

Päättäjältä päättäjille

”Tulevaisuuden soten pitää olla hyvä potilaille, asiakkaille ja veronmaksajille. Laajempi väestöpohja ja valtio rahoittajana sopii näihin haasteisiin.”

Asiakas- ja potilas- turvallisuudesta on tullut strateginen asia

Tuija Ikonen haastatteli Aki Lindéniä 7.3.2023.

Teksti: Tuija Ikonen

johtaja, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

Aki Lindénillä on vuosikymmenten kokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa eri rooleissa ja poliittisena vaikuttajana. Hän on toiminut Turun ja Porin läänin lääninlääkärinä, osallistunut kehityshankkeisiin ja johtanut kahta yliopistosairaanhoitopiiriä. Myös kansanedustajan ja ministerin työ on tuttua. Lindén on Varsinais-Suomen hyvinvointialueen aluevaltuuston puheenjohtaja.

Mitkä ovat isoimmat haasteet sosiaali- ja terveydenhuollossa?

Ratkaistavana ovat väestön muuttuvan palvelutarpeen – ikääntymisen, syrjäytymisen, moniongelmaisuuden – suhde taloudellisiin mahdollisuuksiin. Tulee jatkuvasti kalliita lääkkeitä, uudentyypistä diagnostiikkaa ja hoitomuotoja. Elinajanodote on parantunut paljon. Vaikka väestö on terveempää, terveysmenot kasvavat. Syntyy uusia mahdollisuuksia auttaa ja pitää toimintakykyisinä vakavasti sairaita. Missä vaiheessa suurelta lisäpanokset eivät tuo lisähyötyä?

Milloin ja miten olet ollut tavoitteellisesti edistämässä potilasturvallisuutta?

2000-luvulla verrattiin lentoturvallisuutta terveydenhuoltoon. Puhuttiin suurista kuolemaluvuista, jotka aiheutuivat hoitoon liittyvistä haitoista. Nämä hätkähdyttivät. Aprikoin, kuinka kuolemat ovat erotettavissa vakavasti sairaiden kuolemista. Konkreettisia työkaluja tulee mieleen. ”Leikkausaleissa tuli käyttöön tarkistuslista. Vanhemman polven kirurgit suhtautuivat siihen epäroiden.”

”Hyvinvointialueiden pitää nostaa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia aluehallituksen tasolle. Myös valtuuston puheenjohtajan kannattaa osallistua ja olla tietoinen siitä.”

Terveydenhuoltoa ei aina voi tehdä hallitusti kuten matkustajalentoliikennettä. Pitäisikin verrata sotilaslentotoimintaan. Ollaan äkisti sairastuneiden suuren riskin potilaiden kanssa tekemisissä. Toisinaan on hässäkkää. Meillä on liian yksinkertainen kuva terveydenhuollon monimutkaisista prosesseista.

Mitä enemmän konkretiaa tuli potilasturvallisuuden ympärille, sen järkevämmältä se alkoi tuntua. HUSissa ollessani tehtiin potilasturvallisuutta isosti. Oli potilasturvallisuussuunnitelma, jota edistettiin tavoitteellisesti, sekä raportoitiin HUSin hallitukselle kerran vuodessa. Hieman hirvitti, voiko näin julkisesti laittaa vaaratapahtumista tiedot maallikoille.

Perhe- ja peruspalveluministeriksi tullessa potilasturvallisuuteen liittyvät asiat tuntuivat jo tutuilta.

Miten näet terveydenhuollon kehittämisprojektien kuten Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen saavutukset?

Näen tämän erittäin tärkeänä hankkeena. Vuonna 1998 julkaistiin selvitysmiesraportti, joka oli Kuntaliiton ja STM:n Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen taustalla. Hankkeen kiertueella kartoitin yli 70 toimipistettä alueellani. Toinen työmetodi oli, että lähetimme kaikille organisaatioille hankkeen 32 tavoitetta ja pyysimme lausuntoa siitä, miten ne aiotaan toteuttaa. Laaja tavoitekohtainen yhteenveto raportoitiin myös osallistuneille. Hanke oli informaatio-ohjausta, mutta toimijoilta kysyttiin, annettiin palautetta, heitä tavattiin ja oltiin vuorovaikutuksessa. Nuo 32 tavoitetta olivat ajankohtaisia silloin ja ovat sitä edelleen.

