

Juha Tuominen

Dosentti, johtava ylilääkäri
Terveystalo



Jos sinulla olisi oman organisaatiosi vaikutusalueen potilastietojärjestelmistä käytössäsi tieto sellaisista perusterveydenhuollon potilaista, joiden uskot ajautuvan erikoissairaanhoidon heidän sairautensa edetessä, miten ehdottaisit toimittavan? Siis jos käytössäsi olisi tieto esimerkiksi kaikista jonkintapaista maksasairautta enteilevistä potilaista – potilaista, joiden MCV, CDT, ASAT–ALAT-suhde tai pelkkä ASAT olisivat koholla tai AUDIT-kyselyn tulokset viittaisivat alkoholi-ongelmaan? Tai jostakin muusta isosta potilasryhmästä, kuten diabeetikoista, hyperkolesterolemiapotilaista tms. Tällaisia potilaita voisit löytää satoja, tuhansia tai jopa kymmeniätuhansia.

Kuinka potilaiden hoito parhaimmillaan pitäisi järjestää? Loisitko protokollan, jossa johonkin sairauskategoriaan kuuluvan potilaan järjestelmällinen hoitopolku sisältäisi määrätty lääkärikäynnit ja laboratoriotutkimukset, vahtisitko että lääkitykset olisivat määrämuotoiset, kutsuttaisiinko potilaat järjestelmällisesti vastaanotolle? Vai keskittyisitkö keräämääsi benchmarking-tiedon levittämiseen,

Big data

lääkäreiden kouluttamiseen ja seuraisit, paranevatko nämä mitattavat muuttujat ajan kanssa?

Edellä mainituista kysymyksistä tulee vähitellen totta. Omassa organisaatiossamme kyseiset tiedot ovat käytössämme, ja harjoitteleme niiden hyödyntämistä potilaiden hoidon tehostamiseksi. Olemme aloittaneet benchmarking-tiedon levittämisen ja koulutukset, mutta potilaan kytkeminen hoitoprosessiin on vielä alkutekijöissä.

Tiedolla johtaminen on uutta. Toki yksittäisten potilaiden hoito perustuu yleensä mitattuun tietoon, mutta tiedon käyttäminen ns. big datana, siis tiedon kerääminen isoksi varastoksi ja siitä massatiedon analysointi, ei ole kovinkaan laajalti kuulunut terveydenhuollon normaaleihin hoitoprosesseihin. Terveystalo kuitenkin kerää paljon tietoa, mutta sillä on riski jäädä yksittäisiksi tiedonjyväksi piiloon potilaskertomukseen.

Maailmalla tätä asiaa pohditaan paljon. Yhdysvalloissa potilastietojärjestelmät ovat keskittyneet ensisijaisesti työnkulun tukemiseen ja toimenpiteiden kirjaamiseen, sillä sairaaloiden on täytynyt kyetä raportoimaan ja laskuttamaan hoitonsa vakuutusyhtiöiltä. Yhdysvaltojen terveydenhuollon maksujärjestelmät ovat kuitenkin muuttumassa kohti vaihtavuusperusteista maksua ja ainakin kohti ns. bundled payment -mallia, jossa

maksetaan laajemmasta episodikonaisuudesta. Siksi potilastietojärjestelmiä on kehitetty kohti isompien tietomassojen analysointia, eli kohti ns. population managementiä. Tämä aukaisee uudenlaisen ikkunan omien potilaitten hoitotasapainoihin.

Suomessa on surkuteltu potilastietojärjestelmien rajoitteita tiedon käsittelyssä. Surkuttelu on toisaalta ymmärrettävää mutta toisaalta ei. Potilastietojärjestelmissä tieto on tietokannoissa, ja kaikista tietokannoista voi poimia tietoa ja käsitellä sitä yksinkertaisilla ohjelmistokielillä. Kyse on tahtotilasta.

Itselläni on ollut ilo nähdä, kuinka diabeteksen hoito on tehostunut laajan benchmarking-tiedon tarjoamisen avulla. Lääkäri näkee itse, mitkä ovat hänen potilaidensa hoitotasapainot ja onko potilaalta viimeisen 15 kuukauden aikana tutkittu niitä parametrejä, joita Käypä hoito -suositus minimissään suosittaa. Myös verenpaineen, tupakoinnin ja painon kirjaaminen on parantunut.

Tietotekniikka on muuttanut lääkärin työtä paljon, mutta muutos jatkuu. Potilas tulee pääsemään itse paremmin häntä koskevan tiedon piiriin. Lääkäri saa itselleen työkaluja hoitaa potilaitaan paremmin ja järjestelmällisemmin. Hoitoprosesseista tulee entistä tärkeämpiä, vaihtelu tutkimuksiin pääsyssä ja tulosten kontrolloinnissa vähenee.