

Lakipykälistä jonomittariin, mitä opittiin?

Hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki
Suomen Kuntaliitto

Hoitoon pääsyn turvaamisella on keskeinen asema kansallisessa terveysthankkeessa. Lainsäätäjän näkemyksen mukaan hoitoprosessi on jaettavissa toiminnallisiin osiin, joille voidaan antaa kaikkea tarpeelliseksi katsottua lääketieteellistä ja hammaslääketieteellistä hoitoa sitovat määräajat. Lain käyttämät käsitteet ovat välitön yhteys terveyskeskukseen arkisin virka-aikana sekä hoidon tarpeen arviointi ja tarpeellisen hoidon antaminen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja suun terveydenhuollossa. Kiireettömän hoidon yhtenäiset perusteet otettiin käyttöön samanaikaisesti hoitotakuun aikamääriä ja työnjakosymyksiä koskevien säädösten kanssa 1.3.2005. Koska jonoissa tuolloin olleet potilaat katsotaan myös lain piiriin kuuluviksi, tulee hoitotakuun olla ”täydellisesti” toteutettu 1.9.2005.

Uusien säädösten mukaan terveydenhuollon toimintayksiköiden on julkaistava hoitoon pääsyn odotusajat vähintään puolivuositain. Alueelliset ja paikalliset hoitoketjut päivitetään ja kytketään sairaanhoitopiireittäin laadittavaan palvelujen järjestämissuunnitelmaan. Vastuu hoitotakuun toteuttamisesta on terveydenhuollon toimintayksiköillä, sairaanhoitopiirillä, sen kuntayhtymällä ja kunnilla yhdessä. Hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumatta jääminen voidaan käsitellä hallintovalituksena. Lääketieteellinen, potilaasta johtuva tai muu syy voi oikeuttaa poikkeamaan määräajasta. Hoidon määräajan uhkaava ylitys pitää ennakoida ja järjestää potilaalle mahdollisuus saada vastaava hoito toiselta toimijalta. Yhtenäiset hoidon perusteet ovat kuitenkin luonteeltaan painavia suosituksia, joista yksittäinen lääkäri voi perustellusti poiketa.

Hoidon saatavuuden turvaamisen perusajatus on oikeudenmukaisuuden, tasa-arvon ja päätöksenteon läpinäkyvyyden lisääminen julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa. Kyse on tehostetusta informaatio-ohjauksesta nykyisen terveydenhuollon järjestämismallin puitteissa. Se ei toteudu, jos hoitoonpääsyn määräaikoihin ja yhtenäisiin kriteereihin ei sitouduta tai niitä ei voida noudattaa. Tasa-arvon vaatimus kohdistuu sekä alueelliseen että diagnoosi- ja erikoisalakohtaiseen hoitoon pääsyn vaihteluun. Hoitoon pääsyn seurannan ydintehtävä on kertoa poliittiselle päättäjälle, palvelutuotannon eri osapuolille, potilaille ja suurelle yleisölle, miten hyvin toimintayksiköt pystyvät toteuttamaan lakiin kirjatut absoluuttiset määräajat ja miten yhtenäisiä hoidon aiheita käytetään. Kaikki toteutus- ja valvontavastuussa olevat tahot tarvitsevat seurantatietoa, jolla on ”tilausta” myös toimintayksiköiden päivittäisjohtamisessa, suunnittelussa ja poliittisessa päätöksenteossa.

Hoitoon pääsyn määräaikoja koskevat säädökset merkitsevät askelta kohti terveydenhuollon juridisoitumista. On toisaalta valitettavaa ja oireellista, että sellaisista hyvän palvelun perusasioista kuin puhelimeen vastaamisesta ja lähetteen lukemisesta kohtuujassa pitää määrätä lailla. Yhtenäiset hoidon perusteet ja jonotusaikoja koskevat säädökset saivat alkunsa kohtuuttoman pitkistä kirurgisista hoitonojoista ja toimenpidemäärien perusteettomista alueellisista vaihteluista. Kun yksinkertaisilta kuulostavista lakipykälästä ryhdyttiin rakentamaan jonomittaria, törmättiin terveydenhuollon rakenteelliseen ja toiminnalliseen monimuotoisuuteen. Kaikkea tarpeelliseksi katsottua hoitoa sitovat määräajat soveltuvat hyvin kuvaamaan toimenpiteellä paranevaa episodisairastavuutta, mutta miten sovittaa sama kaava vaikkapa konservatiivisten alojen oirelähetteisiin, moniongelmaisen potilaiden hoidon järjestämiseen tai pitkäaikaissairauksien vaatimiin konsultaatioihin? Niissäkin on kyse tarpeelliseen hoitoon pääsyn turvaamisesta, mutta tietoa alueellisista vaihteluista ja epätasa-arvosta on huomattavasti vähemmän kuin leikkausjonojen kohdalla.

Lakimuutosten ja hoitotakuuasetuksen sisältämien käsitteiden määrittelyn moninaiset ongelmat ja käytännön tulkintaohjeiden antaminen jäi alemman tason ohjeistuksen varaan. Käytännössä jonomittarityöryhmä laati hoitotakuun tulkintaoppaan yhdessä järjestämis- ja seurantavastuussa olevien toimijoiden kanssa. Onneksi työryhmä pystyi neuvottelemaan ja sopimaan asioista myös säädösten valmistelussa mukana olleiden tahojen ja tietojärjestelmätoimittajien kanssa. Vasta riittävän pitkäaikainen ja kattava pilotointi elävässä elämässä tulee näyttämään, miten tarkasti hoitotakuun toteutumista on ylipäättään mahdollista mitata ja millaisia tunnuslukuja on mielekästä tuottaa hoitoon pääsyn odotusaikojen julkistamiseksi.

Jonomittarin rakentaminen paljasti, miten kehittämätöntä oman toiminnan seuraaminen ja hallinnollinen raportointi terveydenhuollossa on. Kaiken ylimääräisen määrittelyn ja kirjaamisen laatu on palvelujärjestelmän todellisuudessa kyseenalaista, ellei tiedon tuottaja koe itse hyötyvänsä vaivannäöstään. Sähköisestä sairauskertomuksesta tai potilashallinnon tietojärjestelmistä automaattisesti syntyvä seurantatieto lienee luotettavampaa kuin sellainen, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö tai osastonsihtööri joutuu erikseen kirjaamaan. Monien epäilykset kohdistuvatkin siihen, tulevatko esimerkiksi hoitotakuun piiriin kuulumista rajaavat seikat asianmukaisesti kirjatuiksi. Koulutus- ja tiedotushaaste on suuri.

Hyvä käytäntö hoitotakuun seuraamiseksi ja sen toteutumisen raportoimiseksi löytyy varmasti kokemuksen myötä ja ajan kanssa. Koordinoitu työ ohjelmistovalmistajien kanssa on välttämätöntä, jotta lisäkustannuksia ei synny kohtuuttomasti. Jonomittarin suunnittelun ja toteutuksen valmistelussa on syntynyt ainutlaatuinen keskustelu- ja työyhteys kaikkien toimintaan osallistuneiden tahojen kesken. Tämä verkosto on yksi avaintoimijoista, kun aikanaan pohditaan myös sitä, ovatko lait ja asetukset edelleen ajan tasalla ja hoitoon pääsyä oikeasti turvaavia.