jolloin väistämättä joudutaan priorisointitilanteeseen erikoissalan sisällä ja muuten. Kansalaisten valinnanmahdollisuutta on pyritty lisäämään palvelusetelillä.

Asetus neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ja vahva jälkivalvonta ovat säätäneet voimakkaasti resurssien kohdentamista ja ennakoitu ennaltaehkäisevän terveydenhuollon resurssivaje on vältetty. Heijastuksia muuhun perusterveydenhuoltoon on nähtävissä. Pelkästään resursseja lisäämällä ei pitkiä odotusaikoja lyhennetä tai vaikeutunutta hoitopääsyä korjata. **Epätasapaino perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon resurssien kehittämisessä on kuitenkin selvä ja vaatii tasapainottamista jatkossa.** Monessa Suomen kunnassa on ollut arkipäivää, ettei lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman värvääminen avoimiin toimiin ole ollut mahdollista millään keinolla. Vaikeasti määritettävää on se, milloin resurssipula on niin syvä, että hoitopääsyn edellytyksetkin todetaan vaarantuneiksi ja millä toimenpiteillä ja ohjauksella tilannetta voidaan muuttaa. Normittamalla tehdyt resurssi- jaot (esim. neuvola- tai kouluterveydenhuoltoon) eivät tällaisessa tilanteessa edistä hoitopääsyä vaikka kirjattujen velvoitteiden osalta tavoite täytyisikin. Kehyksissä alla on kokemuksia terveyskeskustasolta.

”Pienessä terveyskeskuksessa on neljä lääkärin virkaa, joista vakinaisesti täytettynä on laskennallisesti 1/16, sijaisuusjärjestelyin täytettynä 1 virka ja ostosopimuksella naapurikunnan terveyskeskuksesta yhden lääkärin työ kahtena päivänä viikossa. Muita resursseja on riittävästi eikä muiden ammattiryhmien virkoja tai toimia ole täyttämättä. Lääkäripula on selvästi merkittävin hoitopaasyä vaikeuttava tekijä ja vaikeutuminen tapahtuu jo aivan hoitoketjun alkupäässä, kun vastaanottoaikoja ei ole. Tilannetta on pyritty korjaamaan mm. perustamalla hoitajien itsenäisiä vastaanottoja. Resurssipula on johtanut reilusti ylihinnoiteltujen ostopalvelujen ostopakoon.”

”Hoidon tarpeen arvio ja sen kirjaaminen on muuttanut vastaanoton hoitajien työn sisältöä ja vähentänyt varsinaisen potilastyön osuutta. Lääkärisijaisen työpanos joudutaan käyttämään mm. kouluterveydenhuollon velvoitteiden täyttämiseen, palvelujen saannin ja terveyskeskuksen näkökulmasta epätarkoituksenmukaisesti.”

”Lähettävän lääkärin näkökulmasta esimerkiksi ortopediseen leikkaukseen laaditun lähetteen käsittelyaika tai potilaan odotusaika toimenpiteeseen määräytyy muilla perusteilla kuin lähetteeseen kirjatulla yhtenäisiin kiireettömän hoidon kriteereihin perustuvalla pisteytyksellä. Tämä on ristiriidassa yhtenäisten hoidon perusteiden tavoitteiden kanssa.”

”Suuressa terveyskeskuksessa hoidon tarpeen arviointiin kuluu kolmasosa käytävissä olevasta hoitajaresurssista. Hoidon tarpeen arvio ei tarkoita, että potilaan ongelma olisi ratkaistu. Kroonisesti sairaiden ja monisairaiden potilaiden hoito jää kiireellisen hoidon ja asetuksella ohjattujen velvoitteiden jalkoihin.”

”Terveyskeskuslääkärit suhtautuvat kriittisesti AvoHILMO -järjestelmään ja kyseenalaistavat koottavan tilastotiedon merkityksen, koska käytännön tasolle siitä ei ole suoraan hyötyä. Perusteena kritiikille on mm. käytettävän SPAT -koodisto. Sen monitulkintaisuus saattaa johtaa tilastoinnin yksinkertaistamiseen ja mahdollisesti vääristymiseen. Myös terveyskeskustyön lisääntyneeseen velvoitteiden määrään suhtaudutaan kriittisesti ja sen katsotaan osaltaan vaikuttavan terveyskeskusten lääkäripulaa lisäävästi.”

