

**Valtakunnallinen hoidon saatavuuden
ja yhtenäisten hoidon perusteiden
työryhmä**

**HOIDON SAATAVUUS
ALATYÖRYHMÄN MUISTIO**

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	xx.x.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Tekijät	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimituksen asettamispäivä
	STM010:002015, 23.2.2015

Muiston nimi

Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä: Hoidon saatavuus alatyöryhmän muistio

Tiivistelmä

Asiasanat

asiasanat

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2016:xx

Muut tiedot

www.stm.fi

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

Kokonaissivumäärä

30

Kieli

suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	xx.x.2016
Författare	Uppdragsgivare
Tekijät	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM010:002015, 23.2.2015
Rapportens titel	
Julkaisun nimi	
Referat	

Nyckelord

nyckelord

Social- och hälsovårdsministeriets
rapporter och promemorior 20xx:xx

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (online)

ISBN 978-952-00- -

URN:ISBN:978-952-00- -

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

Sidoantal

30

Språk

finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

1 Taustaa	5
Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden Työryhmä	5
Työryhmän työn tausta.....	6
2 Nykytilan kuvaus	7
Lainsäädäntö.....	7
Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot hoitoon pääsystä	10
Valvovan viranomaisen toiminta hoitoon pääsyn ja palvelujen saatavuuden osalta.....	12
TIETOJÄRJESTELMIEN VALMIUS JA TIEDONKERUUN NYKYTILANNE	12
Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietojen keruun nykytilaa ja sen taustoja tarkastellaan alla tarkemmin muistion liitteessä.	13
Hoidon saatavuuden ja hoitoon pääsyn ohjaus ja tila eräissä muissa maissa	13
3 Ongelmakohtien ja vahvuuksien analyysi	15
4 Tavoitetilan määrittely	18
Hoidon saatavuus perustuu yhtenäisiin kriteereihin	19
Hoidon tarpeen arviointi tehdään viiveettä, tehokkaasti ja joustavasti.....	19
Hoitoa ja palveluja toteutetaan yksilöllisen tarpeen ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti.	20
Palveluja terveydenhuollossa suunnataan niin, että niistä koituu potilaalle mahdollisimman suuri terveyshyöty (palvelujen tuotannon tai palvelujen segmentointi ja uusien teknologioiden käyttö).	20
Työnjako sosiaali- ja terveydenhuollossa tukee potilaan hyvinvointia.	21
5 Tarvittavat toimenpiteet ja niiden aikataulu	21
STM valmistelee säädösten kehittämisen	21
Tietojärjestelmät ja sähköiset palvelut.....	24
Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotto.....	24
Kriteeristöt ja mittarit	24
Palvelujen järjestäjien ja tuottajien toimet	25
6 Yhteenveto ja suositukset	25
Liite 1: Tietojärjestelmien valmius ja tiedonkeruun nykytilanne	26
Perusterveydenhuollon tiedon tuotto ja keruu	26
Erikoissairaanhoidon tiedon tuotto ja keruu	27
Lähetteen käsittelyaika.....	27
Lähetteen linkitys siitä seuraavaan erikoissairaanhoidon.....	29
Hoidon tarpeen arviointi ja hoito	29

1 Taustaa

Valtakunnallinen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden Työryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23.2.2015 valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmän, jonka puheenjohtajaksi nimitettiin johtaja Liisa-Maria Voipio Pulkki sosiaali- ja terveysministeriöstä ja varapuheenjohtajaksi johtaja Annakaisa Iivari sosiaali- ja terveysministeriöstä. Heidän lisäksi työryhmään nimitettiin 17 jäsentä. Samalla nimitettiin yhteensä 7 henkilön suun terveydenhuollon alatyöryhmä, puheenjohtajanaan Anne Nordblad sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Asettamispäätöksen mukaan työryhmän tavoitteeksi tuli uudistaa hoidon saatavuutta koskevaa määrittelyä ja määräaikojen määräytymistä säädösvalmistelun perustaksi sekä päivittää kiireettömän hoidon perusteet ja laatia kiireelliseen hoitoon yhtenäiset perusteet sekä valmistella iäkkäiden henkilöiden pitkäaikaisen laitoshoidon lääketieteelliset perusteet.

Työryhmän tehtäviksi määriteltiin:

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

Asettamispäätöksessä mainitun alatyöryhmän lisäksi perustettiin alatyöryhmät pohtimaan yhtenäisiä hoidon perusteita, iäkkäiden laitoshoidon perusteita ja hoidon saatavuuteen liittyviä kysymyksiä.

Hoidon saatavuuden alatyöryhmän (jatkossa: työryhmä) puheenjohtajaksi nimettiin Annakaisa Iivari ja jäseniksi Markku Hupli, Kati Liukko, Risto Roine, Anna-Kaisa Pusa, Sirkku Pikkujämsä, Juhani Grönlund, Anne Koskela, Anne Nordblad, Tuija Ikonen, Jukka Louhija, Hannu Hämäläinen ja Liisa-Maria Voipio-Pulkki. Alatyöryhmän muistion laatijaksi nimitettiin myöhemmin Jorma Komulainen. Muistion kappaleen ”Tietojärjestelmien valmius ja tiedonkeruun nykytilanne” ja sitä täydentävän liitteen kirjoittajaksi kutsuttiin Pirkko Kortekangas.

Työryhmä kokoontui 8 kertaa, ja kävi lisäksi sähköpostikeskusteluja. Tässä muistiossa kuvataan työryhmän työn tulokset.

Työryhmän työn tausta

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita hoidon saatavuuden, saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden lisäksi ovat peruspalveluiden vahvistaminen sekä hoidon vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden lisääntyminen. Uudistus poistaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon järjestämisvastuun rajat. Tällöin hoidon saatavuuden määräajoista säätämisen perusteet ja mittauspisteet on määriteltävä uudelleen. Yhtenäisten hoidon perusteiden käyttö hoidon porrastuksen apuneuvona integroituvien palvelukokonaisuuksien yhteydessä edellyttää ohjeiston rakenteellista ja sisällöllistä uudistamista, kuten lähteen uuden määrittelyn. Myös hallituksen linjaus valinnanvapauden lisäämisestä edellyttää yhtenäisiä hoidon perusteita.

Pääministeri Sipilän hallitusohjelmassa korostetaan asiakkaan osallistumista ja valinnanmahdollisuuksia sekä hoito- ja palveluketjujen sujuvuutta. Kiireettömän hoidon ja palvelun määräajat ovat tarkastelussa joustavuuden lisäämisen näkökulmasta.

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

STM:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä on annettu 3.9.2014. Asetuksen toimeenpano tuo esiin tarpeen seurata kiireellisen hoidon saatavuutta ja hoitoon pääsyä samalla kun hoidon laatua turvataan keskittämällä ympärivuorokautinen päivystystoiminta. Toisaalta kiireellisen ja kiireettömän hoidon välimaastoon jäävät esimerkiksi syövän hoidon viiveet, joita ei tällä hetkellä säädellä eikä seurata systemaattisesti kansallisella tasolla.

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

Hoidon laatu on monitahoinen ilmiö, jonka kattava ja luotettava mittaaminen on erittäin haastavaa. Yhtenä laadun komponenttina voidaan pitää potilasturvallisuutta, jonka seurannassa useimmissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä on käytössä erilaisia järjestelmiä. Suomessa on käytössä myös suuri määrä epävirallisia kliinisen hoidon laadun

seurantatapoja ja laaturekistereitä. Niiden toimivuuden arviointi potilasturvallisuuden ja valinnanvapauden toteutumisen tueksi on tärkeää. Hoidon hyvää laatua kuvaavat niin ikään vaikuttavuus ja kustannustehokkuus, joiden määrittelyä, analysointia ja seurantaan tulee tarkentaa.

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

2 Nykytilan kuvaus

Lainsäädäntö

Hoitoon pääsystä ja hoidon saatavuudesta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Laisa terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Lain tarkoituksena on:

1. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta;
2. kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja;
3. toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta;
4. vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä; sekä
5. vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

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

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

Lain 9§:ssä säädetään **potilastietorekisteristä ja potilastietojen käsittelystä**. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin. Yhteisen potilastietorekisterin rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta.

Potilasta hoitava terveydenhuollon toimintayksikkö saa käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia toisen toimintayksikön tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Yhteiseen potilastietorekisteriin liittyneiden terveydenhuollon toimintayksiköiden välinen potilastietojen käyttö ei edellytä potilaan nimenomaista suostumusta. Potilaalla on kuitenkin oikeus kieltää toisen toimintayksikön tietojen käyttö.

Lain 10§ 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.

Terveydenhuoltolain 24§ säädetään sairaanhoidosta. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

1. sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;
2. sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;
3. ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;
4. erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen.

Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava **hoito- ja palvelusuunnitelma**.

Suun terveydenhuollon osalta säädetään lain 26§:ssa, että kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Hoidon jaksottaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät:

1. väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta;
2. terveysneuvonta ja terveystarkastukset;
3. suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito;
4. potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen

Mielenterveystyön osalta säädetään lain 27§:ssä, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Mielenterveystyöhön kuuluu:

1. terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki;
2. yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa;
3. mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Päihdetyön osalta säädetään lain 28§:ssa, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päih-teisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyöhön kuuluu:

1. terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä
2. päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut.

Terveydenhuoltolain 6. luku käsittelee hoitoon pääsyä. Lain 47§ mukaan henkilö voi valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisten tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Edelleen lain 48§ mukaan henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman palvelujen saamiseksi. Lain 49§ mukaan potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Lain 50§:ssä säädetään **kiireellisestä hoidosta**. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaisairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

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

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

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

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolain 53§ mukaan aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoito-

piirin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava *kuuden viikon kuluessa* siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen *kolmen kuukauden kuluessa* siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Terveydenhuoltolain 55§ mukaan kunnan ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on **julkaista**-va internetissä tiedot 51–53 §:n mukaisista odotusajoista *neljän kuukauden välein*.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot hoitoon pääsystä

