

Kimmo Mattila ja Janne Aaltonen

Terveydenhuollon laatu ja sen julkinen raportointi – koska on Suomen vuoro?

Terveyspalvelujärjestelmän tehtävänä on tuottaa terveyttä ja hyvinvointia. Maailmalla tuottajille maksetaan yhä yleisemmin näistä tuloksista (1). Ruotsi, jossa on jo pitkään ollut kattava laaturekisteriverkosto, etenee tällä tiellä (2). Tuloksen arvioiminen ei ole mahdollista, jos tiedot hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta puuttuvat. Vaikka näiden tietojen tärkeydestä vallitsee laaja yksimielisyys, Suomessa käytetään suhteettoman vähän resursseja aikaan saadun tuloksen mittaamiseksi. Sen sijaan meillä raportoidaan kustannuksia ja erilaisia välisuoritteita.

Kilpailluilla toimialoilla panostetaan laadun mittaamiseen ja tulokset raportoidaan enenevässä määrin myös julkisesti. Samantyyppinen asetelma koskee useassa maassa myös terveydenhuoltoa. Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa tuskaillaan ennemminkin liian suuren laatumittarimäärän kanssa (3). Erityisesti Yhdysvalloissa, jossa tuottajat kilpailevat potilaista, laadun mittaaminen ja raportointi on tärkeää. Yksi tunnetuimpia sairaaloiden ranking-listoja on U.S. News -lehden Best Hospitals (4). Potilaat käyttävät raportoituja tietoja päätöksenteossa vielä toistaiseksi suhteellisen harvoin, mutta julkisilla tuloksilla on ollut suuri merkitys sairaaloiden toiminnan kehittämässä (5).

Laatua ja vaikuttavuutta mitataan toki jossain määrin meilläkin. Vertailuun perustuvan toiminnan kehittämisen pioneeri on ollut jo 1994 aloittanut Intensium-konsortio (6). THL:n Perfect-hankkeen puitteissa tulokset myös raportoidaan julkisesti (7). Hoidon laadun mittaaminen ei ole teknisesti ongelmonta. Käytettyjen päätetapahtumamittarien tulisi

olla vakioituja erilaisten sekoittavien tekijöiden suhteen sekä riittävän herkkiä havaitsemaan merkityksellinen muutos. Tekniset haasteet ovat epäilemättä hidastaneet kehitystä Suomessa, mutta samat tekniset ongelmat koskevat muitakin maita. Suomi tulee terveydenhuollon laadun mittaamisessa ja raportoinnissa pahasti jälkijunassa – miksi?

Sytä on varmaan useita. Järjestelmätutkimusta ei vielä kukaan arvosteta yhtä paljon kuin kliinistä tutkimusta, vaikka hoitojärjestelmän arvioimisella ja jatkuvalla kehittämisellä voi olla suurempi merkitys kuin yksittäisellä kliinisellä tutkimuksella. Erilaiset tietosuojan ja muuhun vastaavaan liittyvät lainsäädännölliset esteet hidastavat myös osaltaan toivottua kehitystä. Toisaalta hyvästä laadusta ei meillä palkita. Tuottajat laskuttavat laatupuutteisiin liittyvät ”ylimääräiset” kustannukset tilaajalta – huono laatu tulee erityisesti potilaalle kalliiksi (8).

Monet terveydenhuollon organisaatiot ovat itse keränneet erilaista laatutietoa, vaikka sen kerääminen on ollut vaivalloista ja sisältänyt ”kynällä ja paperilla” -elementtejä. Nyt moni toimija on hankkimassa tai jo hankkinut erillisiä laaturekisteriohjelmiä. Kehitys kertoo ilahduttavasti leviävästä mitattavan laatutiedon merkityksen ymmärtämisestä. Nyt tulisikin kiireesti päättää toimijoiden välisestä työnjaosta, laadun ulottuvuuksista, mittareiden määrittämisestä ja muista tekijöistä, joiden huomiotta jättäminen vaarantaa tulosten hyödynnettävyyden ja moninkertaistaa työn määrän. Esimerkiksi STM voisi ottaa tässä keskeisen roolin.