Hoitotakuun vaikutuksista erikoislääkärikoulutukseen tai erikoisalan valintaan tai erikoislääkärimäärien vaikutuksista hoitotakuuseen ei ole tutkimustietoa käytettävissä. Muiden ammattilaisten osalta tilanne on sama. Hammaslääkäreiden koulutusta on lisätty perustamalla Turkuun kertaalleen jo lopetettu opetusohjelma ja laajentamalla erikoishammaslääkärikoulutus kaikkiin viiteen tiedekuntaan. Lääkäriliiton tekemän selvityksen mukaan sisätautien ja kirurgisten erikoisalojen lääkärimäärien ennakoidaan kasvavan merkittävästi vuoteen 2025 ulottuvassa arvioissa (14). Sama koskee suurista erikoisaloista myös työterveyshuoltoa, anestesiologiaa ja tehohoitoa sekä ortopediaa ja traumatologiaa. Pitkään lääkärivajeesta kärsineen psykiatrian erikoislääkärimäärät näyttävät vähenevän selvästi. Naistentautien ja synnytysten erikoislääkärien määrä on myös hienoisesti supistumassa. Pienemmistä erikoisaloista myös fysiatrian, yleiskirurgian ja kliinisen kemian lääkärimäärät vähenevät. Lääkärivajeesta kärsineiden patologian ja oikeuslääketieteen aloilla lääkärimäärä kasvua ei voida näiden laskelmien valossa ennakoita.

Lääkäriliiton selvityksen johtopäätöksenä on, että työvoiman kysynnän ja tarjonnan näkymät eri erikoisaloilla tulee ottaa huomioon koulutusvirkamäärien suunnittelussa. Valtakunnallisen koordinaation lisäämistä erikoislääkärikoulutuksen suunnittelussa on toistuvasti esitetty. Tekeillä oleva erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen siirto opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön mahdollistaneen tämän. Työvoiman kysynnän ja tarjonnan kehittymistä on arvioitava

myös paikallisesti ja arvioinnissa on otettava huomioon myös uuden terveydenhuoltolain ja EU:n työaikadirektiivin tuomat palvelujärjestelmän muutokset (14).

Hoitotakuulainsäädännön vaikutusaikana operatiivinen hoito on painottunut, saanut resurssilisäyksiä ja jonojen hallinta elektiivisissä erikoissairaanhoidon toimenpiteissä on parantunut.

Työterveyshuollossa hoidon saatavuus on hyvä

Lainsäädännöllä on normitettu ehkäisevän terveydenhuollon suoritteita ja niiden valvontaa. Asetusta neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta myös valvotaan, ja määritellyt palvelut toteutuvat kattavasti. Näin nämä ehkäisevät palvelut priorisoituvat ohi avosairaanhoidon.

Terveyskeskusten avosairaanhoidossa palveluihin odotetaan pitkiä aikoja, eikä tilanne ole olennaisesti muuttumassa, vaikka yhteyden saanti onkin parantunut. Sama pätee suun terveydenhuollossa.

Mielen sairauksien ja päihderiippuvuuksien hoidossa on monenlaisia ongelmia, joskin hoitopääsystä tietoa puuttuu.

Krooniset sairaudet ovat jääneet vähälle huomiolle perusterveydenhuollossa (myös erikoissairaanhoidossa). Hoidon alkua seurataan hoitopääsyn kautta, mutta hoidon kokonaisuuden toteutumista tai tuloksia ei.

Hoitopääsyn ja hoitopääsyä säättävän lainsäädännön, seurannan ja valvonnan kannalta ongelmana voidaan myös pitää, että toteutumisen suhteen yksiköissä ollaan riippuvaisia pienestä avainryhmästä suorittajia. Resurssien jakoa ei ole suunniteltu esim. kesälomakautta ajatellen eri yksiköiden kesken, saati sitten valtakunnallisesti. Sekä jonottajien määrän kasvu että jonoaikojen piteneminen on ollut jokakesäinen ilmiö elektiivisiä toimenpiteitä tarjoavissa yksiköissä. Loman viettäjiä hakeutuu myös kesämökkikuntien palvelutarjoajien ovelle. Resurssivajaukset ja lyhyen aikavälin kysyntäpiikit, jotka johtaisivat määräaikojen ylittymiseen, yritetään hallita ostopalveluin ja lisätöin.