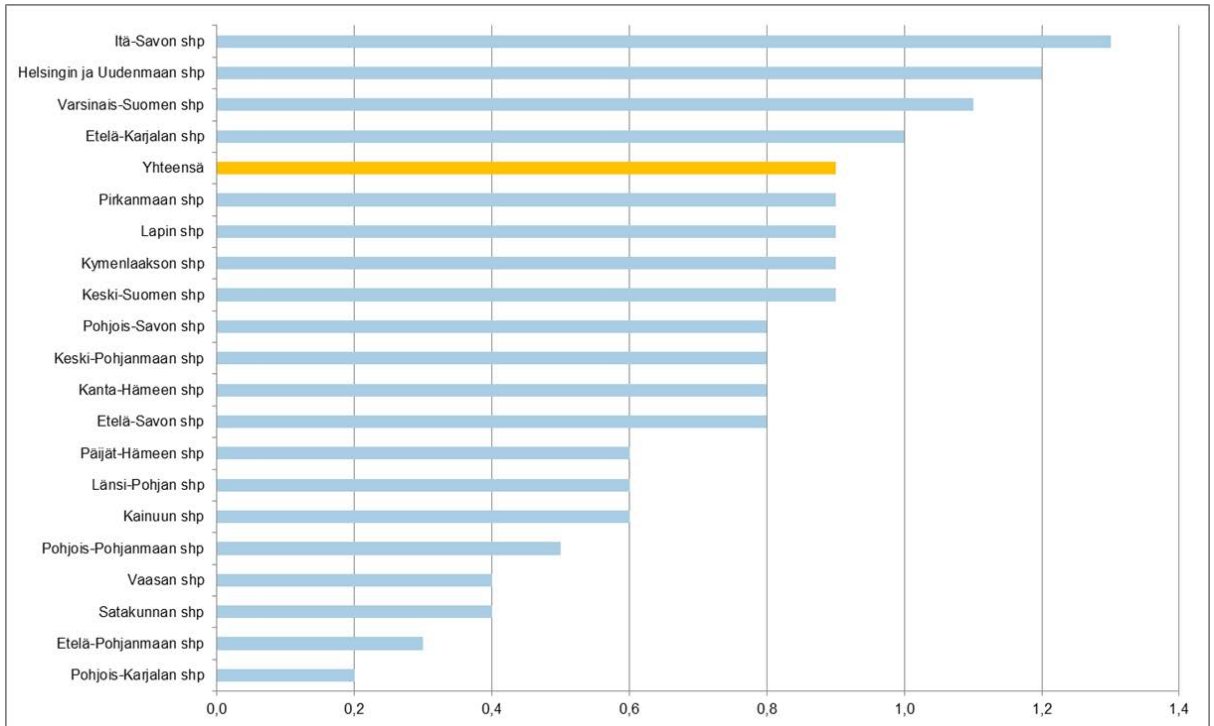
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä. THL julkaisee tiedot sivuillaan.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn raportointi sisältää tiedot terveystieteiden hoitoon pääsyn toteutumisesta määrättynä ajankohtana. Tiedot kerätään perusterveydenhuollon avohoidon tuottavista terveystieteiden hoitoon pääsyn toteutumistiedoista (Avohilmosta) ja puhelinyhteyttä sekä tietojen julkaisemista koskevat kysymykset kerätään erillistiedonkeruuna terveystieteiden hoitoon pääsyn tiedot Avohilmosta raportoidaan aluehallintovirasto-jaottelun mukaisina yhteenvetoina sekä terveystieteiden hoitoon pääsystä Cognos-kuution tietokantaraporteilla.

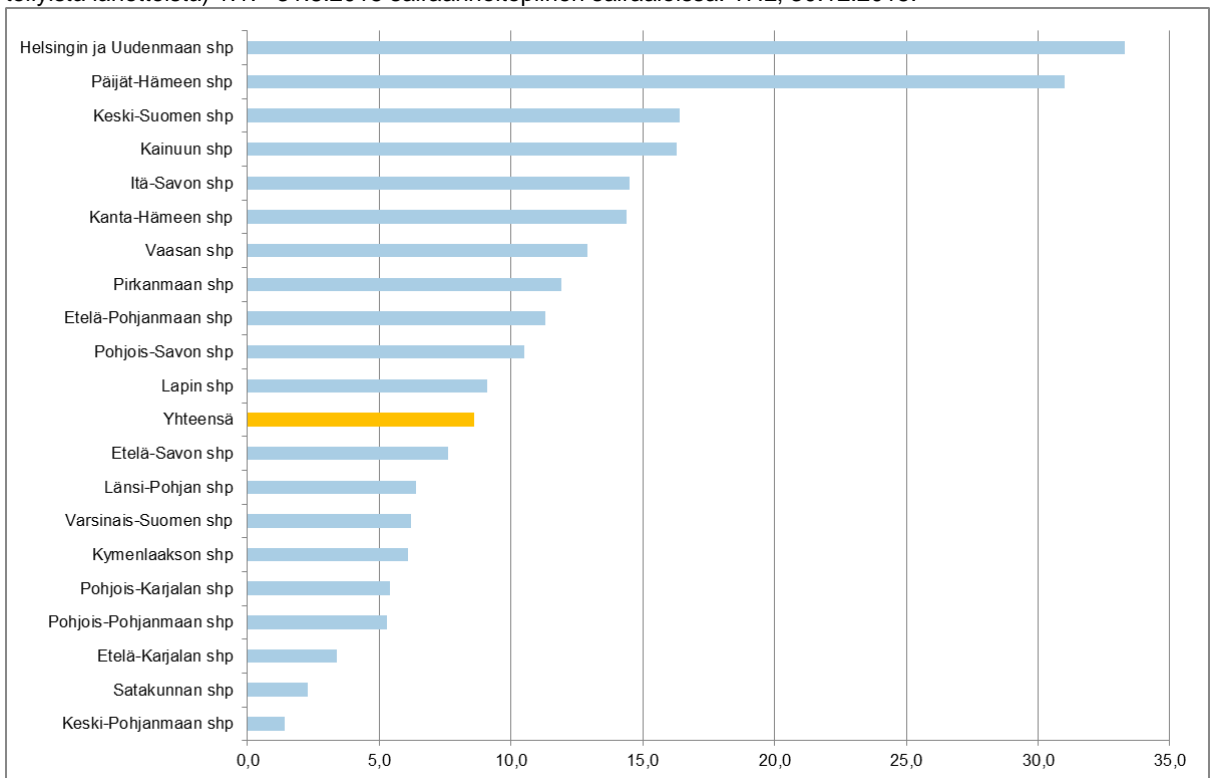
Työryhmän käsityksen mukaan perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn keräämiseen avohoidon hoitoilmoitustiedoista liittyy toistaiseksi merkittäviä harhan mahdollisuuksia, eikä luotettavia johtopäätöksiä hoitoon pääsyn kehittymisestä viimeisten vuosien aikana voida tehdä. Lisäksi raportointi kattaa tiedot ainoastaan uuden ongelman vuoksi yhteyttä ottaneiden asiakkaiden hoitoon pääsystä, muodostaen noin 10% kaikista perusterveydenhuollon avohoidon hoitotapahtumista.

THL:n vuoden 2015 lopussa julkaisemien perusterveydenhuollon tietojen mukaan lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa odotettiin vastaanotolle pääsyä lokakuussa 2015 yli kolme kuukautta. Lääkärin avosairaanhoidon kiireettömistä vastaanottokäynneistä 48 prosenttia toteutui Avohilmo-aineiston perusteella lokakuussa 2015 viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Hoitajan kiireettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä.

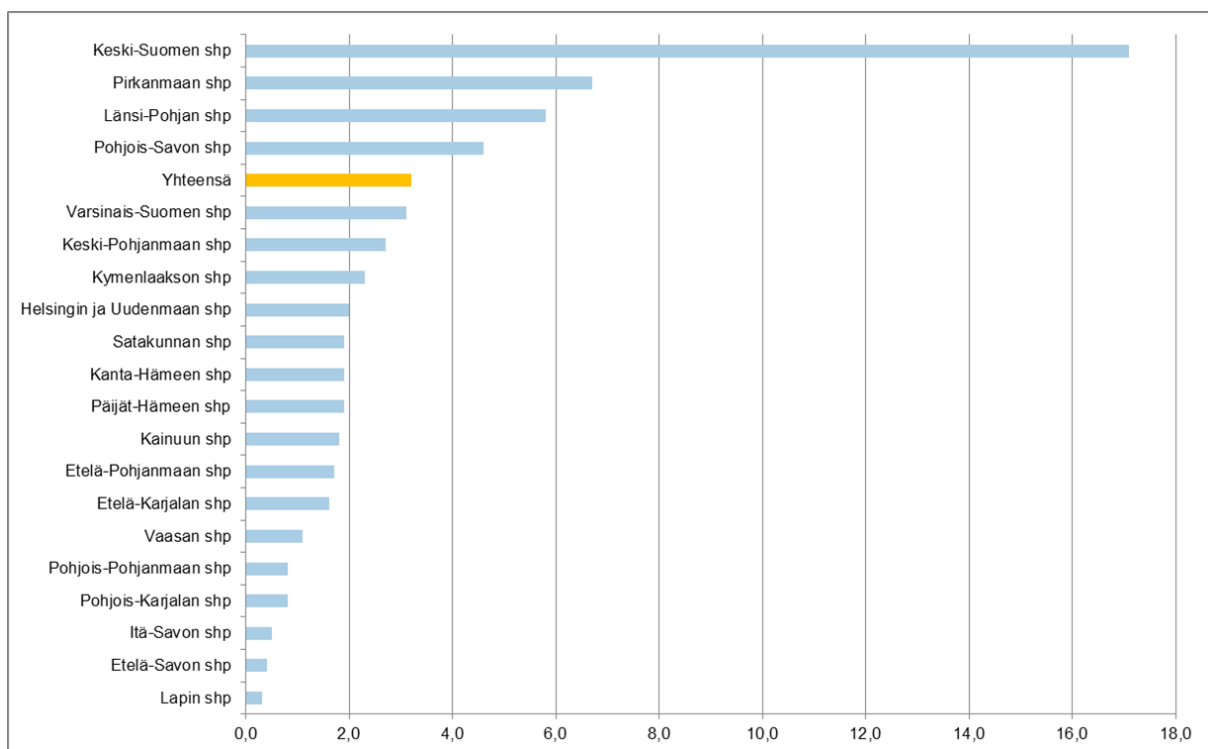
Samana tilastona mukaan lokakuussa 2015 perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä 58 prosenttia tapahtui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä odotettiin noin viidessä prosentissa kaikista hammaslääkärikäynneistä tietonsa toimittaneissa terveystieteiden hoitoon pääsystä. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Seitsemässä prosentissa käynneistä odotettiin yli 91 päivää.



Kuva 1. Lähete käsitelty yli 21 vuorokauden kuluttua lähetteen saapumisesta (% kaikista käsitellyistä läheteistä) 1.1. –31.8.2015 sairaanhoitopiirien sairaaloissa. THL, 30.12.2015.



Kuva 2. Hoidon tarpeen arviointia sairaanhoitopiirien sairaaloissa yli 90 vuorokautta odottaneet (%). THL, 30.12.2015.



Kuva 3. Sairaanhoitopiirien jäsenkuntien erikoissairaanhoidon yli 6 kuukautta odottaneet 10 000 asukasta kohti 31.8.2015. THL, 30.12.2015.

Valvovan viranomaisen toiminta hoitoon pääsyn ja palvelujen saatavuuden osalta

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintovirastot (AVIt) valvovat ja ohjaavat hoitoon pääsyn ja hoidon saatavuuden lainmukaista toteutumista. Kiireettömään hoitoon pääsyä terveyskeskuksiin ja Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön palveluihin valvovat AVIt ja sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon pääsyä valvoo Valvira. Hoitotakuun valvonta perustuu THL:n keräämään tietoon.

Valvira ja AVIt käsitelivät vuosina 2011-2013 yhteensä 343 terveydenhuollon hoitoon pääsyyn hoitotakuusäännösten perusteella liittyvä asiaa. Käsiteltyjen asioiden määrä nousi vuoden 2011 yhteensä 24 asiasta vuonna 2012 yhteensä 161 asiaan ja pysyi vuonna 2013 samalla tasolla (158 käsiteltyä asiaa). Muita hoidon saatavuuteen käsiteltyjä asioita oli vuonna 2011 13, vuonna 2012 73 ja vuonna 2013 118, yhteensä vuosina 2011-2013 304 käsiteltyä asiaa. (<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tilastot>)

TIETOJÄRJESTELMIEN VALMIUS JA TIEDONKERUUN NYKYTILANNE

Pirkko Kortekangas

Nykyinen toimintayksiköiden kyvykkyys raportoida hoitoon pääsyn tiedot saavutettiin potilas-tietojärjestelmien hintavalla kehittämistyöllä ja raporttipöimintojen toistuvalla hiomisella. On kuitenkin ilmeistä, että nykytilassa kirjatut ja raportoidut tiedot eivät kuvaa täsmälleen samaa asiaa ja samassa laajuudessa eri organisaatioissa ja eri tietojärjestelmätuotteista poimittuna.

