



NEUVOTTELUKUNNAN KOKOUS

Aika	9.12.2004 klo 15.30-18		
Paikka	Saunakabinetti, STM, Kirkkokatu 14, Helsinki		
Läsnä:	Paula Kokkonen, puheenjohtaja	(x)	Leena Niinistö, varapuheenjohtaja (x)
	Jäsenet:		Varajäsenet:
	Jyrki Pinomaa	()	Oiva Antti Mäki (x)
	Markku Lehto	(x)	Kati-Pupita Mattila ()
	Timo Keistinen	(x)	Rauno Mäkelä ()
	Vuokko Rauhala	(x)	Anne Boström ()
	Pirkko Lahti	(x)	Soili Nevala ()
	Veikko Aalberg	()	Esko Alhava ()
	Marjatta Blanco Sequeiros	(x)	Aira Pihlainen ()
	Hannu Hausen	(x)	Kalle Mäki ()
	Jaana Kaleva-Kerola	(x)	Heikki Hinkka ()
	Marita Liljeström	(x)	Irma Pahlman ()
	Martin Scheinin	()	Veli-Pekka Viljanen ()
	Merja Nikkonen	()	Hans Åkerblom ()
	Pekka Louhiala	(x)	Jaana Hallamaa ()
	Sirkku Eho	(x)	Helena Leino-Kilpi ()
	Anne Huotari	()	Pehr Löf ()
	Tuula Väättäin	()	Saara Karhu ()
	Simo Rundgren	()	Merikukka Forsius ()
	Paula Risikko	()	Sirpa Asko-Seljavaara ()
	Risto Pelkonen, pysyvä asiantuntija	()	
	Sirpa Peura, asiantuntija	(x)	
	Raimo Pekkanen, TUKIJA:n puheenjohtaja	(x)	
	Helena Kääriäinen, TUKIJA:n varapuheenjohtaja	(x)	
	Nina Lindqvist-Wheatley, osastosihteeri	(x)	
	Outi Konttinen, TUKIJA:n sihteeri	(x)	
	Ritva Halila, pääsihteeri	(x)	
	Professori Paul Lillrank, Teknillinen korkeakoulu (5 §)		
	Koulutusjohtaja Hannu Halila, Suomen Lääkäriliitto (6 §)		

1 Kokouksen avaus

Puheenjohtaja Paula Kokkonen avasi kokouksen klo 15.30.

2 Edellisen kokouksen pöytäkirja

Hyväksyttiin.



3 Esityslistan hyväksyminen

Päätettiin että kohdat 9, 5 ja 6 käsitellään ennen ilmoitusasioita (kohta 4).

4 Ilmoitusasiat

- Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta pyysi ETENE:ä kuultavaksi kokoukseensa 8.12. ja kommentteja valiokunnan laatimaan raporttiin ja tilaamaan esiselvitykseen terveydenhuollon tulevaisuudesta. ETENE:stä läsnä olivat varapuheenjohtaja Leena Niinistö, pääsihteeri sekä jäsenet Marjatta Blanco Sequeiros, Sirkku Eho, Hannu Hausen ja Timo Keistinen. ETENE:n jäsenet toivat esiin edellisessä kokouksessa sekä pääsihteerin kanssa käydyssä kirjeenvaihdossa läpikäytyjä asioita. ETENE:n edustajat kommentoivat kokouksessa mm. seuraavia asioita: Esiselvityksessä väitetään, että Suomi tulee laatimaan kymmenen vuoden sisällä oman eutanalialakinsa, ja että lääkehuolto siirtyy enenevästi reseptien ja apteekkien ulkopuolelle Internetiin. Esiselvityksessä terveydenhuollon termistö on epäselvää, ja terveydenhuollolle oli säilytetty tehtäviä, jotka neuvottelukunnan näkemyksen mukaan kuuluvat yhteiskunnan muille sektoreille. Pääsihteeri on laatinut asiasta lausunnotuonnoksen, jonka hän viimeistelee ETENE:n kommenttien mukaisesti. Pääsihteeri ja puheenjohtaja allekirjoittavat lausunnon. Neuvottelukunnan jäseniä pyydettiin vielä lähettämään pääsihteerille kommentteja raportista ja esiselvityksestä. Pääsihteeri toimittaa lausunnon Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnalle viikolla 51.
- Pääsihteeri osallistui kansallisten eettisten toimikuntien kansainväliseen kokoukseen Canberrassa Australiassa. Kokousraportti oli kokousasiakirjojen liitteenä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan pääsihteeri ja TUKIJA:n varajäsen Salla Lötjönen on osallistunut Kanadassa International Stem Cell Forumin eettisen työryhmän kokoukseen, siitä myös kokousraportti lähetettiin kokousmateriaalin mukana.
- Sirkku Eho on toimittanut ETENE:lle kirkon sairaalasielunhoidon keskuksen, perheasiain keskuksen sekä koulutuskeskuksen julkaiseman Sielunhoidon aikakauskirjan no 15, joka on koottu pääosin elämän rajallisuutta käsittävän seminaarin alustuksista. Aikakauskirja sisältää myös Martti Lindqvistin radiossa keväällä 2004 pitämät viimeiset aamuhartaudet. Neuvottelukunta lähetti lämpimät kiitokset kirkon sairaalasielunhoidon keskukseseen Kirsti Aallolle.
- ETENE:lle on tullut kutsu osallistua kokoukseen International Congress of Bioethics, Teheran, Iran 26.-28.3.2005.