Pääasiallisena palveluna näyttäytyy yhteydensaanti, jonka seurauksena asiakkaan ongelmien ratkaisun vaihtoehtoina ovat puhelinneuvonta ja ajanvaraus. Mitä puhelinneuvonta pitää sisällään? Pyritäänkö potilasta tukemaan ongelmansa ratkaisussa, vai onko kyse vain ajanvarauksesta? Eroja on jo ajanvarausalustojen luomisessa; kuka tekee ja mille ajalle, onko käytössä jokin määritelty pohja vai onko ammattihenkilöllä vapaus luoda omat käytännöt. Näiden vaikutuksia hoitoon pääsyyn ja jonojen muodostumiseen ei ole selvitetty. Uudenlaisten palvelujen tarjonta ja niihin ohjaaminen on vielä vähäistä, esimerkkinä sähköiset palvelut, potilaan päätöksentuki tai räätälöitävä sähköinen terveystalvonnus.

4.2 MITEN NYKYISET RAPORTOINTIPISTEET KUVAAVAT TODELLISTA HOITOONPÄÄSYÄ JA HOIDON TOTEUTUMISTA?

Hoitoonpääsyn enimmäisaikojen ennakoitiin jo alun perin luovan mahdollisuuden sille, että aikatavoitteisiin pääsemiseksi kunnissa ohjataan rahaa terveydenhuoltoon ja kiireettömässä terveydenhuollossa (elektiiviseen) erikoissairaanhoidon, vaikka tarve voi olla suurempi muualla, esimerkiksi vanhustenhuollossa. Minimivaatimuksiksi asetettuja enimmäisrajojen toteutumista pidetään käytännössä usein tyydyttävän toiminnan mittarina. Kansainvälisessä tarkastelussa säädetyt enimmäisajat eivät kuitenkaan ole lyhyitä.

Perustason terveydenhuollossa hoidetaan kroonisesti sairaita ja monisairaita potilaita pitkissä hoitosuhteissa. **Hoidon jatkuvuus on tärkeämpää kuin yksittäinen käynti** ja siihen liittyvä mahdollinen viive. Potilaan kanssa tehty terveys- ja hoitosuunnitelma edistää hoidon sisällön ja prosessin jatkuvuutta koordinaatiota vaikka hoitavat henkilöt ja organisaatiot vaihtuisivatkin.

Hoitotakuuta voitaisiin ajatella niin, että asetetaan määräajat sille, missä ajassa ja missä laajuudessa toimenpiteen jälkeinen kuntoutus on toteutettava. Silloin mittauksen päätepiste asetetaan kohtaan, jossa terveyshyöty on mahdollista todeta. Operatiivinen hoitotoimenpide, kuten kaihi- tai tekonivelleikkaus, on ajan kuluessa kehittyneen tautiprosessin ilmenemä ja kertaluonteinen asia potilaan elämässä. Vaikka hoitoonpääsyn odotusajan ja itse hoitotoimenpiteen kustannukset saattavat supistua, voivat jatkohoidon kustannukset kasvaa (esim. kuntoutus, apuvälineet, sairauspäivärahat). Ideaalisesti terveydenhuollon informaatiojärjestelmien tulisi pystyä kuvaamaan koko tätä aikaa.