Erityisesti erikoissairaanhoidon tuottamien hoitopääsytietojen laadun tunnistettu haaste johtuu sektorin hoitopääsytietojen määrittelyn haasteista eikä tietojärjestelmistä. Myös perusterveydenhuollosta kerättävien tietojen laadussa on ongelmia sekä tiedon kattavuuden että sisällöllisen luotettavuuden osalta.

Erikoissairaanhoidon nykyisten tietojen vertailtavuus ei korjaannu lisäämällä työntekijän tekemien valintojen ohjeistusta lähdetiedon kirjaamistilanteissa. Tietoja kirjaava työntekijä, hoitava ammattihenkilö, ei pysty oman työnsä näkökulmasta tunnistamaan lainsäätäjän tarkoittamia hoitopääsytietoihin liittyviä käsitteitä eikä näin valitsemaan kirjattavia vaihtoehtoja oikein. Ammattihenkilön mielestä tarve erikoissairaanhoidon palveluihin on todettu, kun potilaasta tehdään lähete. Toisaalta nykykäytäntö, jossa lähdetiedot jalostetaan erikseen nimenomaan hoitopääsytietojen raportoinnin tarkoitukseen altistaa osaltaan aineistojen vääristymiselle, huolimatta THL:n aika-ajoin tekemistä määrittelyiden täsmennyksestä.

Perusterveydenhuollon hoitopääsytietojen tilastoinnin kattavuudelle on tullut uusi haaste, kun hoidon tuotantorakennetta on muutettu. Yhteispäivystyksiin siirtyminen, yhteisten neuvontapalveluiden keskittäminen ja palvelutarpeen arvioinnin irrottaminen hoidon lopullisesta toteutajasta ovat johtaneet ongelmiin raportoinnissa. Aikaisempia perusterveydenhuollon hoitopääsytietoja kirjataan ja syntyy nyt perustoiminnasta irrallisissa tietojärjestelmissä sekä järjestelmissä, joihin aikanaan tilattiin vain erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen käsitteiden kirjaamisohjelmat. Hoitopääsytietoja ei pystytä tai huomata liittämään aikaisemman palvelunantajan tietoihin.

Yhteistä kummallekin sektorille on, että lainsäädännön tultua voimaan kului merkittävästi aikaa ja kaikkien osapuolten resursseja ennen kuin kaikkiin potilastietojärjestelmiin saatiin tilattua ja käyttöön hoitotakuun uudet käsitteet. Sen lisäksi terveyskeskukset investoivat uusiin puhelinvaihteisiin merkittäviä summia. Hoitopääsytietojen käsitteiden muutokset johtaisivat uusiin samanlaisiin kustannuksiin, mikäli muutokset toteutettaisiin nyt käytössä olevaan tietojärjestelmien sukupolveen. Toisaalta, raportoitavien tietojen koostamisvastuun siirto pois toimintayksiköistä, esim. THL:lle, ei yksittäisenä toimenpiteenä ratkaise mitään nykyisistä haasteista eikä vähennä tiedon jalostuksen kokonaiskustannuksia.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietojen keruun nykytilaa ja sen taustoja tarkastellaan alla tarkemmin muistion liitteessä.

Hoidon saatavuuden ja hoitopääsytietojen ohjaus ja tila eräissä muissa maissa

Hanna Pelttari ja Minna Kaila laativat äskettäin selvityksen kiireettömään hoitopääsytietojen keruun (STM, 2014). Alla esitetyt näkökulmat perustuvat Pelttarin ja Kailan selvitykseen, joka taas useissa kohdin nojaa OECD:n raporttiin (Waiting Time Policies in Health Sector; What Works? Sarjassa OECD Health Policy Studies 2013).

OECD:n mukaan yli puolessa OECD-maista pitkät odotusajat elektiiviseen hoitoon ovat ongelma. 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.

Lainsäädännöllä asetetut ”hoitotakuut” ovat olleet OECD-maissa tavallisimpia politiikka-toimia hoitopääsytietojen edistämiseksi. Niillä on tehoa vain, jos niiden toteutumista säädetään

tarkoittamalla tavalla myös valvotaan. Hoitotakuu on OECD-maissa toteutettu pääasiassa kahdella tavalla: asetetaan kansalliset tavoitteet hoitoon pääsyn toteutumiseen, määritetään seurannan ja onnistumisen kriteerit ja valvotaan toteutumista tai asetetaan maksimiodotusaika, jonka ylittymisen jälkeen potilas voi vapaasti valita palveluntuottajan myös yksityiseltä sektorilta.

Toinen tapa toteuttaa kansallinen hoitotakuu on taata kansalaisille vapaus valita terveydenhuollon palveluntarjoaja ja siten luoda kilpailua palvelujen tuottamiseen; esimerkkeinä Ruotsi, Alankomaat, Portugali ja Tanska. Portugalin mallissa pääsy eri yksiköiden (julkisrahoitteisten ja yksityisten) hoitoon pääsyn tietoihin on vapaa. Kun 75 % säädetyn hoitotakuun määräajasta on kulunut, potilas voi selvittää kunkin yksikön hoitoon pääsyn tilannetta ja valita minkä tahansa terveydenhuollon yksikön hoitopaikakseen.

Hoitoon pääsyyn vaikuttamisen keinot ovat joko kysyntään (demand-side) tai tarjontaan (supply-side) vaikuttamaan pyrkiviä. OECD:n raportin mukaan tarjontaan vaikuttavat keinot yksinään johtavat harvoin pysyvään tulokseen.

Suoritukseen pohjautuva rahoitus (pay-for-performance) mahdollistaa valinnanvapauden ja kilpailun palveluntuottajien kesken, mikä puolestaan usein johtaa odotusaikojen lyhenemiseen. Hollannissa suoritukseen 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.

Kiireettömän hoidon kysyntään vaikuttavia toimia käytetään OECD-maissa vaihtelevasti. Toimenpiteiden kysyntää tai odotusaikoja ei yleensä pystytä vähentämään yksityisten sairausvakuutusten avulla. Hoidon kriteerien ohjauksella puolestaan on esim. Uudessa-Seelannissa arvioitu onnistutun vaikuttamaan odotusaikoihin jonkin verran, mutta niiden implementointi ja ylläpito todetaan raportissa vaikeaksi. Joissain OECD-maissa hoidon kriteerit yhdistetään suoraan määräaikoihin, jolloin kliinisen tilan määritettyjen erojen perusteella esim. tekoniivel-leikkausta odottavat potilaat jonottavat eri ajan.

Hoitojonojen muodostumista elektiiivisiin toimintoihin ja mahdollisuuksia vaikuttaa hoitojonoihin on arvioitu kanadalaisessa havainnoiviin tutkimuksiin perustuvassa järjestelmällisessä katsauksessa (Kreindel SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. Br Med Bull 2010; 95:7-32). Katsauksen johtopäätösten mukaan tehokkaita keinoja elektiiiviseen hoitoon pääsyn parantamiseksi on 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 eli 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.

OECD:n odotusaikoja käsitelleessä raportissa todetaan hoitoon pääsyn odotusaikojen 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. Iso-Britanniassa käytössä oleva määräaika yleislääkärin tai omalääkärin läheteen kirjoittamisen ajankohdasta toteutettuun hoitoon nostettiin raportissa hyväksi esimerkiksi potilaslähtöisemmästä mittaamisesta.

3 Ongelmakohtien ja vahvuuksien analyysi

Hoitoon pääsyn maksimi aikarajojen määrittäminen näyttää ainakin erikoissairaanhoidossa merkittävästi vähentäneen niiden ihmisten määrää, jotka joutuvat odottamaan hoitoa hyvin kauan. Potilaiden kannalta tämä epäilemättä on suotuista kehitystä, joskin hoitoon pääsyn pitkien maksimiaikojen hyväksyttävyyden voi monissa tapauksissa kyseenalaistaa. Hoitoon pääsyn valvontaa selkeät yhtenäiset aikarajat niin ikään yksinkertaistavat. Toisaalta, valvontaa varten asetetut rajat eivät kuitenkaan varmista hoidon toteuttamista lääketieteellisen vaativuuteen tai potilaan tarpeeseen nähden oikea-aikaisesti. Ongelmia voi syntyä tilanteissa, joissa resursseja suunnataan hoitajien purkamiseen maksimiaikarajoissa pysymiseksi, ja näistä samoista resursseista kilpailevat myös sellaiset palvelut, joissa sairauden luonne edellyttäisi palvelujen nopeampaa toteuttamista.

Esimerkiksi joissain mielenterveyden ongelmissa hoitoon pääsyn pitkittyminen määräaikaisten sisällä voi johtaa toiminta- ja työkyvyn pitkäaikaiseen alenemiseen. Näin ei tietenkään terveydenhuollossa haluta toimia, eivätkä säädökset kiireettömään hoitoon pääsystä sitä suoraan aiheuta. Kuitenkin rajallisten resurssien ympäristössä voidaan joutua tilanteisiin, joissa resursseja määräajoista johtuen kohdistetaan enemmän vaikuttavista hoidoista vähemmän vaikuttaviin hoitoihin. Näin on käynyt esimerkiksi silmätautien alalla, jossa kaihileikkaus jonoja on jouduttu hoitotakuun takia lyhentämään sillä seurauksella, että pysyvää näkövammaisuutta aiheuttavien silmänsairauksien hoitoa on viivästynyt (esim. silmänpohjan kostean ikärappeuma ja glaukooma).

Myös suun terveydenhuollossa hoidon saatavuuden ja hoitoon pääsyn mittarit on koettu puutteellisiksi ja riittämättömiksi. Perusterveydenhuollossa ongelmia on ollut nimenomaan lääkärin tutkimusta ja hoitoa edellyttävien potilaiden pääsyssä lääkärin vastaanotolle. Kun toimintatapoja on muutettu siten, että potilaat ohjataan ensisijaisesti hoitajan vastaanotolle, on voinut muodostua epätarkoituksenmukaisia viiveitä lääkärille pääsyssä, vaikka terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle pääsy kokonaisuudessaan on parantunut.

Ohjausvaikutus tietyn määräajan toteutumiseksi on ollut hyvin vahva ja jopa ohittanut muita keskeisiä periaatteita. Osaltaan nämä mittaripuutteet ovat johtaneet hoitojen pitkittymisiin, joilla on voinut olla vaikutuksia hoitotuloksiin.

Työryhmä pitää myös mahdollisena, että hoitoon pääsyyn liittyvät määräykset joissain kohdin säätelevät ammattihenkilöiden ja palveluntuottajien toimia tavoilla, jotka hidastavat palveluinnovaatioita ja saattavat johtaa epätarkoituksenmukaisiin toimintamalleihin.

