

Kattavat tiedot sairauksien ilmaantuvuudesta ja hoitojen kustannusvaikuttavuudesta parantaisivat terveydenhuollon voimavarojen käyttöä

Tehohoidon vaikuttavuuden seuranta laajan potilastietokannan avulla

Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö edellyttää korkeatasoista ja harhatonta tietoa taudeista, annetuista hoidoista ja niiden kustannusvaikuttavuudesta. Paras terveydenhuollon yksikön toimintaa ohjaava tieto tulee omasta toiminnasta. Toiminnan laadun seuranta (hoidon pitkäaikais-tulos, komplikaatiot ja kustannukset) onkin välttämätöntä. Se vaatii aina vertaisarviointia (benchmarking) muihin vastaaviin yksiköihin nähden. Suomessa tämä laadunhallinta on järjestetty vaihtelevasti yksityisten palveluntuottajien taikka kansallisten tai kansainvälisten rekisterien avulla. Yhtenäistä standardia kerättävälle tiedolle, hoitojen kustannusvaikuttavuuden laskennan perusteille ja seurannan pituudelle ei Suomessa kuitenkaan ole kyetty luomaan. Tietosuoja-lain tiukat tulkinnat rajoittavat oleellisten tietojen yhdistämistä ja teettävät runsaasti päällekkäistä työtä. Kansalaisella on siis oikeus vaatia ja saada vaikuttavaa hoitoa, mutta tutkijoille annetut välineet vaikuttavuuden tutkimukseen ovat niukat.

Hoidon vaikuttavuuden kannalta keskeisiä ovat suurta joukkoa koskettavat kansantaudit sekä toisaalta yksilötasolla ns. kalliit hoidot, joiden kustannusvaikuttavuus tulee perustella erityisen hyvin. Tehohoito on esimerkki jälkimmäisestä. Suomen tehohoidon laatukonsortio kerää kattavasti tietoa tehohoitoon tulon syystä, sairauksista, iästä ja demografisista perusmuuttujista sekä laskennallisesta sairaalakuoleman riskistä ilman henkilötunnisteita. Tätä laaturekisteritietoa on voitu hyödyntää sairaaloiden väliseen vertailuun ja kehitykseen ja myös tehohoidon tulokseen vaikuttavien tekijöiden tutkimukseen (Niskanen ym.

1996, Reinikainen ym. 2007). Kustannusvaikuttavuuden arviointiin tarvitaan kuitenkin rutiiniseurantaa kattavampaa kustannusten rekisteröintiä (myös sairaalahoitajakson jälkeen) ja kuolleisuuden pidempää seurantaa. Päälekkäisen työn välttämiseksi tehohoidon konsortio on rakentanut etenevien havainnoivien tutkimusten (FINNSEPSIS, FINNALI, FINNRESUSCI) tiedonkeruun olemassa olevan rekisteritiedon päälle. Tämän suomalaisen tutkimusmallin etuja ovat tutkimusasetelman kattavuus ja kansainvälisesti poikkeavan kattava potilaiden seuranta. Tässä numerossa (Varpula ym.) esitetään päätulokset suomalaisesta akuutin hengitysvajauksen tutkimuksesta (Linko ym. 2009). Tämän FINNALI-tutkimuksen yhtenä päätuloksena oli, että akuutin hengitysvajauksen hoito suomalaisilla teho-osastoilla on yksilötason korkeista kustannuksista huolimatta erittäin kustannusvaikuttavaa (Linko ym. 2010), kuten aiemmin oli jo osoitettu vaikean sepsiksen osalta FINNSEPSIS-tutkimuksessa (Karlsson ym. 2009). Tämä tulos on pätevä nykyisillä tehohoidon kriteereillä. Valitettavasti molempien edellä mainittujen tutkimusten rajoituksena on, ettei teho-osastojen ulkopuolisia potilaita voitu kattavasti jäljittää.

Takautuva ICD-koodeihin perustuva terveydenhuollon vaikuttavuuden arviointi ei ole ongelmatonta eikä riittävää. Eettisen toimikunnan lupiin perustuvien etenevien havainnoivien tutkimusten kirjo ei kata kaikkia sairauksia ja hoitoja, eikä seuranta ole luonteeltaan jatkuvaa vaan projektiluonteista. Parhaiten jo olemassa olevat rekisterit palvelevat rajattujen potilasryhmien seurannassa (elinsiirtorekiste-

ri, lasten sydänkirurgia, syöpärekisterit), joissa seuranta on elinikäistä. Aiemmistä valtakunnallisista rekistereistä voidaan mainita runsaasti tutkimustietoa tuottaneet FINNVASC (Lepäntalo ym. 1994) ja FINNPROSTATA (Mikkola ym. 2007). Pikkukeskosten Perfect-hanke (Korvenranta ym. 2010) on kansainvälisestikin ainutlaatuinen. Terveydenhuollon rekisterien toteuttamistapa ja kerättävä perustieto poikkeavat kuitenkin toisistaan, jolloin eri sairausryhmien hoidon vertailu kansainväliin rekistereihin ja myös muihin sairauksiin on vaikeaa tai jopa mahdotonta. Käytössä olevista arviointimenetelmistä syöpärekistereissä käytetyn väestöön suhteutetun kuolleisuuden ilmoittaminen soveltuu monelle muullekin alalle.