5 Terveydenhuollon prosessimallit

Professori Paul Lillrank teknillisestä korkeakoulusta kertoi ETENE:lle tutkimuksistaan terveydenhuollon prosesseista. Healthcare Engineering Management Architecture Institutin (HEMA) tutkimuksissa selvitetään tuotannon ohjausta ja prosessia, ei itse tuotantoa tai tuotosta. Hän kertoi tuotantotalouden tutkimuksen olevan riippumaton toimialasta. Tutkimuksissa pyritään tuotantotalouden keinoin annettujen faktojen perusteella terveys- ja hyvinvointipalvelujen tuotannon tehostamiseen. Palveluiden kehittämisvaran oletetaan lähtökohtaisesti olevan 20-30 % pelkästään prosesseihin vaikuttaen päämäärän ollessa paremmin kysyntään sopiva palveluntarjonta. Tarkoitus on löytää eri menetelmin (haastattelut, data-analyysi) nykytilan aiheuttavat ja sitä ylläpitävät mekanismit ja pyrkimys on vaikuttaa niihin. Tutkimuksissa mitataan mm. potilaan ”läpimenoaika”, kuinka kauan potilaalta menee terveydenhuollon yksikös-

sä asiansa hoitamiseen. Tähän mennessä on selvinnyt, että mm. väestövastuu on yksi jäykistävä tekijä. Kaikki eivät tarvitse omalääkäriä julkisessa terveydenhuollossa. Virkaehtosopimusjärjestelmä jäykistää mm. työaikoja ja on tuotantotaloudellisesti suurin terveydenhuollon resurssien hukkakäytön syy. Ongelmallista on myös se, että sekä ns. helpot että vaikeat asiat vastaanotoilla sekä päivystyksessä hoidetaan sekaisin, jolloin toiminta puuroutuu. Tuottamaton aika, johon kuuluu mm. eri pisteiden välinen odotus, on lisäksi usein kohtuuttoman pitkä.

Tuotantotalouden prosessiajattelumalli sopii hyvin terveydenhuollon toimenpiteisiin. Tätä mallia on tutkittu yksinkertaisissa toimenpiteissä. Tulevaisuudessa voidaan mallia käyttää myös monimutkaisempien hoitoprosessien analysoinnissa. Toimintaa voidaan tehostaa periaatteessa lääketieteelliseen ideaaliin saakka, joka on lyhin ja tehokkain mahdollinen hoitosekvenssi ilman muita rajoitteita. Lääketieteellinen ideaali on eri asia kuin teknistaloudellinen ideaali, mutta kuitenkin paljon lyhyempi kuin ti-
lastollisesti normaali aika.

Toiminnan tehokkuutta voidaan mitata suoritteiden avulla. Operatiivinen tehokkuus ilmaisee, kuinka monta suoritetta voidaan tehdä jollain rahasummalla. Allokatiivinen tehokkuus ilmaisee sen, onko annetut resurssit sijoitettu oikein eri erikoisaloille tai eri yksiköihin. Toiminnan laatu määritellään annettujen tavoitteiden ja suoritteiden mukaiseksi. Prosesseja pitää allokoida, ja eri vaikeusasteisia tai epävarmuustekijäisiä asioita ei pidä sekoittaa. Näin toiminnan tehostaminen on mahdollista.

Ongelmana terveydenhuollon hoitoon pääsyssä näyttää olevan tuotannon ohjaus, ei niinkään resurssit. Terveysaseman palveluiden kysyntä on tasaista ja ennustettavissa, ja sen ruuhkahuiput tiedetään. Vuorokausivastaanoton hajonta on suuri yksittäisellä lääkäriellä. Käyttämättä jääneiden käyntiaikojen ja ilman vastaanottoaikoja jäävien potilaiden lukumäärässä ei ole todettu suuria eroja. Samoin elektiivisten leikkausten sekä saapuneiden lähetteen määrät seuraavat toisiaan, vaikka leikkauksissa on 3-9 kk odotusaika. Leikkaussalien käyttöasteen mataluus vaikuttaa kirurgisten toimenpiteiden jononmuodostukseen. Kun järjestelmä takkuilee, potilaat jäävät hoidotta.