Nykytilanteessa mitataan ensikontaktin saamista, hoidon tarpeen arvioimisen toteutumista perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle pääsemistä, erikoissairaanhoidon arvioon pääsemistä ja tarvittavaksi arvioidun hoidon toteutumisajankohtaa erikoissairaanhoidossa. Mittarit ovat sinällään selkeitä, mutta ne eivät ota huomioon yksilöllisen hoidon tarpeen saatavuutta ja hoidon toteutumista eivätkä tilanteita, joissa potilaalla on samanaikaisesti useita palveluntarpeita. Mittarit eivät myöskään ota huomioon koko hoitoketjua, esimerkiksi sitä, kuinka hyvin erikoissairaanhoidon jälkeinen kuntoutus ja kuntoutuminen toteutuvat. Niiden avulla ei myöskään voida seurata pitkäaikaisen terveysongelmien vaativan hoidon saatavuutta ja palvelujen toteutumista (resurssilaatua), palvelujen tuotantoa ja poikkeamia (prosessilaatua) eikä hoidolla saavutettua terveyshyötyä (lopputulostaatua). Kuitenkin sekä potilaan, ammattihenkilön, palvelun tuottajan ja palvelun järjestäjän kannalta nämä olisivat oleellisia tietoja toiminnan laatua arvioitaessa ja kehitettäessä.

Palvelujen tuotannon mittaaminen olisi periaatteessa mahdollista määrittämällä merkittävimpien sairausongelmien hoitoketjuihin tarkastuspisteitä - palveluja joiden ainakin pitäisi hoitoketjuun kuulua - ja seuraamalla niiden toteutumista. Tarkastuspisteiden tulisi perustua vahvaan tieteelliseen näyttöön, ja niitä voitaisiin määrittää kansallisten ja kansainvälisten

hoitosuosituksen pohjalta. Tällaista määrittäytystä on käynnissä yksittäisissä hankkeissa depression ja lonkkamurtumien hoitoketjujen osalta. Tarkastuspisteiden tulisi kuitenkin valvovan ja ohjaavan viranomaisen ja palveluja järjestävän tahon näkökulmasta olla kansallisesti määriteltyjä ja kansallisessa käytössä. Potilaan kannalta tarkastuspisteet mahdollistaisivat itseä koskevan hoidon toteutumisen seurannan.

Yksilöllistä hoidon tarvetta voidaan kuvata henkilökohtaisen terveys- ja hoitosuunnitelman avulla (Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. THL, 2011). Sen käyttö mahdollistaisi myös yksilöllisesti arvioidun palvelujen aikataulun toteutumisen seurannan. Vaikka yksilöllisen tarpeen arvioimiseen epäilemättä liittyy ongelmia, voitaisiin näin toimien välttää yllä kuvattuja, nykyiseen malliin liittyviä sudenkuoppia. Vaikka terveys- ja hoitosuunnitelman tietorakenteet on kuvattu ja julkaistu CDA-R2 muotoisina, ei suunnitelmaa ole otettu käyttöön sillä tavoin ja siinä määrin, että yksilöllisesti arvioidun hoidon tarpeen seuranta lähiaikoina olisi sen avulla mahdollista. Syitä terveys- ja hoitosuunnitelman vähäiseen käyttöön ovat ainakin sen puutteellinen toteutus tietojärjestelmissä ja sen vaatimat muutokset kliinisen arjen ajankäytössä ja ammattihenkilöiden rooleissa.

Nykytilanteessa ei kattavasti seurata ehkäisevien palvelujen toteutumista ja vaikuttavuutta. Tämä saattaa ohjata palvelujen järjestäjiä ja tuottajia mutta myös ammattihenkilöitä painottamaan jo olemassa olevien terveysongelmien hoitoa perusteltujenkin ehkäisevien palvelujen kustannuksella. Jos ehkäisevä toiminta kuitenkin vähentää terveysongelmien kehittymistä ja laajenemista, palvelujen painopisteen siirtäminen niiden suuntaan saattaisi tehostaa sosiaali- ja terveydenhuollon rajallisten resurssien käyttöä ja olla sekä kustannustehokasta että vaikuttavaa.

Hoidon saatavuuden ja hoitoon pääsyn mittaamisen kannalta mittareiden tulisi antaa tietoa kohdeväestön hoidon tarpeesta, palvelutuotannon määrästä, laadusta ja taloudellisuudesta sekä sairastavuutta ehkäisevästä toiminnasta. Mittaamisen nykytila on kuvattu taulukossa 1. Kirjaamisen eroista ja puutteista johtuen ainakin perusterveydenhuollossa organisaatioiden ja alueiden välisiin palvelutuotannon määrään liittyviin lukuihin tulee suhtautua varauksella. Lisäksi on huomattava, että koska suun terveys heijastuu monella tavoin muuhun terveyteen, hyvinvointiin ja kokonaispalveluntarpeeseen, myös suun terveydenhuollon osalta tulee olla käytössä muuta terveydenhuoltoa koskevat tiedot.

Taulukko 1. Työryhmän näkemys hoidon saatavuuteen ja hoitopääsyyn liittyvän mittaamisen nykytilanteesta.

Mittaamisen kohde	Nykytilan analyysi
Kohdeväestön hoidon tarve ja palvelujen käyttö	Kattavaa tietoa väestön todellisesta hoidon tarpeesta ei ole. Väestön sairastavuutta kuvaava tieto ja ikärakenne ovat saatavilla THL:n ja Kelan tilastoista. Sen sijaan tietoa toiminta- ja työkyvystä ja koetusta terveydestä ei ole systemaattisesti saatavilla. Reseptilääkkeiden käytöstä tietoa on saatavilla Kelan tilastoista, mutta käsikauppalääkkeiden kohdalla vastaavaa tietoa ei ole. Lääkkeiden käyttö ei kuitenkaan ole sama asia kuin hoidon tarve. Näin ei ole myöskään Kelan sairastavuusindeksi, koska siinäkin katsotaan palvelujen käyttöä. Palvelujen käyttö voi jättää ulkopuolelle merkittävän osan hoidon tarpeesta, ja toisaalta se voi mitata ylihoitoa eli turhaa käyttöä. Suun terveydenhuollon osalta Kelan tilastoista ei saa kokonaiskuvaa edes kaikista hoidossa käyneistä ja-

	<p>kaikista heille tehdyistä toimenpiteistä, sillä proteettinen ja oikomishoito eivät ole Kela-korvattavia kuin poikkeustapauksissa, eikä niitä sen vuoksi Kelaan selvitetä.</p>
Palvelutuotannon määrä	<p>Perustunnuslukuja (käyntien ja hoitajaksojen määrä) seurataan säännöllisesti. Tuotannon jakautumista kuvaavien indikaattorien seuranta edellyttää toimintatietojen ajoja potilastietojärjestelmästä raportointijärjestelmään tai kunnollista johtamisen toiminnan ohjausjärjestelmää. Mitattavia asioita ovat esimerkiksi lääkäri- ja hammaslääkärikäynnit/asukas, käynnit/lääkäri ja hammaslääkäri ja käynnit/hoitaja ja suuhygienisti. Palveluntuotantoa kuvaavat indikaattorit eivät ota huomioon digitaalisia palveluja.</p>
Palvelujen saatavuus ja hoitoon pääsy	<p>Palvelujen tuottajat ovat velvollisia toimittamaan hoitoon pääsyä koskevat tiedot säännöllisesti THL:een. THL julkaisee vertailut.</p>
Palvelutuotannon sisältö ja laatu	<p>Erikoissairaanhoidon hoitoilmoitustiedoissa (Hilmo) raportoidaan sekä vuodeosastohoidon että polikliinisten käyntien diagnoosit ja toimenpiteet. Myös hoidon haittavaikutusten tiedonkeruu on pakollista, mutta raportoinnissa on todettu puutteita. Perusterveydenhuollon AvoHilmon osalta lääkärin vastaanottokäynnin sisältö ei ole kattavasti tiedossa eikä myöskään analysoitavissa, joskin organisaatiokohtaisia eroja lienee. Tieto käynnin syistä on puutteellista. Palvelujen tuottamasta terveyshyödyistä ei ole systemaattista tiedonkeruuta.</p> <p>Suun terveydenhuollossa käynnin syy merkitään ICD10:llä, joka ei suun terveyden osalta anna riittävää kuvaa hoidon syistä.</p> <p>Laatua mitataan kolmesta näkökulmasta: (1) resurssimittarit, kuten käynnit per asukas ja per ammattihenkilö sekä hoidon peittävyys; (2) prosessimittarit, kuten palvelutapahtuman sisältö, toimitusnopeus ja –varmuus (esim. hoitoon pääsy) ja kustannustehokkuus ja (3) lopputulosmittarit, eli tuotettua terveyshyötyä mittaavat mittarit. Näistä lopputulosmittarit ovat asiakkaan kannalta oleellisimpia, mutta niiden mittaaminen on vaikeinta. Resurssi- ja prosessimittareita on yksinkertaisempaa saada potilastietojärjestelmästä, kun vain niiden sisältämä tieto on laadukasta ja yhteismittailista. Tämä edellyttää yhteneväistä ja kattavasti kerättyä tietosisältöä.</p>
Palvelutuotannon taloudellisuus	<p>Tietokannoista on saatavissa alueellisia tietoja kuten terveydenhuollon menot / asukas jne. Suun th:ssa on ollut jo yli 10 vuotta SUHAT-hanke, jonka tavoitteena mm. taloustietojen yhteismittallinen kerääminen ja vertailu. On tullut esille, että eri kunnissa kerätään ja ilmoitetaan edelleen hyvin eri tavoin talouslukuja (mm. vyörytykset).</p>

Toiminnan kustannusvaikuttavuus	Kustannusvaikuttavuuden kannalta tulisi tietää yksittäisten potilasryhmien kustannukset ja mitattavissa oleva, mahdollisimman hyvin terveyshyötyä kuvaava, hoitovaste. Kansantautien osalta esim. tupakoimattomuuden, alkoholin käytön määrän, verenpaineen, painoindeksin ja seerumin LDL-kolesterolin tason muutokset ovat mittareita, jotka välillisesti, mutta populaatio-tasolla kuitenkin informatiivisesti, kuvaavat palveluista koituvaa terveyshyötyä. Tällaisia tietoja sisältyy potilasasiakirjoihin ja siten Kanta-arkistoon, mutta ne tulisi saada sieltä käyttöön. Vaihtoehtona tai täydentäjänä voivat toimia (kansalliset) kliiniset rekisterit. Käyttökelpoisia mittareita sisältyy jo nykyisin Kelan ja THL:n sairastavuustietoihin.
Ehkäisevä toiminta	Ehkäisevää toimintaa mitataan hyvinvointitutkimuksissa ja muissa alueellisissa selvityksissä. Järjestelmällistä kansallista mittaamista varten tulisi määrittää selkeitä mittareita kuten lasten ylipainon kehitys.
Potilaan tyytyväisyys tai kokemus saamansa hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta	Ei mitata systemaattisesti, eikä palautetietoa hyödynnetä välttämättä toiminnan kehittämässä.

4 Tavoitetilan määrittely

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tavoitteita ovat yhdenvertaisuus, tarpeenmukaisuus ja vaikuttavuus. Palvelujen järjestäjän ja tuottajan kannalta tavoitteena on myös tehokkuus palveluissa. Jotta nämä voidaan varmistaa, on kansallisesti ja alueellisesti tunnettava oleelliset väestön terveyttä ja sairastavuutta koskevat tiedot, tärkeimmät tarvittavan hoidon odottamiseen ja maantieteellisen tarjontaan liittyvät tiedot sekä palvelujen kohdentumiseen ja sisältöön (laatuun) liittyvät tiedot. Lisäksi palvelujen järjestäjällä ja tuottajalla on oltava riittävän tarkka käsitys käytössä olevista taloudellisista resursseista ja saatavilla olevasta osaamisesta.