Lääkäriliiton julkaisemattoman selvityksen mukaan terveyskeskukseen lääkärin ajanvarausvastaanotolle koetut hoitoonpääsyn ongelmat liittyvät nimenomaan pitkiin odotusaikoihin, eivätkä korkeisiin asiakasmaksuihin tai esimerkiksi pitkiin etäisyyksiin. Tämä kuvastaa nykytilannetta, jossa hoitoon pääsee oman kunnan alueella. Silloin välimatkat pysyvät rajallisina. Suuret asiakasmaksut olivat ongelma parille prosentille ja pitkät etäisyydet viidelle prosentille, maaseudulla hiukan useammalle. Jos vastaaja oli käyttänyt yksityisen terveydenhuollon palveluja julkiseen terveydenhuoltoon pääsyn ongelmien takia, niin juuri pitkien odotusaikojen takia. Kun hoitopaikan saa valita vapaasti, voi hoitopaikkojen verkoston harvenemisen myötä myös pitkistä etäisyyksistä tulla hoitoonpääsyä rajoittava ongelma.

Pääosa erikoissairaanhoidon lähetettävistä ja tulevista potilaista tarvitsee hoitoa kiireellisesti. On hyvä kysymys miten hyvin hoitotakuun ja määräaikaisten mittaaminen soveltuvat muuhun kiireettömään hoitoon kuin elektiiviseen operatiiviseen hoitoon pääsyyn. Hoitoonpääsyn turvaaminen toimisi parhaimmillaan niin, että se soveltuu myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin ja myös varmistavat tämän toteutumisen kaikille. Kyse ei ole vain yhdenvertaisista mahdollisuuksista hakeutua hoitoon vaan myös niistä ryhmistä huolehtimisesta, jotka eivät itse syystä tai toisesta kykene hakeutumaan. Samoin pitäisi varmistaa hoidon kokonaisuus ja jatkuvuus alkaen hoitoon hakeutumisesta ja päättyen hoitotapahtumien kautta toipumiseen tai hoivaan.

Hoitoonpääsyä turvaavan ohjeistuksen tai lainsäädännön tulee palvella terveydenhuollon päämääränä olevaa oikean hoidon antamista oikeaan aikaan. Hoitotakuun vaikutuksia väestön terveyteen tunnetaan huonosti eikä väestötason hoidon tarpeen

arvioimiseksi ole yhtenäisiä periaatteita. Tätä edellyttäisi tarvelähtöinen palvelujen suunnittelu palvelutarjontalähtöisen sijaan.

Kokonaiskuvaa todellisesta (ratkaistu terveysongelma) hoitopääsystä on vaikea muodostaa käytettävissä olevan tiedon sirpalemaisuuuden, niukkuuden ja epääjantasaisuuden takia. Tieto painottuu elektiivisiin toimenpiteisiin, muun muassa OECD:n paljon tietoa sisältävässä raportissa on tämä lähtökohta. Internetissä saatavilla oleva tieto perustuu kyselyihin tai jo tapahtuneen raportointiin. Tilastotiedon selvittäminen edellyttää osaamista.

Hoitopääsyt aikarajojen toteutumista seurataan. Tietoa kustannuksista ja ongelmatilanteiden ratkaisuksista julkaistaan niukasti ja harvakseltaan.

Nykyiset mittauspisteet painottuvat hoitotapahtumien alkuun eivätkä tue kokonaisuuden, pitkäjänteisyyden ja jatkuvuuden ymmärtämistä ja kehittämistä.

4.3 ONGELMAKOHDAT POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Terveyspalveluiden järjestämisessä on korostettu pyrkimystä palveluiden oikeudenmukaiseen saatavuuteen ja jakautumiseen. Vaikka tavoitetta tuetaan lainsäädännöllä, on saatavuudessa sellaisia eroja, että haavoittuvat ryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluita. Paremmiin toimeentulevilla on tietoa palvelupaikoista ja vaihtoehtoisista palvelureiteistä sekä osaamista tiedon hankkimiseen. He osaavat myös valita, vaatia ja saada itselleen tutkimuksia ja jatkohoitoa. Hoitopaikan valinnan vapaus lisääntyy vuoden 2014 alusta. Jotta voi valita, on voitava verrata hoidon tuottajia ja hoidon laatua, sekä saatava luotettavaa tietoa hoitopääsystä. Ajantasaista ja helppokäyttöistä vertailutietoa valintapäätösten tueksi ei nyt ole saatavilla.