Jos suomalaisen terveydenhuollon voimavaroja halutaan suunnata oikeudenmukaisesti tutkittuun tietoon perustuen, tämä edellyttää kustannusvaikuttavuuden parempaa ja kattavampaa seurantaa. Hoitosuosituksen laatiminen on hyvä askel oikeaan suuntaan muttei yksin riitä. Olisi aiheellista harkita kaikkien suomalaisten sairaus- ja hoitorekisterien yhdistämistä yhteen valtakunnalliseen yksikköön. Yli viiden miljoonan väestömme on riittävä useimpien sairauksien ja hoitojen arviointiin. Suomella on henkilötunnisteeseen perustuvan kattavan väestötasoisin seurannan etu useimpiin muihin maihin verrattuna. Esimerkiksi kuolleisuustietojen kattava seuranta ei ole mahdollista Yhdysvalloissa ja Australiassa paitsi yhdessä osavaltiossa.

Valtakunnallinen laatu- ja tutkimuskeskus voisi luontevimmin toimia jonkin yliopistosairaalan yhteydessä, jolloin myös tietosuojalain vaatimukset ovat helpommin hallittavissa. Tämä vaatisi jo olemassa olevan rekisterityön ja osaamisen ostamista ja hyödyntämistä – ei ole varaa eikä aikaa aloittaa työtä alusta. Toiseksi kerättävä vaikuttavuus- ja kustannustieto sekä kustannusvaikuttavuuden laskentaperusteet tulisi yhdenmukaistaa kansallisesti. Kolmanneksi terveydenhuollon yksikköraajat (erikoissairaanhoidon/perusterveydenhuollon) ylittävien hoito- ja kustannustietojen (mukaan luettuina Kansaneläkelaitoksen tiedot) sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kannalta

välttämätön pitkäaikaisuuden rekisteröiminen tulisi asettaa jokaisen hoitoyksikön laadunseurannan vaatimukseksi.

Vain tehostamalla hoitojen kustannusvaikuttavuuden arviointia voimme ohjata terveydenhuollon rajalliset resurssit oikeudenmukaisemmin ja kustannusvaikuttavasti eri sairausryhmien ja saman sairauden eri hoitojen kesken. Yksittäisen elimen tai sairausryhmän mukaan keskittyvien osaamiskeskusten suunnittelun tulisi perustua vain hoidon tarpeeseen ja osoitettuun kustannusvaikuttavuuteen muihin hoitoihin verrattuna. Nykyinen tieto hoitojen vaikuttavuudesta ei riitä resurssien oikeudenmukaiseen jakoon – ja tulevaisuudessa rahaa on terveydenhuoltoon todennäköisesti jaossa vieläkin vähemmän. ■

KIRJALLISUUTTA

- Karlsson S, Ruokonen E, Varpula T, Ala-Kokko TI, Pettilä V, Finnsepsis Study Group. Long-term outcome and quality-adjusted life years after severe sepsis. *Crit Care Med* 2009;37:1268–74.
- Korvenranta E, Lehtonen L, Rautava L, ym. PERFECT Preterm Infant Study Group. Impact of very preterm birth on health care costs at five years of age. *Pediatrics* 2010;125:e1109–14.
- Lepäntalo M, Salenius JP, Luther M, Ylönen K. Introduction of a population-based vascular registry: validity of data and limitations of registration. The Finnvasc Study Group. *Br J Surg* 1994;81:979–81.
- Linko R, Okkonen M, Pettilä V, ym. FINNALI Study Group. Acute respiratory failure in intensive care units. FINNALI: a prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2009;35:1352–61.
- Linko R, Suojaranta-Ylinen R, Karlsson S, ym. FINNALI Study Group. One-year mortality, quality of life and predicted lifetime cost-utility in critically ill patients with acute respiratory failure. *Crit Care* 2010;14:R60.
- Mikkola A, Aro J, Rannikko S, Ruutu M, Finnprostate Group. Ten-year survival and cardiovascular mortality in patients with advanced prostate cancer primarily treated by intramuscular polyestradiol phosphate or orchiectomy. *Prostate* 2007; 67:447–55.
- Niskanen M, Kari A, Halonen P. Five-year survival after intensive care – comparison of 12,180 patients with the general population. Finnish ICU study group. *Crit Care Med* 1996;24:1962–7.
- Reinikainen M, Uusaro A, Niskanen M, Ruokonen E. Intensive care of the elderly in Finland. *Acta Anaesth Scand* 2007;51:522–9.



VILLE PETTILÄ, LT, dosentti, tehohoidon ylilääkäri
HYKS, ATEK / operatiivinen tulosyksikkö

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajalla ei ole artikkelin liittyviä sidonnaisuuksia.