Saatavuutta, saavutettavuutta ja vaikuttavuutta tarkastellaan palvelujen käyttäjän, tuottajan ja järjestäjän näkökulmista.

Potilaan näkökulmasta pitkäaikaisissa terveysongelmissa merkityksellisiä ovat hoitoon pääsy, koko palveluprosessin suunnitelmallinen ja oikea-aikainen eteneminen ja toimintakykyä ylläpitävä palvelurakenne, kuten joustava mahdollisuus asioida palvelunantajan kanssa ja riittävä tiedonsaanti. Esimerkiksi syöpäsairauksissa prosessi kattaa oireiden vuoksi terveydenhuoltoon otetun ensikontaktin, syöpäpäilyn heräämisen, diagnostiikan, erilaiset syövän ja mahdollisten liittännäisongelmien vuoksi tarvittavat oikea-aikaiset hoidot, jälkiseurannan ja kuntoutuksen. Samalla potilaalla voi olla myös useita limittäisiä, eritasoisia terveysongelmia ja hyvin monenlaista palvelujen tarvetta, jolloin hoidon ja palveluiden koordinoinnin merkitys korostuu. Lyhytaikaisessa terveysongelmassa potilaan kannalta oleellista ovat nopea avunsaanti, avun toteutuminen kertapalvelulla ja palvelun maantieteellinen saavutettavuus.

Palvelun tuottajan näkökulmasta pitkäaikaisessa terveysongelmassa merkityksellisiä tekijöitä ovat potilasta koskevan tiedon riittävä, kokonaiskuvan potilaasta mahdollistava saanti, mahdollisuus kohdentaa käytettävissä olevat resurssit potilaan tarpeisiin vastaavasti, riittävä osaaminen ja kokemus sekä hyvä, sujuvan hoitoprosessin mahdollistava yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien palvelun tuottajien kanssa, keskeisimpänä tavoitteena palvelun

tehokkuus. Lyhytaikaisessa terveysongelmassa palvelun tuottajan näkökulma on sama kuin potilaan: nopeus, kertatarvaisuus ja saavutettavuus.

Palvelun järjestäjä pyrkii pitkäaikaisista terveysongelmista kärsivien potilaiden kohdalla siihen, että potilaan valinnanvapaus huomioiden eri tuottajien toteuttamat palvelut tapahtuvat saumattomasti, oikea-aikaisesti, riittävän tiedon varassa ja kustannustehokkaasti. Palvelujen järjestäjä tarvitsee tietoja väestön terveydentilasta, eri palvelun tuottajien resursseista ja osaamisesta, hoidon tuloksista ja sen kustannuksista. Lyhytaikaisessa terveysongelmassa palvelun järjestäjän näkökulmassa painottuvat hoidon tulokset ja kustannukset. Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistaminen on erityisesti palvelun järjestäjän vastuulla. Samoin palvelun järjestäjän tulee olla kiinnostunut mahdollisuuksista terveysongelmien ehkäisyyn.

Hoidon saatavuus perustuu yhtenäisiin kriteereihin

Hoidon saatavuus ja hoitoon pääsy eivät riipu hoitoa tarvitsevan henkilön iästä, asuinpaikasta, sosioekonomisesta tilanteesta tai muista hänen terveysongelmastaan riippumattomista tekijöistä.

Terveydenhuollossa hoitoon pääsee ja sitä toteutetaan kansallisesti yhteneväisten hoidon kriteerien ja kansallisten hoitosuosituksen pohjalta kunkin potilaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Yksilöllistä tarvetta määrittävät sairauden aste, toimintakyvyn ongelmat, hoidosta odotettavissa oleva hyöty suhteessa haittoihin (hoidon vaikuttavuus) ja potilaan odotukset. Hoidosta päätettäessä otetaan huomioon myös hoidon vaikuttavuus suhteessa siitä koituviin kustannuksiin (hoidon kustannusvaikuttavuus) ja yhteiskunnan hyväksymät terveydenhuollon toimintojen priorisointiin kohdistuvat arvot. Yhteisesti kustannettujen hoidon ja palvelujen rajat määritellään kansallisessa palvelulupauksessa ja palveluvalikoimassa. Potilaan oikeus saada tietoa terveysongelmastaan ja sen hoitomahdollisuuksista, tehdä tietoon ja omaan elämäntilanteeseen perustuvia valintoja ja osallistua terveysongelmansa ja terveytensä hoitoon korostuvat sekä hoitoon pääsyssä että sen toteutuksessa.

Hoidon tarpeen arviointi tehdään viiveettä, tehokkaasti ja joustavasti.

Potilas tietää, kuinka ja mistä hän voi hakea tarvitsemaansa palvelua. Tavoitteena on ohjata potilas jo hoidon arvioinnin yhteydessä sellaiseen palveluun, jossa hänen terveysongelmaansa voidaan mahdollisuuksien mukaan auttaa kertakontaktilla. Tämä voi joissain tilanteissa tarkoittaa myös suoraa ohjaamista erikoislääkärin vastaanotolle. Potilas ja hänen läheisensä voivat aktiivisesti osallistua hoidon tarpeen arviointiin, ja heillä on käytössään sitä varten rakennettuja verkko- ja muita työkaluja. Verkkopalvelujen avulla hoidon tarvetta arvioitaessa potilaalla on myös välitön mahdollisuus kääntyä ammattihenkilön puoleen, jos hän arvioi sitä tarvitsevänsä. Sähköistä hoidon tarpeen arviointia kehitettäessä on erikseen arvioitava, missä tilanteissa ammattihenkilöiden työtä voidaan automatisoida - voiko esimerkiksi järjestelmä ohjelmoida palvelukontaktia edeltäviä tutkimuksia potilaan antamien tietojen pohjalta.

Hoidon tarpeen arviointia jatketaan yhteistyössä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan tai hänen omaistensa tai edustajansa kanssa hoito- ja palveluketjun edetessä. Tarpeelliseksi arvioidun hoidon ja kuntoutuksen toteutumista seurataan siihen asti, kun hoidon ja kuntoutuksen tarvetta ei enää ole.

Potilaalla tai hänen omaisillaan tai edustajallaan on riittävästi mahdollisuuksia yhteydenottoon palveluntuottajiin. Mahdollisia yhteydenoton tapoja ovat esimerkiksi:

- käynti palveluntuottajan toimipaikassa

- kirje
- puhelu (mukaan lukien tekstiviesti ja internet puhelu)
- yhteydenotto palveluntuottajan verkkosivujen kautta

Hoitoa ja palveluja toteutetaan yksilöllisen tarpeen ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti.

Hoito- ja palvelusuunnitelma (terveydenhuollossa käytetään rakenteista terveys- ja hoitosuunnitelmaa) pitää sisällään suunnitelman palvelujen aikataulusta, ja palvelujen toteutumista mitataan tämän yksilölliseen tarpeeseen pohjautuvan suunnitelman mukaisesti. Potilaalla on nimetty ja hänen tuntemansa taho, joka vastaa terveys- ja hoitosuunnitelman toteutumisesta ja siten potilaan terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukemisesta kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajat ja ammattilaiset toimivat kiinteässä yhteistyössä potilaalle tärkeiden tavoitteiden toteutumiseksi, ja myös potilas sitoutuu osaltaan suunnitelman toteuttamiseen. Kiinteä yhteistyö minimoi päällekkäisestä toiminnasta aiheutuvat kustannukset ja mahdollistaa parhaalla tavalla potilaalle koituvan terveys-, toimintakyky- ja hyvinvointi-hyödyn.

Sellaiset potilaat, joiden terveysongelma on ratkaistavissa yhden tai muutaman palvelutapahtuman puitteissa, eivät tarvitse terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Erityisen paljon terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen ja ylläpito auttaa sellaisten potilaiden hoidon kokonaisuuden toteuttamisessa, joilla on useita samanaikaisia terveysongelmia ja jotka omahoidon lisäksi tarvitsevat ongelmansa hoidoksi usean eri hallintoalan tai palvelujen tuottajan toimintaa. Tällaisissa tilanteissa hoito- ja palvelusuunnitelma tulee laatia mahdollisimman viiveettä, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa sen tarpeen toteutamisesta, mikäli potilas ei kieltäydy suunnitelman laatimisesta.

Jos terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu, seurataan siinä kuvattujen palvelujen toteutumista. Potilaalla on oikeus valita terveys- ja palvelusuunnitelmassa kuvattujen palvelujen tuottaja.

Palveluja terveydenhuollossa suunnataan niin, että niistä koituu potilaalle mahdollisimman suuri terveyshyöty (palvelujen tuotannon tai palvelujen segmentointi ja uusien teknologioiden käyttö).

Jokaisella palvelutapahtumalla on tavoite. Yksinkertaisimmillaan tavoite on kertakontaktin yhteydessä hoitaa potilaan terveysongelma kuntoon tai ohjata häntä sen itsehoitoon. Monimutkaisemmissa ongelmissa päätetään hoidon aloituksesta tai jatkamisesta, asetetaan tavoitteet seuraavaan palvelutapahtumaan saakka ja sovitaan sen ajankohdasta ja tyypistä. Oleellista on, että potilas palveluketjunsä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ohjautuu tai ohjataan sellaisten palvelujen piiriin, jossa hänen terveysongelmiaan voidaan parhaiten auttaa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt ja palvelujen tuottajat tunnistavat sen, että eri elämäntilanteissa olevien potilaiden palvelujen laadun ja intensiteetin tarpeet terveyshyödyn saavuttamiseksi saattavat erota toisistaan, ja tarjoavat ja toteuttavat palveluja sen mukaisesti. Uuden tyyppisiä palveluita tulevat olemaan digitaaliset terveydenhuoltopalvelut sekä vastaanotto-tyypeinä esimerkiksi walk-in -vastaanotto ja moniongelmaisen potilaan valmisteltu vastaan-

otto. Moniammatillisuuden toteutuminen vastaanotoilla ja erimuotoiset ryhmävastaanotot yleistyvät. Näin perinteisen ajanvarausvastaanoton ja päivystysvastaanoton tarve vähenee ja resurssit pystytään kohdentamaan tarkoituksenmukaisemmin.

Työnjako sosiaali- ja terveydenhuollossa tukee potilaan hyvinvointia.

Palvelut ovat asiakas- ja potilaslähtöisiä kuitenkin huomioiden tiedon epäsymmetriasta aiheutuvan tarpeen siihen, että päätökset palvelujen sisällöistä tapahtuvat terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan yhteistyössä, ja että lainsäädäntö osaltaan määrittää sosiaalihuollon palveluja. Hyvinvointi- ja terveysongelmien hoidon rinnalla toiminnan tavoitteina ovat ongelmien ehkäisy (primaaripreventio) ja niiden pahenemisen ja laajenemisen ehkäisy (sekundaaripreventio).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön ja työnjakoon kiinnitetään huomiota erityisesti erikoissairaanhoidon jälkeisen hoidon ja palvelun järjestämisessä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuiden yhdistyessä erikoislääkäri tason palveluihin ohjaaminen ja niiden tarjoaminen on nykyistä joustavampaa.

Tietojärjestelmät tukevat hoidon saatavuuden ja hoitoon pääsyn seurantaan kansallisella, alueellisella ja palveluntuottajan tasolla.

