Terveydenhuollon laaturekisterit vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantajina? Missä vaiheessa rekisterit ovat tällä hetkellä ja minkälaisia suunnitelmia niiden kehittämisestä on?

Petri Virolainen
Sairaalajohtaja
Turun Yliopistollinen Keskussairaala

Terveydenhuollon kustannustehokkuutta mitataan tuotosten ja niihin kohdistuneiden kustannuksen suhteella. Näin saadaan hyvä arvio siitä mitä terveydenhuollon suoritteet maksavat eri paikoissa tai eri tavalla tuotettuna. Terveydenhuollon vaikuttavuutta ja todellista tehokkuutta arvioitaessa olisi kuitenkin huomioitava myös suoritteesta yksilölle tai yhteiskunnalle koituva hyöty. Mikäli potilas ei saa käynnistä tai toimenpiteestä hyötyä, tehokkuutta ei kasvata se että näitä suoritteita tehdään paljon. Terveyshyödyn arviointia vaikeuttaa se, että hoidosta saatavaa hyötyä ei ole systemaattisesti arvioitu eikä kirjattu. Käytettävissä on ollut ainoastaan hyvin karkeita mittareita, kuten hoidon jälkeinen elinikä tai hoidosta aiheutuneet komplikaatiot. Näitä on toki tärkeää mitata, mutta hoidon laadun tai potilastyytyväisyyden eroja ne eivät nykykriteerein pysty mittaamaan. Hoidon priorisoinnin tulisi perustua hoidon vaikuttavuuteen. Ilman rekisteritietoa hoidon vaikuttavuutta ei pystytä luotettavasti arvioimaan.

Tautikohtaiset laaturekisterit on kehitetty mittamaan potilaan hoidosta saamaa toiminnallista ja elämänlaadullista hyötyä. Rekistereihin syötetään tieto potilaan kokemista oireista, kliinisistä löydöksistä, toiminnallisista rajoitteista sekä eri tutkimuksista (radiologia ja laboratorio jne.) saaduista tuloksista. Näitä tietoja kerätään ennen hoidon aloittamista ja sen jälkeen. Rekistereihin syötetään myös yksityiskohtainen tieto toteutetusta hoidosta. Ulkopuolisen arvion lisäksi rekistereihin on helposti lisättävissä potilaan oma kokemus tai käsitys annetun hoidon hyödystä (patient related outcome measures). Tietoa on saatettavissa rekistereihin helposti myös sähköisesti potilaan kotoa. Laaturekistereitä pystytään näin käyttämään laadun kontrolloimiseksi, eri hoitomuodoista saatavan hyödyn arvioimiseksi, yksiköiden vertailuun (bench marking), koulutukseen ja tutkimukseen. Laaturekitereiden tieto on integroitu käytössä oleviin potilastietojärjestelmiin.

Rekisteritietoa voidaan käyttää eri tuottajien väliseen vertailuun (bench marking), mikä on ehdoton edellytys esim. valinnan vapauden toteutumiselle. Asiakaan on voitava vertailla palveluntarjoajia, mutta myös eri hoitomenetelmiä mielekkäällä tavalla. Vertailua tulisi käyttää myös hoitoa tuottavien yksiköiden valintaan kansallisesti ja kaikkien palvelua tuottavien tahojen pitäisi täyttää tietty vaadittava laatu ja kustannustaso. Vertailu edellyttää, että eri toimijoilta on saatavissa vertailukelpoista aineistoa.

Laaturekistereitä on hankittu Suomen sairaaloihin. Käytettävissä ovat rekisterit 52 eri tautiryhmään ja kehitteillä on 27 rekisteriä, mutta niiden kattavuus on edelleen puutteellinen. Yliopistosairaalat ovat yhdessä sopineet rekistereiden hankkimisesta suurimmille potilasryhmille, mutta kansallisesti rekisteritiedon saaminen on edelleen hyvin vajavaista ja yksiköiden keskinäinen vertailu ja parhaiden käytäntöjen selvittäminen ei vielä onnistu. Toiminnan koordinoimiseksi on perustettu kansallinen kliinisten laaturekisterien ohjausryhmä. Tämä ryhmä on valinnut piloteiksi kansalliseen vertailuun selkärekisterin, HIV-rekisterin, Kardiologian rekisterin ja AVH-rekisterin. Vertailua on tarkoitus laajentaa vuosittain.

Rekistereiden käyttöönottoa on hidastanut niiden hinta. Toimittajia on rajallisesti ja valmiita rekistereitä ei juuri ole ollut. Kansallisesti olisi sovittava rekistereiden hankinnan ja ylläpidon kustannuksista ja rekistereihin osallistumista tulisi pitää luvallisen toiminnan ehtona.