Potilasturvallisuuteen liittyen tavoitteena oli myös muistutusten, kantelujen, potilasvahinkojen ja muiden reklamaatioiden käsittelyn yhtenäistäminen organisaatioissa laatutyön osana.

Kansallinen terveyshanke tuli jatkoksi ja siihen osoitettiin rahoitusta. Vuonna 2004 säädettiin hoitotakuu, joka tuntui jopa uskomattomalta – joillain aloilla olimme todella kaukana. Sote-valmistelujen ensimmäinen vaihe oli Paras-hanke, joka muutti rakenteita: saatiin kuntia yhteen. Jo tuolloin keskusteltiin, tulisiko erikoissairaanhoidon järjestää valtion toimesta.

Elinaikani merkittävimpänä hankkeena pidän jo 1986 alkanutta ”Terveyttä kaikille vuonna 2000”. Yksi tavoite oli psykiatristen sairaansijojen vähentäminen ja avohoitoon siirtyminen. Silloin tulivat muun muassa käsitteet väestövastuu ja hoidon jatkuvuus.

Hankkeiden sisältä alkoi kasvaa potilasturvallisuusteema, mutta siitä on puhuttu eri termeillä, kuten laadukas ja hyvä terveydenhuolto.

Kuinka hyvinvointialueiden kannattaa huomioida asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia 2022–2026?

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian kärjet ovat tarkkaan mietittyjä ja hyväksyn ne sekä kannatan niitä. Jos jotain lisättävää, niin tulisi varautua jo seuraavan vaiheen haasteisiin. Aina tulisi olla uskallusta irrottaa resurssia tulevaisuuden ennakointiin.

Mitä neuvoja niille, jotka kehittävät mittareita ja indikaattoreita?

Strategisten mittareiden haaste on, jos ne vaihtuvat ja jatkumoa on vaikea seurata. Yksinkertaisilla riittävän valideilla mittareilla pitäisi pärjätä. Riittää, kun mittareilla saadaan suunta selville ja pystytään ohjaamaan. Mittari ei saa olla liian kaukana; sen pitää mitata tekemisen tavoitetta, jotta osoitetaan syy-seuraussuhde.

Käyntien määrä voi tietyissä oloissa kuvata sitä, onko väestön hoidon tarve tyydytetty. Terveyttä tai tuotettua elinikää sillä ei voi mitata. Käyntimääränsäkin tullaan rajahyötyalueelle, jolloin niiden lisääminen ei tuota enää lisää terveyttä.

Terveydenhuollossa tarvitaan käytännölliset mittarit, jotka ovat yleisesti hyväksytyt ja suunnilleen oikeassa. Välttämättä ei tarvita insinöörimäisen tarkkaa tietoa. Potilasturvallisuuden mittareista tulevat ensimmäisenä mieleen painehaavojen ja hoitoon liittyvien haittavaikutusten seuranta.

Jos haittakustannukset saataisiin puolitettua sosiaali- ja terveydenhuollossa, mihin käyttäisit vapautuvan 0,5 miljardia euroa?

Sotessa on kolmen miljardin vaje. Ensimmäinen miljardi liittyy henkilöstön palkkatasoon, että säilytämme työvoiman. Toinen miljardi tulee poikkeuksellisen isosta omavastuusta. Kolmas miljardi tarvitaan hoidon tarpeeseen. Haittakustannuksista vapautuvat eurot laittaisin ensin perusterveydenhuoltoon, että ihmiset pääsisivät julkisesti rahoitetun perusterveydenhuollon lääkärin hoidon piiriin, loput mielenterveyspalveluihin ja vanhusten huoltoon. ○