Käytössä on yhteiset mittarit, jotka tuottavat vertailukelpoista ajantasaista tietoa. Tieto syntyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasprosessin yhteydessä, eikä tiedon kerääminen kohtuuttomasti kuormita asiakas- ja potilasrajapinnassa toimivia ammattihenkilöitä. Erilistä tiedonkeruuta tilastoja varten ei tarvita. Tiedon seuranta on organisoitu kaikilla tasoilla, ja havaitut ongelmat johtavat tarvittaviin korjaaviin muutoksiin toiminnoissa. Terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat ajantasaista tietoa omasta toiminnastaan.

Tieto on avointa, ja myös kansalaiset voivat vertailla ja seurata hoidon saatavuuden toteutumista eri palveluntuottajien kohdalla.

5 Tarvittavat toimenpiteet ja niiden aikataulu

STM valmistelee säädösten kehittämisen

- Mahdollistetaan säädösten erilliset menetelmät hoidon tarpeen arvioinnille, mukaan lukien
 - sähköinen henkilön itsensä sähköisten neuvontapalvelujen tukemana tekemä hoidon tarpeen arviointi, hyödyntäen ODA-hankkeen tuloksia;
 - alueellisesti tai ongelmalähtöisesti keskitetty hoidon tarpeen arviointi
- Määritellään säädösten se, miten toimitaan, jos erityisosaamista tuodaan perustason tueksi.
 - Esimerkiksi psykiatrian erikoislääkäri ja erityistiimi voi jalkautua peruspalveluiden ”kylkeen” antamaan konsultaatioita ja osin hoitamaan potilaita. Tarvitaan ratkaisuja siihen, katsotaanko kyseessä olevan erikoissairaanhoidon palvelu, miten palvelua mitataan ja millä tavoin potilas ohjautuu tai ohjataan palvelun piiriin.
- Määritellään säädösten se, kuinka hoidon saatavuuden kriteerit ohjaavat jalkautuvaa ja kokonaisvaltaista toimintaa.

- Nykyiset kriteerit ovat diagnoosikeskeisiä, eivät asiakas-/potilaskeskeisiä eivätkä kokonaisvaltaiseen vastuunkantoon ohjaavia.
- Määritellään säädöstasolla mahdollisuudet hoidon saatavuuden kriteerien ja potilaspolkujen segmentoitumiseen niin, että huomioidaan
 - tilanteet joissa henkilön terveysongelma on hoidettavissa yhdessä tai muutamassa palvelutapahtumassa;
 - tilanteet, joissa henkilöllä on yksittäinen terveysongelma, jonka hoitaminen vaatii useiden palvelutapahtumien sarjan, ja jossa tavoitteena on terveysongelman poistaminen; ja
 - tilanteet, joissa henkilöllä on useita, pitkäaikaista tai pysyvää hoitoa vaativia terveysongelmia, ja joissa tavoite ei ole terveysongelmien poistuminen vaan selviytymisen tukeminen.
 - Tavoitetilan edellyttämä lainsäädäntö voidaan toimeenpanna asteittain edellyttäen, että tietojärjestelmät tukevat täysimääräisesti toiminnan muutosta ja mittaamista. Ensivaiheessa voidaan kuitenkin tarkistaa terveydenhuoltolain 51. ja 52. pykälää joustavampien toimintamallien mahdollistamiseksi ja nopean hoidon tarpeen arvioinnin mahdollistamiseksi (ks. alla).
- Käytännön säädösmuutokset vuonna 2017:
 - Muutetaan terveydenhuoltolain pykälää 51. (perusterveydenhuollon hoitoon pääsy) seuraavasti:

Nykyinen muotoilu: ”Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

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

Ehdotettu muotoilu: ”Kunnan on järjestettävä asukkaalle mahdollisuus välittömään hoidon tarpeen ensiarviointiin ja neuvontaan ja tarpeen mukaan hoidon aloittamiseen vähintään arkipäivisin virka-aikana. Tämä voidaan toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanottopalveluna, puhelinpalveluna, etäkonsultaationa tai sähköisenä palveluna.

Mikäli potilaan hoidon tarvetta ei voida arvioida ensiarvioinnin yhteydessä, on hänellä oikeus päästä lääkärin tai laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön arvioon ja tarvittaessa hoitoon tilanteen kiireellisyyden

mukaisesti, kuitenkin viimeistään seitsemän vuorokauden kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta.

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

Ehdotettu muotoilu: ”...Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tilanteissa, joissa ongelman hoito edellyttää pitkäaikaisia, jatkuvia, moniammatillisia tai usean palvelutuottajan toimenpiteitä, tulee asiakkaalle/potilaalle laatia lain potilaan asemasta ja oikeuksista 4a pykälän mukaisesti hoito- ja palvelusuunnitelma mahdollisimman viiveettä, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa sen tarpeen toteamisesta, mikäli potilas ei kieltäydy suunnitelman laatimisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovitaan vastuutahosta, joka koordinoi asiakkaan palvelukokonaisuutta. Asiakas ja vastuutaho arvioivat hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista säännönmukaisesti.”

Muutetaan terveydenhuoltolain 52. pykälää (erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy) seuraavasti:

Nykyinen muotoilu: ” Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

Hoidon tarpeen arviointi 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 erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu

Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on hänet ohjattava hoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

Ehdotettu muotoilu: ”Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. ... Hoitopäätös ja lain potilaan asemasta ja oikeuksista 4a pykälän mukainen suunnitelma hoidon aikataulusta on tehtävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos on lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti perusteltua, on tarpeelliseksi arvioitu hoito annettava viimeistään kuuden kuukauden kuluessa.”

Tietojärjestelmät ja sähköiset palvelut

- Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan/potilaan hoitoon käytettäviä tietojärjestelmiä kehitetään niin, että hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden seurantaan liittyvät tiedot syntyvät terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta osana hoitoprosessia, ovat teknisesti ja semanttisesti yhdenmukaisia ja hyödynnettävissä kansallisesti palveluntuottajien keskinäiseen vertailuun (benchmarking) lähes reaaliaikaisina tietoina.
- Palvelujen tuottajat mahdollistavat sen, että potilaat pystyvät seuraamaan oman asiansa käsittelyn etenemistä järjestelmässä.
- Kehitetään ja otetaan kansalliseen käyttöön sähköiseen hoidon tarpeen arviointiin tarkoitetut työvälineet, ja sovitaan niiden kehittämisen ja ylläpidon vastuista.

Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotto

- THL koordinoi Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön laajentamisen.
- Duodecim yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten ja sairaanhoitopiirien kanssa kuvaa hoitosuosituksen pohjalta yleisimpien terveysongelmien osalta mallihoitosuunnitelmat, joissa määritellään yleinen hoitoprosessin kulku.
- Näihin mallihoitosuunnitelmiin määritetään tarkastuspisteet, joiden avulla hoitoprosessin toteutumista voidaan mitata.

Kriteeristöt ja mittarit

- STM päivittää Kiireettömän hoidon kriteerit ajantasaisiksi, ja niiden ylläpitovuudesta sovitaan.
- STM laatii kiireellisen hoidon kriteeristön ohjaamaan kiireellisen hoidon tarpeen arviointia ja oikean hoitopaikan valintaa.
- Tulevassa sote-järjestelmässä maakunnat vastaavat kriteerien noudattamisen seuraamisesta.
- Riittävän kattavien ja ajantasaisten näyttöön perustuvien kansallisten hoitosuosituksen ylläpito ja saatavuus osana tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmää varmistetaan.
- THL:n koordinoimana kehitetään yhteistyössä palveluntuottajien kanssa terveys- ja hoitosuunnitelman sisälle mittareita, joiden avulla on mahdollista seurata yksilöllisen hoitosuunnitelman toteutumista.

- STM:n koordinoimana tehdään mallihoitoketjuihin ja yksilölliseen hoitosuunnitelmaan perustuvan hoidon toteutumisen seurantatiedoista julkisia, ja sen myötä vähennetään viranomaisen tekemää hoitoon pääsyn seuranta.
- Asioita joita mitataan kansallisella tasolla (suhteutettuna sairastavuusindeksiin), ovat:
 - hoidettu potilas, DRG-perusteisesti;
 - käynnit/asukas;
 - käynnit/asiakas;
 - käyntien peittävyys; ja
 - pth- ja esh-kulut/asukas.

Palvelujen järjestäjien ja tuottajien toimet

- Hoitoprosessiin nopeuttamiseksi pyritään eri palveluntuottajien välisiä lähetekäytäntöjä muuttamalla yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisiin saumatomiin palveluketjuihin, jolloin voidaan luopua läheteiden käsittelyyn ja hoidon odottamiseen kuluvan ajan mittaamisesta ja siirtyä hoitosuunnitelman toteutumisen mittaamiseen.
- Kehitetään menetelmiä, joissa potilas yhteydenoton perusteella voidaan suoraan ohjata sellaisen palvelun piiriin, jossa hänen terveysongelmaansa päästään hoitamaan. Tämän toteuttaminen vaatii perus- ja erikoistason palvelujen ja terveydenhuollon ammattiryhmien välisen työnjaon uudelleen järjestämistä.
- Palveluita tuottavat organisaatiot kehittävät innovatiivisesti palvelutuotantoaan. Esimerkkeinä jo toteutetuista innovaatioista ovat matalan kynnyksen palvelut ja walk-inn vastaanotot, jotka mahdollistavat yhteydensaannin, hoidon tarpeen arvon ja hoidon aloittamisen samanaikaisuuden.

6 Yhteenveto ja suositukset

Sote-rakennemuutoksen myötä toteutuvat kansallinen ohjaus, sote-alueiden sisäinen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon integraatio, palvelujen järjestäjän ja tuottajien (osittainen) erottaminen ja palvelujen käyttäjien lisääntyvä valinnanvapaus. Nämä edellyttävät nykyisen hoitoon pääsyn seurannan kehittämistä hoidon toteutumisen seurannaksi. Kun hoidon toteutumisen tiedot saatetaan julkisiksi, vähenee tarve säädöksiin perustuvalla viranomaisvalvonnalla, joka jatkossa kohdistuu ensisijaisesti julkaistujen hoidon toteutumisen tietojen oikeellisuuden valvontaan.

Uudistamalla hoitoon pääsyn ja hoidon toteutumisen mittaamista parannetaan palvelujärjestelmän tuottamaa laatua, mahdollistetaan joustava innovaatioiden hyödyntäminen, parannetaan tietopohjaa ja vahvistetaan potilaiden ja asiakkaiden omaa osallistumista terveydentilansa ylläpitämiseen ja sairauksien hoitoon. Samalla sosiaali- ja terveystalouden koskevan tiedon avoimuus lisääntyy ja palvelun järjestäjien, palvelun tuottajien ja palvelun käyttäjien toimesta tapahtuva palvelujen saatavuuden ja laadun omavalvonta mahdollistuu.