Töölön sairaalassa on kokeiltu potilaiden nukuttamista ja herättämistä leikkaussalin ulkopuolella, jolloin toimintaa voitiin huomattavasti tehostaa. Kuormituksen tasaantuessa työtyytyväisyys parani merkittävästi. Päivystysvastaanotoilla voitaisiin myös kokeilla potilaiden jakamista kahdelle eri linjalle, joista toisessa potilasvirta on suuri ja siellä keskityttäisiin ns. rutiinitoimenpiteisiin, toisessa keskityttäisiin ”ongelmallisiin potilaisiin”.

Yksi ongelma on tietotekniikan soveltaminen: Suomessa on 163 erilaista potilastietojärjestelmää, niitä on vaikeaa yhdistää. Tiedon käsittelyn ja siirron rationalisointi voisi vähentää työn päällekkäisyyttä.

Keskustelussa todettiin, että terveydenhuollossa on paljon moniongelmaisia potilaita ja monia eri yksikön ja asiantuntijan kannanottoja vaativia ongelmia. Näitä on vaikea tarkastella tuotantotaloudellisesti. Myös ns. rutiinilinjan pyöritys voidaan kokea ras-
kaaksi. Vastaanotto on myös inhimillistä kohtaamista, jossa potilaan ja lääkärin vuorovaikutus on merkittävä osa hoitoa. Terveyskeskuksissa, joissa tuotantotaloudellista ajattelumallia on kehitetty ei muutosta ole välttämättä yksimielisesti hyväksytty. Kuitenkin koska terveystieteessä ajan hallinta on usein ongelmallista, muutoksen aikaansaamisessa ja työväsymyksen ehkäisemisessä ulkopuolinen työprosessin arviointi voi olla erittäin hyödyllistä. Jos turhat aikavarkaat voidaan eliminoida työstä, aikaa jää lääkärin ydintoiminnalle. Kun odotus- ja läpimenoaikoja on selvitetty ja

niihin pystytty vaikuttamaan, potilastyytyväisyys ja työtyytyväisyys ovat myös parantuneet.

Jotta resursseja voitaisiin jakaa oikein pitäisi asiasta päättävillä olla enemmän tietoa niiden käyttöasteesta. Resurssien allokoinnissa täytyy muistaa, että tarjonta kasvattaa myös kysyntää.

On tärkeää muistaa, että terveydenhuollossa potilas ei ole vain asiakas. Muilla palveluiloilla potilas tietää mitä tarvitsee ja hankkii sen, terveydenhuollon puoleen ihminen kääntyy, kun hän ei omin keinoin pärjää.

6 Lääkärin eettiset valinnat

Suomen Lääkäriliiton koulutus- ja kehitysjohtaja Hannu Halila alusti keväällä 2004 suoritettua lääkärikyselyn etiikkaosion tuloksista. Kysely tehdään vuosittain kaikille työelämässä oleville Suomen lääkäreille. Eettisiä valintoja koskevaan kyselyosioon vastasi lähes 13 000 lääkäriä. 41 % heistä oli joutunut tekemään eettisesti ongelmalliseksi kokemiaan valintoja. Eniten eettisesti ongelmalliseksi kokemiaan päätöksiä ovat joutuneet tekemään nuoret lääkärit, naiset jonkin verran enemmän kuin miehet. Mielenterveystoimistoissa lääkärit kokevat tehneensä eettisesti ongelmallisia päätöksiä enemmän kuin terveyskeskuksissa tai sairaaloissa. Vähiten koettiin eettisesti ongelmallisia päätöksiä tehdyn hoitokodeissa, kuntoutuslaitoksissa tai vastaavissa. Eri erikoisaloista geriatriassa näitä päätöksiä koettiin tehdyn eniten, ja erikoisalojen kärjessä olivat lisäksi lastenpsykiatria, neurokirurgia, psykiatria ja syöpätaudit. Erikoistumisvaiheessa olevista lääkäreistä eniten näitä päätöksiä kokivat tehneensä syöpätauteihin geriatriaan, keuhkosairauksiin, psykiatriaan (mukaan lukien lasten- ja nuorisopsykiatria), sisätauteihin ja anestesiologiaan erikoistuvat.