Potilaan kannalta kriittistä on saada (terveys)ongelmansa ratkaistuksi ja se tapahtuu nykyjärjestelmässä tavallisesti lääkärin vastaanotolla. Käsitys terveydenhuollon toiminnasta perustuu siis paljolti kokemukseen ja käsitykseen vastaanotolle pääsystä, mihin vaikuttavat otsikot ja kirjoitukset tiedotusvälineissä. Hoitotakuun aikatavoitteet ja lupaukset ja toisaalta yksilön kokemukset hoitopääsystä ovat toistuvasti esillä medioissa. Hoitopääsystä käytävä julkinen keskustelu saattaa muokata terveydenhuoltoon kohdistuvia asenteita ja odotuksia.

4.3.1 Hoidon tarpeen arvio

Hoidon tarpeen arvio ja potilaiden ohjaaminen sen perusteella on ja on aina ollut normaalia terveydenhuollon toimintaa. Hoidon tarpeen arvioinnin asema **säädeltynä ja mitattavana** osana kiireetöntä ja kroonisesti sairaiden potilaiden hoitoa tulisi sen sijaan arvioida kriittisesti. Perusterveydenhuollon toimintayksikön kannalta nykyinen velvoitteen alainen hoidon tarpeen arvion toteuttaminen voi johtaa näennäisresursointiin. Velvoitteen täyttäminen palvelee kyllä kirjaamista ja seuraamista, mutta ei edistä varsinaista perustehtävää eli potilaan tilan määrittämistä ja hoitoa eikä tuo terveyshyötyä. Terveyskeskuksessa puhelimeen vastaamiseen ja hoidon tarpeen arviointiin voi mennä kolmannes hoitajaresurssista. Mutta kokeeko yhteyden ottanut henkilö terveysongelmansa tulleen ratkaistuksi? Entä miten hoidon tarpeen arviointi ny-

kyisellä tavalla säädeltyä edistää taudinmäärittämistä, hoidon aloitusta ja lopulta potilaan terveysongelman hoitamista?

”Perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissä potilasasiakirjat. Vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella.”

”Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelinalueena. Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvioon tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpide-ehdotuksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Myös puhelinalueena annettavasta henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluunohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pyrkiä tunnistamaan potilas sekä, jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta, tämä yhteydenottaja. Myös potilaan ja muun yhteydenottajan tunnistamistavasta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin.”

Objektiivisesti ajatellen hoidon tarvetta määrittelee terveyshyöty: hoidettavan tilan vaikeusaste ja kyky hyötyä hoidosta (toimenpiteestä) joko sairauden tai tilan parantumisen kautta tai sen oireiden lieventymisen kautta. Viime kädessä ainakin kärsimyksen olisi vähennyttävä.

Perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arvioinnista on muodostunut yleiskäsite, jota käytetään siitä vuorovaikutustapahtumasta, jossa hoitotyöntekijä arvioi potilaan tarvitsemaa hoitoa ja hoidon kiireellisyyttä (puhelin)haastattelun perusteella. Tehtävä on pääsääntöisesti siirretty terveyden- ja sairaanhoitajille, koska säädelty puhelimesta annettavan hoidon tarpeen arviointi ja neuvonta edellyttävät antajalta riittävää koulutusta ja osaamista. Kyse ei ole lääketieteelliseen tutkimukseen perustavasta taudinmäärittämisestä ja hoitotarpeen arvioinnista.

Suomessa toteutetun puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioon mahdollisista ja toteutuneista riskeistä puuttuu tutkittua tietoa. Kriittisimpien mielestä edes kokeneen lääkärin taidot eivät riitä arvioimaan terveydentilaa puhelimesta. Tanskassa puhelinarvion saa tehdä vain kokenut yleislääkäri ja esim. Belgiassa puhelinarviota ei tehdä, vaan potilas on tavattava. Alkuperäisen tavoitteen sijaan puhelinalueelle on siis saattanut muodostua eräänlainen vastaanotto toiminnan ruuhkautumisen estäjän rooli. Kynnys päästä hoitajan vastaanotolle on matala, mutta noussut liian korkeaksi lääkärin vastaanotolle pääsyssä. Vaikka velvoitteet yksikön kannalta näin täytyisivät, voi asiakaan kokemus hoidon saatavuudesta jäädä hyvin puutteelliseksi.