Työryhmän suosittelee, että:

1. **Säädökset:** Uudistetaan nykymuotoista hoitoon pääsyn mittaamista, ja kehitetään säädöksiä mahdollistamaan hoitoon pääsyn ja hoidon ja terveydenhuollon palvelujen toteutumisen mittaamista yksilöllisesti arvioidun hoidon tarpeen ja hyvien toimintatapojen pohjalta. Hoitoon pääsyn ja yksittäisten hoitotapahtumien toteutumisen sijasta parannetaan vaikuttavan hoidon kokonaisuuksien toteutumista kaikkien potilasryhmien kohdalla ja siirrytään ohjaamaan ja seuraamaan hoidon ja palvelujen kokonaisuutta tiedon avoimuuden ja omavalvonnan avulla.
2. **Mittaaminen:** Määritetään yhtenäiset hoitoon ja kuntoutukseen pääsyn ja hoidon ja terveydenhuollon palvelujen toteutumisen mittarit ajantasaisten kansallisten suositusten ja hyvien käytäntöjen pohjalta. Lisäksi veloitetaan palvelujen tarjoajat julkaisemaan omat mittaustietonsa säännöllisesti kansallisesti sovitulla julkaisuallustalla ja mahdollistamaan palvelujen käyttäjille oman asiansa etenemisen seurannan.
3. **Sähköiset palvelut:** Kehitetään sähköisiä palveluja, jotka mahdollistavat reaaliaikaisesti hoitoon pääsyn toteutumisen seurannan kansallisesti yhteisesti sovitulla tavoilla (esimerkiksi kolmannen vapaan palvelutapahtuman aikaa mittaamalla). Koordinoidaan kansallisella tasolla sähköisten palveluiden kokonaisuus, joka mahdollistaa potilaan tai hänen läheistensä oman hoidon tarpeen virtuaalisen arvioinnin ja sen pohjalta tapahtuvan hoitoon ohjauksen.

Liite 1: Tietojärjestelmien valmius ja tiedonkeruun nykytilanne

Pirkko Kortekangas

Perusterveydenhuollon tiedon tuotto ja keruu

Yhteyden saaminen

Yhteyden saamisen viivettä perusterveydenhuoltoon mitataan puhelinvaihteen tiedot rekisteröivistä järjestelmistä, joihin jää tieto yksilöidyn henkilön yrityksestä soittaa terveyskeskukseen. Viive mitataan ensimmäisestä soitosta siihen, kun työntekijä tai hoitotarpeen arvioitsija vastaa puheluun tai soittaa itse myöhemmin takaisin soittaneeseen numeroon. Yhteyden saanti raportoidaan puhelinjärjestelmästä erikseen, yhdistämättä niitä tietoon, mikä on soitosta mahdollisesti seuraava hoitotarpeenarvioinnin tulos. Yhteyttä yrittänyt henkilö yksilöidään vastaamalla puheluun, tarvittaessa automaattisesti, jolloin soittajan numero voidaan kysyä ja ottaa talteen. Hoitoon pääsyn seurannan alkuaikoina ei ollut itsestään selvää, että soittaja käyttää henkilökohtaista matkapuhelinta. Numeroa, josta soitto tuli, ei mm. tämän takia edes yritetty ottaa talteen automaattisesti.

Soitoista tilastoidaan soittajan tekemien automaattivalintojen tai puheluun vastaajan tekemän kirjauksen perusteella ne, joiden aihe on hoidon tarpeen arviointi. Henkilölle voidaan kontaktin yhteydessä varata aika kasvokkain tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin tai tehdä arviointi puhelinsoiton yhteydessä.

Pääsy hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon

Perusterveydenhuollossa otettiin hoitoon pääsyn toimeenpanon yhteydessä käyttöön uusi erillinen portinvartijatoiminto ”hoidon tarpeen arviointi”. Samalla määriteltiin, että potilaskontaktissa tapahtuva muu asiointi potilaan kanssa on aina ”hoitoa”. Hoidon tarpeen arviointiin

osallistuvat työntekijät koulutettiin uuteen tapaan toimia, ja sen osana uuteen kirjaamiskäytäntöön – ei kaiken päälle tulevaan lisäkirjaamiseen.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn viivettä mitataan käyttäjän potilastietojärjestelmään tekemästä merkinnästä, että tietyllä hetkellä on tehty hoidon tarpeen arviointi, ja merkinnästä, että arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu käynti on alkanut. Mikäli hoidon tarve arvioidaan kasvokkain, mittapisteinä toimivat käynnin puhelinkontaktin yhteydessä tehdyn varauksen aika ja hoidon tarpeen arviointikäynnin alkamisaika.

Hoidon tarpeen arvioinniksi kirjataan kaikki tilanteet, joissa henkilö ottaa yhteyttä sellaisessa terveyteen liittyvässä asiassa, johon hänellä ei ollut käynnissä aiemmin sovittua hoitoa. Hoitoon pääsyn arvioinnin tuloksen ilmoittamiseksi tehtiin uusi luokitus, ”Hoidon tarpeen arvioinnin tulos” ja otettiin käyttöön tapa kirjata jatkotoimien kiireellisyys.

Hoidon tarpeen arvioinnin tuloksen luokitusten vaihtoehdot tekevät mahdolliseksi linkittää ja luokitella valmiiksi myös arviointia seuraavan tapahtuman kiireellisyys. Tarpeen arviointitilanteessa tehty ajanvaraus voidaan yhdistää varattuun tapahtumaan joko varaushetken tai ketjutettavia tapahtumia yhdistävän yksilöivän tunnusteen avulla. Vastaavasti, viivästetty ajanvarustieto voidaan linkittää ajanvarausjono-tietoon. Viiveen mittaaminen on mahdollista yhdistettyjen tapahtumien välillä ilman erillistä paikallistuntemusta edellyttävää tiedonjalostusta.

Tällä hetkellä yhteydenotto terveydenhuoltoon ohjautuu yhä useammin yhteispäivystyksen tai muun yhteisen palvelun kautta. Tämä ainakin nyt aiheuttaa perusterveydenhuollon yhteydensaannin ja hoitoon pääsyn aineistojen vääristymisen, kun osa yhteydenottotiedoista ja osa hoidon tarpeen arvioinnin tuloksista jäävät THL:lle raportoitavien tietojen ulkopuolelle. Järjestelmä, johon palvelutarpeen arviointi kirjataan, ei ole välttämättä yhteensopiva potilaan kotikunnan mukaisen terveyskeskuksen hoitoon pääsyn tiedot raportoivan perusjärjestelmän kanssa. Toisaalta voi olla, ettei vain ole huomattu järjestää hoitoon pääsyn raportointia vielä asianmukaisesti.

Erikoissairaanhoidon tiedon tuotto ja keruu

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä kuvaavan tiedon mittaaminen perustuu käsitteisiin lähete, suunnitelma, hoidon tarpeen arviointi ja hoito. Tässä yhteydessä käsitettä suunnitelma ei määriteltä tietyksi uudeksi tietojoukoksi vaan toiminnoksi, jossa potilaalle lähetetään määräajan kuluessa tieto suunnitelluista jatkotoimista. Käsitteen hoidon tarpeen arviointi ero erikoissairaanhoidon, esim. taudinmääritykseen, on määrittämätön ja sellaisena pysyy, koska tarve erikoissairaanhoidon kannanottoon todetaan, kun erikoissairaanhoidon prosessi laitetaan viireille.

Lähetteen käsittelyaika

Lähetteen käsittelyajan raporteissa aineistona ovat kaikki saapuneet ja vastaanotetut läheteet. Mittapisteinä ovat lähetteen saapumisaika toimintayksikön tietojärjestelmään tai pöydälle sekä hetki, kun terveydenhuollon ammattihenkilö on ottanut kantaa, mitä palveluita potilaalle tilataan. Lähetteen käsittelyaika raportoidaan samalla tavalla irrallisena kuin yhteyden saanti perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arviointiin. Raportointiin sisältyvien lähetteen määrää ei ole sama kuin muiden erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn raporttien tapausmäärät. Muu hoitoon pääsyn aineisto rajataan koskemaan vain raportoitavien syiden takia hoitoa odottamaan päätyneisiin. Tässä aineistossa lähetteen saapumisaikaa käytetään toisen viiveen mittausten alkupisteenä, hetkenä, jolloin hoidon tai arvioinnin odottaminen alkaa.

Lähetteen tekninen saapumisajankohta on yksiselitteinen tieto, kun kyse on nimenomaan lähetteestä eikä sen liitteistä. Yksityissektorin lähetteet tulevat usein edelleen paperisena, mutta tämä ei ole erityinen haaste tai virheiden lähde, kunhan lähetteen hallinnolliset tiedot kirjaa-valla työntekijällä on käytössään asianmukainen saapumisleimaus.

Lähetteen käsittelyajan päättymisen ajankohdan tietojen keruu edellyttää toimintayksikön hallussa olevaa tietoa yksikön käytännöistä sekä tietoa tietojärjestelmäkohtaisesta yksityiskoh-tein toteutustavasta. Alla kuvataan näitä monia paikallista asiantuntemusta vaativia tekijöitä.

Lähetteen kulku ja käsittelyn tiedon hallinta poikkeaa puhelusta, vaikka lähete raportoinnin erillisyyden takia tavallaan rinnastuu mittaushetkenä perusterveydenhuollon yhteyden saami-sen aikaan. Puhelun kuluessa asia käsitellään loppuun, kun taas lähetteen käsittelyä ei voi aina saada loppuun kerralla. Lähetteen liitteet, esim. kuvantamistutkimukset, tulevat paperipostin välityksellä. Lähete on voitu osoittaa väärälle erikoisalalle, jolloin se pitää siirtää. Lähetteen perusteella voi syntyä tarve käynnistää useamman erikoisalalan hoito. Läheteessä olevat tiedot voivat olla puutteellisia, ja lisätietojen saaminen voi edellyttää täydentävien läheteiden pyy-tämistä. Potilaan samasta asiasta voi tulla useita läheteitä eri tahoilta. Näkyvissä on myös suunta, että perusterveydenhuolto tekee yhä useammin, potilaan hoidon sujuvoittamiseksi, lähetteen erikoissairaanhoidon yhtä aikaa, kun tehdään hoidon arviointikriteerien mukaan lähettäjän pyytävälle kuuluvien tutkimusten pyynnöt. Lähete voi tulla perille jopa viikko- ja ennen tutkimusten tekemistä.

Ammattihenkilöllä ei ole tosiasiallisia edellytyksiä suunnitella potilaan jatkoja ennen kaiki-en oheistietojen saamista. Vaikka edellä kuvatut asiat ilmenevät useimmissa erikoissairaanhoidon yksiköissä, eivät ne näytä vaikuttavan eri yksiköiden tietojen vertailtavuuteen, asiaa mutkistaa ammattihenkilöiden ja järjestelmien erilainen tapa reagoida edellytysten puut-tumiseen. THL:n kirjaamisohjeissa 2013 todettiin, että lähete kuitataan käsitellyksi, kun riittä-vien tietojen puute on todettu. Ammattihenkilön kannalta on kummallista merkitä lähete käsi-tellyksi tai hoidon tarve arvioiduksi tilanteessa, jossa on vasta todettu, ettei asiaan voi ottaa vielä kantaa. Lähetteen käsitellyksi merkitseminen ”väärässä vaiheessa”, vain hoitoon pääsyn mittaamisen takia, ei ole ongelmatonta tietojärjestelmienkään kannalta. Lähetteen merkitsemi-nen käsitellyksi laukaisee järjestelmissä hyvää työprosessia tukevia jatkotehtäviä, mikä tuki näissä tilanteissa menetetään.

Hoitotakuun mittaamisessa lähetteen toteaminen saapuneeksi oikealle erikoisalalle on yksi tieto. Tieto, milloin lääkäri on ottanut kantaa jatkotoimiin, on toinen tieto. Jälkimmäinen on hetki, jonka jälkeen potilasta informoidaan hoidon suunnitelmasta. Jatkotoimet voivat eri tilanteissa olla hyvin erilaisia: aloitetaan hoidon tarpeen arviointi, taudinmäärittäminen, hoito, sairaanhoidollinen tukipalvelu tai lääkinnällinen kuntoutus. Jatkotoimi voi myös olla toteamus, että erikoissairaanhoidon tietämys voidaan tuottaa kirjallisesti, kutsumatta potilasta jatkotutkimuksiin tai käynnille.