Useimmin lääkärit kokivat tehneensä liian paljon tutkimuksia ja antaneensa tarpeettomia hoitoja. Monet kokivat tehneensä myös liian vähän tutkimuksia tai luopuneensa tarpeellisista hoidoista. N. 850 lääkäriä kertoi myös ohittaneensa potilaan itsemääräämisoikeuden. Syy näihin päätöksiin on ollut lähes yhtä usein riittämättömät resurssit ja potilaan omaisten tai potilaan painostus, mutta myös kiire on ollut merkittävä tekijä. Liian vähien tutkimusten tai hoidoista luopumisten suurin syy oli useimmiten riittämättömät resurssit. Liikojen tutkimusten tai tarpeettomien hoitojen syynä oli useimmiten potilaan tai potilaan omaisten painostus. Nuorimmat lääkärit kokivat eniten antaneensa tarpeettomia hoitoja tai tehneensä liian paljon tutkimuksia, ja näitä tehtiin eniten terveyskeskuksissa. Sairaalassa erikoistuvat lääkärit tekivät eniten tarpeettomia tutkimuksia ja antoivat tarpeettomia hoitoja, ja tässäkin syöpätaudit olivat erikoisaloista kärjessä. Tarpeettomista hoidoista kokivat luopuneensa ja liian vähän tutkimuksia kokivat tekevänsä eniten hoitokotien ja kuntoutuslaitosten sekä mielen-terveystoimistojen lääkärit, työterveyslääkärit sekä yksityisvastaanotolla työskentelevät lääkärit. Ikäjakaumassa eniten hoidosta luopumista koskevia päätöksiä tekivät 50-63-vuotiaat lääkärit. Lastenpsykiatrit ja psykiatrit kokivat joutuneensa luopumaan tarpeellisista hoidoista huomattavasti useammin kuin muiden erikoisalojen lääkärit. Potilaan itsemääräämisoikeuden kokivat ohittaneensa useimmin mielen-terveystoimistoissa työskentelevät lääkärit sekä erikoisaloista psykiatrit ja lastenpsykiatrit.

Keskustelussa pohdittiin syitä eettisesti ongelmallisille hoitopäätöksille. Mielenterveyslain perusteella voidaan potilaan itsemääräämisoikeus ohittaa tietyin kriteerein, mikä on eettisesti perusteltavissa potilaan hyödyn ja turvallisuuden tavoittelemiseksi. Pohdittiin myös syitä siihen, miksi vanhemmat lääkärit eivät kokeneet tehneensä eet-

tisesti ongelmallisia hoitoratkaisuita, vaikka mahdollisuus tällaisten päätösten tekemiseen on todennäköisesti suurempi kuin nuoremmilla. Yhtenä selityksenä nähtiin se, että jotkut lääkärit ovat muita herkistyneempiä eettiselle ajattelulle ja sanovat tämän ääneen. Myös etiikan koulutus, jota nuorempi ikäpolvi on saanut enemmän kuin vanhempi, herkistää tunnistamaan sen, että moniin hoitopäätöksiin liittyy eettisiä ongelmia.

Kyselyn tulokset nähtiin erittäin mielenkiintoisiksi, ja tuloksia toivottiin esiteltävän myös kansainvälisillä foorumeilla, mm. Maailman lääkintäoikeuden kongresseissa.

7 Monikulttuurisuus terveydenhuollossa

Kokouksessa jaettiin seminaariyhteenvedon luonnos, johon pääsihteeri on lisännyt edellisessä kokouksessa tehdyt ehdotukset sekä sähköpostitse saadut kommentit. Vain muutamalta seminaarin alustajalta on tullut alustuksen lyhennelmä. Kokouksessa keskusteltiin siitä, pitäisikö julkaisu tehdä edellisten seminaarijulkaisuiden tapaan sisältäen yhteenvedon ja alustajien kirjoitukset sekä sovittavat liitteet. Päädyttiin kuitenkin siihen, että julkaisuun ei sisällytettäisi eri alustajien lyhennelmiä vaan se sisältäisi laajan keskustelumuiston, ETENE:n johtopäätökset sekä liitteinä yhteiset eettiset ohjeet. Muita mahdollisia liitteitä voisi olla selvitys käytetyistä termeistä. Asiaa valmisteleva työryhmä (Leena Niinistö, Pekka Louhiala, Sirpa Peura, Ritva Halila) kokoontuu vuoden alussa viimeistelemään julkaisua.

8 Kesäseminaari 2005

Asian valmistelu siirretään seuraavaan kokoukseen.

9 TUKIJA

Puheenjohtaja Raimo Pekkanen ilmoitti, että uusi asetus, joka määrittelee tutkimussuunnitelmien arviointia TUKIJA:ssa ja eettisissä toimikunnissa, on edelleen valmis teillä sosiaali- ja terveysministeriössä. Asetus tulee viimeisen tiedon mukaan voimaan ensi vuoden alusta.

10 Muut asiat

Ei ollut muita asioita.

11 Kokouksen päätös

Puheenjohtaja Paula Kokkonen päätti kokouksen klo 17.55.

Neuvottelukunnan puolesta

Paula Kokkonen
ETENE:n puheenjohtaja

Ritva Halila
Pääsihteeri