Rekistereitä käytetään yksikköjen välisen vertailun lisäksi toiminnan ohjaukseen. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on käytetty laaturekistereitä vuodesta 2004 alkaen. Rekistereiden avulla on voitu seurata potilaan hoitoprosessin sujuvuutta hyvin yksityiskohtaisesti. Rekisteristä saadaan tietoa hoidon tarpeen toteamisesta, odotusajoista tutkimukseen, hoidon arvioon ja hoitoon. Tiedon avulla voidaan parantaa prosessin tehokkuutta ja suunnata resurssia sinne missä siitä saatava hyöty on prosessin sujuvuuden kannalta suurin. Vastaavasti prosessista voidaan poistaa lopputuloksen kannalta vähämerkityksisiä osia. Rekisteritiedon avulla voidaan mm. valita ne potilaat jotka tarvitsevat jälkikontrollia ja vastaavasti vapauttaa osa niistä. Ulkopuolisen arvion mukaan työajan säästö on vuositasolla merkittävä.

Suurin hyöty saadaan kuitenkin siitä rekistereiden antamasta tiedosta, jolla voidaan suunnata hoitoa niihin potilasryhmiin, joissa kyseisen hoidon vaikuttavuus on suurin. Yksityiskohtaisella oire, löydös- ja toimenpidekuvauksella ajan funktiona löydetään ne potilasryhmät, joille tietty hoito antaa parhaan vasteen ja ne ryhmät joille hoito on vähemmän hyödyllistä. Hoidon hyöty voi olla riippuvainen vamman/sairauden vakavuudesta, oireiden kestosta, iästä, sukupuolesta, kudosten kunnosta, muista sairauksista, tupakoinnista jne. Samalla tavoin voidaan löytää ne potilaat, joille hoidon pikainen toteuttaminen on saatavan hyödyn kannalta merkityksellistä ja ne joille kohtuullinen ylimääräinen hoidon odottaminen ei vaaranna toiminnallista lopputulosta. Parhaimmillaan jokaisen potilaan hoidosta odotettavasti saatava hyöty voidaan arvioida yksilöllisesti. Hoitopäätökseen vaikuttavat silloin tautikohtaiset tekijät, potilaskohtaiset tekijät ja mutta myös potilaan asettamat toiveet.

Laaturekisteristä saatujen kokemusten perusteella on jo nyt pystytty vaikuttamaan eri hoitomuotojen valintaan eri potilasryhmissä. Käytännössä tämä on tarkoittanut vaikuttavuudeltaan huonojen/vähemmän vaikuttavien hoitomuotojen karsiutumista valikoimasta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita jonkin hoitomuodon osoittautumista tehottomaksi, vaan tietyn hoitomuodon osoittautumista tehottomaksi tietyssä potilasryhmässä. Tehdyt johtopäätökset ovat vapauttaneet resurssia muuhun käyttöön ja toiminnan tehokkuus paranee, vaikka tuotantomäärät pysyisivät samana. Ulkopuolisen arvion mukaan pelkästään Tyksin olkapäärekisterin käytöllä on saatu vuositasolla n. 200 000 euron säästöt käyttämättömänä saliaikana vain yhdessä potilasryhmässä. Hoitomuodon valinta on merkittävästi helpottunut ja se on ollut helpompi tehdä yhdessä potilaan kanssa tietoon perustuen.

Petri Virolainen
Sairaalajohtaja
TYKS

ArtuX on edesauttanut leikkausmäärän vähentämistä ja samalla auttanut kohdentamaan leikkaukset niitä eniten tarvitseville





- ArtuX:n käytön aikana on pystytty vähentämään leikkausjonoja sekä vähentämään olkapääleikkauksien määrää vuositasolla.
- Potilasohjaus on vuosien aikana tehostunut, leikkaukset kohdentuvat niitä eniten tarvitseville ja nykyään leikataan huonompikuntoisia potilaita verrattuna seuranta-ajan alkuun.
- Potilaille on tehty myös liikkuvuuttaa kuvaava Constant-pisteytys-seuranta keskimäärin 5 ja 13 kuukautta leikkauksen jälkeen. Leikkausten jälkeiset pisteet ovat pysyneet vakaana koko seurantajakson aikana:
  - ✓ 5kk: 62,6 ± 0,7 pistettä
  - ✓ 13kk: 75,2 ± 0,8 pistettä
- TYKS on onnistunut ArtuX:n tukemana kohdentamaan leikkauksia niitä eniten tarvitseville, parantamaan leikkausten vaikuttavuutta sekä seuraamaan kyseistä kehitystä näyttöön perustuen.