Olemassa olevaakaan itse koottua laatutietoa ei julkisista lähteistä juuri löydy. Tiedon julkaisemiselle ei ole juridisia tai teknisiä es-

teitä, joten syy löytynee vallitsevan kulttuurin puolelta. Laatumiedon läpinäkyvyyden puute on kansainvälisesti yhä harvinaisempaa. Emme näe salailulle yhtään perustetta. Päinvastoin läpinäkyvyys on lopulta kaikkien etu. Läpinäkyvyyden lisääntymisestä löytyy meilläkin jo hyviä esimerkkejä esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä (9), Tampereen Sydänsairaalaasta (10) sekä HYKS:n Lasten ja nuorten sairaalasta (11). Esimerkeissä kuitenkin näkyy selvästi esille tuomamme yhteisesti sovittujen sisältöjen ja määrittelyiden puute.

Useissa maissa on käytössä erilaisia laatuun ja vaikuttavuuteen liittyviä bonus- ja sanktiomalleja. Laadun ja vaikuttavuuden edistäminen kannattaisi meilläkin liittää resurssien allokointiin. Yksinkertaisin tapa tukea tällaista ohjausta voisi olla laatutakuu. HYKSin Oy on soveltanut toimintansa alusta asti hoidon komplisointumisen riskiin perustuvaa hinnoittelumallia. Mitä vähemmän komplikaatioita syntyy, sitä enemmän tuottaja ansaitsee, koska kiinteä hinta asetetaan etukäteen. Koska näistä potilaista kilpaillaan kansainvälisesti, ei hintoja voi nostaa huonosta laadusta johtuvan ylimääräisen

riskin vuoksi. Vaikka potilasmäärät ovat pieniä ja painottuvat erittäin vaativiin toimenpiteisiin, järjestelmä on toiminut hyvin. Hyvästä laadusta palkitaan, ja etukäteen tehty hoitoarvio antaa mahdollisuuden ohjata resursseja ja verata suunnitelmaa toteutumaan. Samaa logiikkaa voitaisiin soveltaa myös terveydenhuollon muuhun toimintaan. Tällöin suunnittelematomista uusista käynneistä tai valtaosin estettävissä olevista komplikaatioista, kuten painehaavoista ei ”palkita”, vaan tuottaja maksaa niiden kustannukset itse voimatta periä niitä kunnilta tai muilta maksajilta. Kun hyöty komplikaatioiden vähenemisestä jää tuottajalle itselleen, niihin kiinnitetään enemmän huomiota.

Laatumiedon läpinäkyvyyttä tullaan varmasti jatkossa vaatimaan myös suomalaisilta terveydenhuollon toimijoilta. Lääkärökunnan toivoisi yhdessä ajavan tätä asiaa. Mitä enemmän kliinistä osaamista saadaan mukaan yhdenmuotoista laatumietoa kehittämään ja sitä julkaisemaan, sitä paremmin toiminnan sisältö ja lopputulos nousee kustannuskeskustelun rinnalle. Pelkkä hyvä tahto ei todennäköisesti riitä. Suomessakin tarvitaan kannustinmalleja. ■



KIMMO MATTILA
Dosentti, yllilääkäri
HUS Yhtymähallinto



JANNE AALTONEN
Toimitusjohtaja
HYKSin Oy

SIDONNAISUUDET

Kimmo Mattila: Ei sidonnaisuuksia
Janne Aaltonen: Työsuhde (Logica, Stakes, Efeko, HUS), luentopalkkio (Health-MBA-ohjelma, Tampereen yliopisto, profesio)

KIRJALLISUUTTA

- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010;363:2477–81.
- Sveus – nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården [verkkosivu]. www.sveus.se.
- Cassel CK, Conway PH, Delbanco S, Jha AK, Saunders RS, Lee TH. Getting more performance from performance measurement. *N Engl J Med* 2014;371:2145–7.
- U.S. news and world report rankings: best hospitals. U.S. news and world report on health. <http://health.usnews.com/best-hospitals>.
- Pham HH, Coughlan J, O'Malley AS. The impact of quality-reporting programs on hospital operations. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:1412–22.
- Kari A, Mussalo P. Suomalaisen tehohoidon vertaisarvioinnin alkuvaiheet. *Finnaest* 2012;45:316–22.
- PERFECT-hanke: performance, effectiveness and cost of treatment episodes. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hankkeet ja ohjelmat 2015. www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect.
- Song Z, Rose S, Safran DG, Landon BE, Day MP, Chernew ME. Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med* 2014; 371:1704–14.
- Potilashoidon vuosikertomus 2014. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015. www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/mediatiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Potilashoidon-vuosikertomus-2014.pdf.
- Hoidon laatu ja mittarit. TAYS Sydänsairaala 2015. www.sydansairaala.fi/sivu.tmp?sivu_id=431.
- HUS toimintakertomukset 2014. www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS-LaNu/tietoa_tysta/toimintakertomukset/Sivut/default.aspx.