Jatkotoimista päättämisen hetki kirjataan ja poimitaan eri tietojärjestelmissä ja käyttäjäor-ganisaatioissa eri termeillä, mutta mittapisteenä ei voi käyttää suunnitelman lähettämistä poti-laalle. Ensimmäinen lähetteen jälkeinen kirje potilaalle voi olla muutakin kuin suunnitelma, esim. vain täydentävä kysymys, ilmoitus lähetteen siirtämisestä, pyyntö käydä moniresistentti-en bakteerien näytteissä tai suunnitelma eli ilmoitus varatusta ajasta. Suunnitelma voidaan ilmoittaa myös soittamalla, sähköisesti tai suullisesti. Koska muuta prosessista poimittavaa yhtä mittapistettä ei ole, lähetteen perusteella jatkotoimet suunnitellut lääkäri painaa lähetejär-jestelmässä jotain painiketta, esim. hyväksy, merkiksi siitä, että lähete on käsitelty ja jatkotoi-met voidaan alkaa. Eräissä organisaatioissa käyttäjä kirjaa lisäksi erikseen tiedon, että hoidon tarpeen arviointi on tehty. Raportointipiste poimitaan näin eri tiedosta samaa potilastietojär-jestelmää käyttävissäkin toimintayksiköissä.

Epäyhtenäistä lähetteen käsittelyn lähdetietojen poimintaa raportointiin voi edellä kuvattu-jen tilanteiden lisäksi aiheuttaa lähete- ja konsultaatiokäsitteiden erilaiset tulkinnat. Termi

lähete tarkoittaa käytännön työntekijälle edelleen kahta käsitteellisesti eri asiaa: ulkoista eli uuden hoidon käynnistävää eli hoitovastuun siirtävää lähetettä taikka ns. sisäistä lähetettä. Lähete, jota kiireettömässä hoitoon pääsystä seurataan, on erikoissairaanhoidon uusi vireillepano, joka voi tapahtua erikoissairaanhoidon yksikön ulko- tai sisäpuolelta. Jo vireille pantuun hoitoon liittyy usein tarve jakaa tai siirtää hoitovastuuta usealle erikoisalalle, ja tästä sisäisestä tilauksesta voidaan käyttää nimitystä ”sisäinen lähete” tai ”sisäinen konsultaatiopyyntö”. Lähetekäsitteitä hämmentää osaltaan sekin, että päivystyslähetteestä tulee katoavaa perinnettä, kun siirrytään yhteispäivystykseen. Lisäksi sairaaloissa on erilaisia liiketoimintamalleja: osassa sairaaloita lähete voi kohdistua itsenäiseen terapiapalveluun, jolloin niistäkin tulee hoitoon pääsyn mittauskohde; osassa sairaaloissa terapiapalvelut ovat aina hoitavan yksikön sisäisesti tilaamia palveluita.

Konsultaatio- ja lähetekäsitteisiin liittyy eri käsityksiä siitä, onko kysyjällä vai vastaajalla oikeus arvioida, mikä on riittävä tapa tarjota erikoissairaanhoidon yksittäisessä tilanteessa. Joidenkin terveyskeskusten lähetejärjestelmä on edelleen säädetty siten, että päätösvalta siitä, pitääkö potilaalle antaa aika erikoissairaanhoidon vai riittääkö ongelman ratkaisu tavalla tai toisella, on vain lähetteen lähettäjällä. Tällöin lähete pitää palauttaa lähettäjälle ja pyytää sen muuttamista konsultaatiopyynnöksi, jos esitettyyn ongelmaan voidaan vastata tapaamatta potilasta. Jos raportoiva organisaatio käsittää konsultaatiopyyntö- otsakkeella tulleet erikoissairaanhoidon vireillepanot muuksi kuin lähetteen alatyypiksi, voi raportoinnin kattavuudessa olla organisaatiokohtaisia eroja.

Lähetteen linkitys siitä seuraavaan erikoissairaanhoidon

Tieto siitä, onko jokin tietty käynti, tutkimus, toimenpide tai hoitajakso seurausta potilaan yhdestä vai toisesta lähetteestä tai päivystyskäynnistä, perustuu käyttäjän valintaan. Joissain järjestelmissä käyttäjän tulee liittää jokainen varattu tai alkava tapahtuma tiettyyn läheteeseen, toisissa järjestelmissä liitääntä tehdään käsitteeseen ”hoitokokonaisuus”. Ongelma on se, että aikaa varaava avustava henkilö joutuu tekemään linkityksen vähin tiedoin.

Merkittävällä osalla potilaista on yhtä aikaa käynnissä erikoissairaanhoidon useamman kuin yhden erillisen syyn takia yhtä aikaa. Saman sairauden takia voidaan tehdä aikojen saatossa useita erillisiä erikoissairaanhoidon vireillepanoja. Potilas voi joutua hakeutumaan päivystykseen ja siitä seuraaviin ylimääräisiin kontakteihin jo kiireettömässä hoidossa olleen sairauden takia. Lisähaasteen lähetteen ja hoidon tapahtumien linkitykseen tuo se, että yhdestä vireillepanosta lähtevän kokonaisuuden päättymisen merkitseminen järjestelmään jää eräissä tapauksissa työntekijän muistin varaan. Tällöin saman sairauden uusi vireillepano linkitetään helposti aikaisempaan hoitoon ja uusien hoitoon pääsy jää raportoitavan aineiston ulkopuolelle.

Hoidon tarpeen arviointi ja hoito

Kun raportoidaan hoidon tarpeen arviointiin pääsyn aikaa, aineistoon otetaan vain ne hoitavan yksikön käynnit ja hoitajaksot, joiden lähetteestä seuraavan tapahtuman odottamisen syyksi on merkitty ”hoidon tarpeen arviointi”. Mittauksen alkupiste on kyseisen tapahtuman käynnistäneen lähetteen saapumisaika.

Kun raportoidaan hoitoon pääsyn aikaa, aineistoon otetaan vain ne hoitavan yksikön käynnit ja hoitajaksot, joiden ensimmäisen hoitavan yksikön tapahtuman odottamisen syyksi on merkitty ”sairaalan resurssit”. Mittauksen alkupiste on kyseisen tapahtuman käynnistäneen lähetteen saapumisaika.

Raporteissa näkyvien aineistojen koko vaihtelee kahden potilasvirroiltaan saman kokoisen sairaalan välillä. Alla on kuvattu tähän johtavia tekijöitä.

Toisin kuin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn määrittelytyössä ei todettu, että erikoissairaanhoidon lääkärin potilaskontakti olisi aina hoitoa. Näin tulkinta, onko erikoissairaanhoidon ensimmäinen lähetteen jälkeinen kontakti hoidon tarpeen arviointia vai hoitoa, on jätetty potilasta hoitavien tapauskohtaisesti harkittavaksi. Valinta, onko tapahtuman odottamisen syy ”sairaalan resurssi” vai ”hoidon tarpeen arviointi”, tehdään aikaa varatessa. Kun käsitteiden ero ei ole ilmeinen ja kun varauksen tekee pääsääntöisesti muu kuin lääkäri, on monissa organisaatioissa toiminnan sujuvoittamiseksi linjattu erikoisalakohtaisesti oletusvalintoja. Linjaus kertoo, kumpaa odottamisen syyn vaihtoehtoa lähetteen perusteella tehtävässä ”ensimmäisen käynnin” varauksessa käytetään, jos lääkäri ei erikseen muuta ilmoita. Selvitystä käytäntöjen yhtenäisyydestä saman erikoisalalan eri sairaaloiden käytännöistä ei ole tehty. Konservatiivisten alojen edustajat ilmeisesti tulkitsevat useimmiten kyseessä olevan ensimmäisestä käynnistä lähtien taudin määrittely, joka mm. terveydenhuoltolain mukaan on sairaanhoitoa (odottamisen syyn vaihtoehto sairaalan resurssi). Operatiivisten alojen edustajat tulkinnevat ensimmäisen käynnin olevan usein hoidon tarpeen arviointia. Psykiatriassa terapian tai muun hoidon tarpeen arviointi voi kestää alan toimijoiden mielestä hyvinkin pitkään, vaikka arviointi olisi aloitettu säädösten asettamissa rajoissa.

Ensimmäisen käynnin tai hoitajakson tunnistaminen perustuu yksilöidyn lähetteen ja siitä seuraavien tapahtumien oikeaan linkitykseen. Linkityksen aiemmin kuvavatut haasteet heijastuvat ensimmäisen käynnin raportoinnin haasteina. Hoidon tarpeen arvioinnin ja sellaisen hoidon, jota ei kuvata toimenpidekoodilla, raportoinnissa rajataan pois kaikki muut ensimmäisen käynnin jälkeiset tapahtumat riippumatta hoidon odottamisen syystä.

Jos hoito on kirjattu toimenpidekoodilla, hoitoon pääsyä raportoidaan THL:n ilmoittamien toimenpiteiden osalta riippumatta sen ajallisesta sijoittumisesta tai linkittymisestä tiettyyn läheteeseen. Raportoitavasta aineistosta rajataan pois muut kuin odottamisen syyn ”sairaalan resurssit” takia aikaa odottavat. Mittapisteinä toimivat hoidon tarpeen toteamisen ajankohta ja toimenpiteen sisältävän tapahtuman alkaminen.

Odottamisen yhteydessä usein mainittu käsite jono on vain nimi potilastietojärjestelmän työvälineelle, joka mahdollistaa ja pakottaa toimenpiteen tarpeen toteamisen ajankohdan kirjaamisen. Myös ilman jonoa ajan saaneiden hoitoon pääsy sisältyy raporteihin. Erikoissairaanhoidon prosessien kehittämisessä on jo vuosia pyritty antamaan aika hoitoon saman tien kun hoidon tarve on todettu. Mittauksen alkupisteinä käytetään jonokirjauksessa annettua päätöspäivämäärää tai ajanvarauksen tekemisen päivämäärää. Jos kumpaakaan ei ole, etsitään edellinen tapahtuma, esim. lähetteen hyväksymispäivä, ja käytetään sen päivämäärää alkupisteinä. Menettelyyn sisältyy riski, että mittauksessa käytetty alkupäivä on hoidon tarpeen todellista toteamista pari päivää myöhäisempi. Tahallisesta ajanvarauksen viivyttelystä ei kuitenkaan ole saatu näyttöä. Tarkempaa, joka tilanteessa käyttäjää pakottavaa kirjaustapaa tai aukotonta tietojen automaattista poimintatapaa ei ole saatu kehitettyä, koska toimenpiteen tarve todetaan ja toimenpiteestä päätetään hyvin erilaisissa hoidon tilanteissa.

Hoitoon pääsyn tilastojen aineistokokoihin vaikuttaa myös toimenpidekoodien käytön vähäisyys konservatiivisilla aloilla. Tämä tarkoittaa, että konservatiivisten alojen hoitoon pääsyn tilastointi sisältää vain tiedot lähetteen jälkeisen ensimmäisen käynnin viiveestä. Operatiivisilla aloilla hoitoon pääsyn aineisto kattaa sekä ensimmäisen käynnin, jos se on tulkittu hoidoksi, viiveen että leikkaus- tai muun koodilla ilmaistujen toimenpiteiden viiveen.