Ensilinjan hoidon tarpeen arvio perusterveydenhuollossa eroaa tarpeen arviosta erikoissairaanhoidossa, jonne potilaan lähettää lääkäri. Potilas päättää itse ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon oman tarpeensa mukaan henkilökohtaisesti käymällä, puhelimitse, postin tai internetin välityksellä. KanTa-arkistoon liitettäväksi suunnitellun terveys- ja hoitosuunnitelman määritelmässä korostuu potilaan oikeus itse määrittää tarve: ”Hoidon tarve muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan tunnistamasta

terveysongelmasta. Terveydenhuollon ammattihenkilö toimii tukena ongelmien tunnistamisessa” (15).

Kiireettömässä erikoissairaanhoidossa lääkäri tekee hoidon tarpeen arvion toisen lääkärin lähetteen perusteella. Arvio sisältää tiedon siitä, mitä tutkimuksia potilaalle aiotaan tehdä ja milloin hän pääsee tutkimukseen, poliklinikkakäynnille tai hoitoon. Hoitosuunnitelma voidaan tehdä potilasta konsultoimatta.

4.3.2 Miten potilas saa tietoa hoitopääsystä?

THL kokoaa ja tuottaa yhdessä perusterveydenhuollon toimintayksiköiden ja sairaanhoitopiirien kanssa monenlaista tilastotietoa hoitopääsystä. Silti arviota esimerkiksi odotusajasta perusterveydenhuollon fysioterapeutille tai erikoissairaanhoidon suunniteltuun toimenpiteeseen on hankala tai mahdoton löytää – varsinkin, jos olisi kiinnostunut vertailemaan yksiköitä keskenään. Tietoa on kyllä saatavilla tietyn ajan jonottajien määrästä ja sen kehityksestä, keskimääräisistä odotusajoista ja asetettujen määräaikaisten toteutumisesta. Potilaan kannalta tieto jonottavien potilaiden määrästä ei kuitenkaan ole merkityksellinen tai kiinnostava, vaan häntä itseään koskeva odotusaika. Perinteisesti tiedon on voinut saada jonojen hallinnoijalta, mutta lähitulevaisuudessa tulisi pystyä vertaamaan tilannetta eri hoitopaikkojen kesken.

EU-jäsenyys velvoittaa potilasdirektiivin toimeenpanoon 2014. Kun oikeus hoitopaikan valintaan laajenee, tarve saada tietoa jonotusajasta tietyn yksikön tiettyyn hoitoon kasvaa. Suomessakin on tuotettava tietoa tämän päätöksenteon tueksi. Jotta pystyy valitsemaan, olisi tarpeen tietää, mitä vaihtoehtoja on käytettävissä, mikä on näiden vaihtoehtojen antaman hoidon laatu ja haitat, ja koska hoitoon pääsisi. Nyt käytettävissä oleva tieto hoitopääsystä auttaa väestötasolla päätöksiä tekeviä, terveydenhuollon johtajia ja mediaa. Kansalaiset saavat samat tiedot erikoissairaanhoidon pääsystä: mikä on keskimääräinen jonotusaika (eri erikoisaloille), montako potilasta on jonossa kaihi- tai lonkkaleikkaukseen. Vuodesta 2011 rakenteilla ollut Palveluvaaka-sivusto ei nyky muodossaan vastaa yksittäisen kansalaisen tiedontarpeisiin hyvistä tavoitteista huolimatta.

5 TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Nyt saatavilla oleva hoitopääsy tieto palvelee organisaatioita, johtamista ja valvontaa, sillä niistä lähtökohdista tiedon kerääminen ja analysointi on suunniteltu. Se ei riittävästi palvele yksittäistä ammattilaista, joka tuottaa tietoja järjestelmiin. Se ei palvele yksittäistä kansalaista, eikä varsinkaan lähitulevaisuuden EU-kansalaista, joka päätöksiä tehdäkseen kaipaa tietoa räätälöidysti itselleen: koska pääsen, jos valitsen Sipoon terveyskeskuksen, entä jos menen Helsinkiin? Koska pääsen fysioterapiaan Salossa, entä jos menisinkin mökkipaikkakunnalla Kuusamossa? Tietoja saadaksesen on oltava yhteydessä kuhunkin palveluntarjoajaan erikseen. Yksityiset palveluntuottajat sallivat tietyissä rajoissa ajanvarauksen suoraan internetissä, minkä olettaisi olevan mahdollista myös julkisessa terveydenhuollossa.

Hoitopääsy on laadukkaiden terveyspalveluiden yksi määrite – on tärkeä muistaa tarve, lääketieteellinen laatu ja potilasturvallisuus.

On määriteltävä ja päätettävä **mitä saatavuus ja hoitopääsy tarkoittavat uudessa suomalaisessa järjestelmässä**, jossa sosiaalipalvelut, julkisesti rahoitetut perusterveydenhuollon palvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut ovatkin samassa organisaatiossa. Vastaako saatavuudesta järjestäjä, tuottaja vai molemmat? On sovittava, mikä on **lähetekäytäntö** ja lähetteen merkitys integroituneessa järjestelmässä. Vai puhutaanko aina konsultaatioista?

On mietittävä **neljän tahon tarpeet tiedon saannille**. Mitä tietoa tarvitsee **potilas läheisineen**, mitä **kliinikkoammattilainen** ja mitä **johtaja** organisaatiossa. **Kansallisella tasolla** käytetään harvoja mittareita, nyt esimerkiksi STM:n 2014 Talousarvioesityksen neljä tunnuslukua: erikoissairaanhoidon yli 6 kk jonottaneiden lukumäärä, terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyä yli 14 päivää odottaneet (% väestöstä), suun terveydenhuoltoon yli 6 kuukautta jonottaneiden lukumäärä ja psykiatrian erikoissairaanhoidon yli 3 kk odottaneiden alle 23-vuotiaiden lukumäärä. Viides taho, jota olisi erikseen ajateltava, on **valvontaviranomainen**.

On selvittävä, **mistä hoitoprosessin kohdista** potilas (läheinen) tarvitsee tietoa ja **minkälaista tietoa** tarvitaan. Kela on Kanta-arkisto- ja potilasdirektiivivastaava, ja kansalaisia ohjataan näitä koskevien sähköisten palvelujen käyttäjiksi. Hoitopääsyä koskevat tiedot pitäisi löytää ”**yhdeksi luukulta**”.

Palveluvaaka palvelee nykymuodossaan huonosti yksittäisen potilaan tiedonsaantitarpeita eikä erillinen sivusto saatavuudesta puolusta paikkaansa. Palvelu olisi päivitettävä palvelemaan potilaan tietotarpeita, sitä pitää ylläpitää ja se on integroitava potilasdirektiivin toimeenpanoa ajatellen helposti löytyväksi.

Kuntaliitto ja sairaanhoitopiirien johtajat ovat listanneet **johtamisen kannalta keskeiset tiedot** ja aikatauluja niiden seuraamiseen. Vastaavaa pohdintaa tarvitaan perusterveydenhuollon, erityisesti kroonisten sairauksien hoidon, mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden osalta.

On päätettävä millainen saatavuuden pitää olla. **Määritetäänkö määräajat kokonaisuudelle** – esimerkiksi otti yhteyden, aloitti hoidon, kävi toimenpiteessä, ja on kuntoutunut, terveysongelma ratkaistu tai ainakin hallinnassa? On pystyttävä luomaan **episodiseuranta**, jolloin voidaan mitata aikaa yhteydenotosta ongelman ratkaisuun myös takautuvasti, sitten kun ongelma on ratkaistu, kun tieto on järjestelmissä rakenteisesti. Näin voitaisiin tukea oppimista ja toiminnan kehittämistä.

On ratkaistava, **mitä määräaikoja** jatkossa mitataan, seurataan ja valvotaan valtakunnallisesti. Järjestelmämuudistus näyttää etenevän kohti suurempia yksiköjä, joissa

tuotetaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon ja myös sosiaalihuollon palveluja. Potilaan tai tiedon eteneminen hoitoketjussa voi vaihdella, mutta aikaa alusta (yhteydenotosta) loppuun (ongelma ratkaistu) olisi mitattava. Yksi alkupään käytetty tapa on mitata kolmatta vapaata aikaa (lääkärille), T3.

Voidaanko määrittää väestötason hoitotakuu? Pelkkä saatavuustieto ei riitä vaan on julkaistava tietoa laadusta, tuloksista ja potilasturvallisuudesta helposti saataville ja ymmärrettävässä muodossa. On sovittava **keskeisten kansansairauksien hoidon tulosten** mittarit ja julkaistava niitä palvelutuottajakohtaisesti - vaikkapa painoindeksi, tupakointi, verenpaine, rasva- ja sokeriaineenvaihdunta (LDL, HbA1c), depressio (Beckin depressioindeksi) ja alkoholinkäyttö (Audit). Pitäisikö henkilökohtaisen, potilaan kanssa yhdessä laaditun **hoitosuunnitelman** toimia uutena ”hoitotakuuna”, jotta potilaslähtöisyys ja hoidon jatkuvuus huomioitaisiin?

Hoitoonpääsytietojen pitää kertyä **automaattisesti tietojärjestelmistä**, ilman erillisiä kyselyitä. Kun erillisiä mittauksia lähitulevaisuudessa vielä tehdään, olisi niiden aikataulutus koordinoitava niin, että alueellisesti saa kokonaiskäsitksen samalta ajankohdalta.

Miten **omavalvontaa** voisi vahvistaa? Kansallinen tuki palvelutuottajille auttaisi parantamaan näyttöön perustuvien keinoin saatavuutta ja hoidon tuloksia. Saatavuuden **toteutumista on jatkossakin valvottava** ja toteutumattomuutta sanktioitava tai toteutumista palkittava. On päätettävä, miten.

Potilasdirektiivin tullen on selvää, että Suomessa tuotetun hoitoonpääsytiedon on oltava **yhteismitallista muun Euroopan** tietojen kanssa.

Yhtenäiset (erikoissairaanhoidon) kiirettömän hoidon kriteerit ovat muodostuneet lähettämisen kriteereiksi, ja niiden käytöstä on hajanaista tietoa. Ne on päivitetty kertalleen vuonna 2009 ja päivitys on tekeillä. On ratkaistava, onko **yhtenäisillä kiirettömän hoidon kriteereillä tulevaisuus** ja missä niitä siinä tapauksessa ylläpidetään?

6 LÄHTEET

- 1 Heath at a glance 2011. OECD indicators. OECD Publishing.
- 2 Waiting Time Policies in Health Sector; What Works? Sarjassa OECD Health Policy Studies 2013
- 3 Kreindel SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. Br Med Bull 2010; 95:7-32.
- 4 Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. Mitä on terveystalouden tarve? Suom Lääkäril 2005; 60: 3281-4
- 5 Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 167/2008
- 6 Pekurinen M ym. Hoitotakuun talous. Stakesin raportteja 5/2008
- 7 HYVÄ VASTAANOTTO -HANKKEEN ARVIOINTI osana loppuraporttia. Mats Brommels ja Santeri Huvinen, 2012.
- 8 Kiireettömään hoitoon pääsy Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014.
- 9 Leskinen J, Frantri-Lankia M, Mussalo-Rauhamaa H, Riihelä K. Näkykö tervydenhuollon muuttuva toimija- ja toimintarakenteen Etelä-Suomen lääninhallituksen tuleissa kanteluissa? Suom Lääkäril 2009; 64:1872-81.
- 10 Tuulonen A. Voidaanko kaihojen poistaa? Suom Lääkäril 2003;
- 11 Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi: Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 2003:33.
- 12 Parmanne P, Saukkonen S-M, Ruskoaho J, Vuorio S. Lääkärivaje hidastaa hoitopääsyä terveyskeskuksissa. Suom Lääkäril 2010; 65:3989-94
- 13 Erikoissairaanhoidon hoitopääsyn kehitys 2007–2012. Tilastoraportti, THL. Pirjo Häkkinen, 2012.
- 14 Ruskoaho J, Halila H, Vänskä J. Erikoislääkärimäärien ennusteet vaihtelevat erikoisaloittain. Suom Lääkäril 2010; 46: 3812–13.
- 15 Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. THL 7/2011.