

TUTKIMUSTA ELÄMÄÄ VARTEN

NR 0 2

HORISONTTI

2022

KOHTI HYVINVOINTIALUEITA - NUMERO

Terveydenhuollon murros



HORISONTTI

Horisontti on Bristol Myers Squibbin julkaisema aikakauslehti. Tarkoituksenamme on nostaa esiin ajankohtaisia suomalaisen terveydenhuoltoon ja potilaiden hoitoon liittyviä teemoja ja herättää keskustelua.

Oy Bristol Myers Squibb
(Finland) Ab
Tammasaarenkatu 3
00180
Helsinki

Päätoimittaja

Sanna Viitanen
Bristol Myers Squibb

Toimitus

Rud Pedersen Public Affairs
Annankatu 12 A
00120 Helsinki

Taitto

Myy Agency Oy
Kasarmikatu 44
00130 Helsinki

Kannen kuva

Istock

Paino

Punamusta

Ota yhteyttä

Bristol Myers Squibb
info.finland@bms.com
+358 9 2512 1230

Osoitelähteet

IQVIA,
www.osoitepankki.fi ja
julkiset verkkosivut.

Uusi tapa ajatella

Suomen terveydenhuoltoa ravistelee perustavanlaatuisen ja historiallinenkin muutos, kun terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy ensi vuonna kunnilta hyvinvointialueille. Vuosi 2022 on pyhitetty muutoksen valmisteluun.

Muutos kumpuaa tarpeesta hillitä kustannusten kasvua ja varmistaa yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut.

Ei siis ole yllättävää, että tässä Horisontin numerossa tarkastelemme terveydenhuollon murrosta: mietimme sote-uudistuksen onnistumisen edellytyksiä ja etsimme laajemminkin muutoksen mahdollistajia.

Keskusteluissa päättäjien ja asiantuntijoiden kanssa nousi toistuvasti esiin muutama muutokseen liittyvä odotus. Hyvinvointialueilta peräänkuulutettiin kokonaisnäkemystä, yhteistyötä ja ajattelutavan muutosta. Muutoksen mahdollisuus hukataan, jos siitä yritetään selvittää jatkamalla uusissa rakenteissa vanhoilla konsteilla.

Uusi tapa ajatella koskee niin hyvinvointialueiden johtamista kuin teknologian mahdollisuuksien hyödyntämistäkin. Se voi näkyä siinä, miten terveydenhuoltoon suunnattu raha käytetään ja millaisia mittareita sen vaikuttavuudelle asetetaan.

Kehysriihessä saatu 350 miljoonan euron lisäpanos tutkimus- ja kehitysinvestointeihin osoitti, että nykyiset päätöksentekijämme ymmärtävät tutkimuksen merkityksen. Vastaavaa sitoutumista tarvitaan myös terveydenhuollon rahoitukseen.

Tällä hetkellä terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta jää Suomessa jälkeen Ruotsista ja muista Pohjoismaista. Jotta suomalaiset potilaat saavat hyvän hoidon ja tasapuoliset palvelut, tätä osuutta pitää kasvattaa. Terveysteen ja hyvinvointiin panostaminen on paitsi investointi tulevaisuuteen, myös avain muutoksessa onnistumiseen.

Sanna Viitanen
Yhteiskuntasuhde- ja
viestintäpäällikkö
Bristol Myers Squibb



8



Terveysthuollon rahoitus Suomessa ja Ruotsissa – mitä rahoilla saadaan?

Miten Suomen uusi terveydenhuollon järjestämisen malli vertautuu Ruotsin tapaan rahoittaa terveydenhuoltoa?



16 Harjun terveydessä julkinen ja yksityinen toimivat yhdessä

20 Tutkimus kasvattaa osaamista ja hyödyttää potilaita



18 Tavoitteena tasavertaisempi syövänhoito



6

Viisi kysymystä ministerille

Mitä mieltii perhe- ja peruspalveluministeri Aki Lindén keskellä hyvinvointialueiden kuumeista valmistelua?

14

Poliitikko vai virkamies – kuka päättää hyvinvointialueella?

22

Jokainen terveysjohtaja on tänä päivänä teknologiajohtaja

Miten teknologia-investoinneilla nopeutetaan hoitoon pääsyä, lisätään hoidon vaikuttavuutta ja hillitään kustannuksia?



25

Geenitutkimus paljastaa sydänlihassairauden

Mitä uutta – välähdyksiä meiltä ja muualta



Lääketeollisuuden tuotanto- investoinnit lähes tuplaantuivat

Lääkeyritysten investoinnit jatkoivat vahvaa kasvuaan Suomessa jo toista vuotta peräkkäin, raportoi **Suomen Lääketeollisuus ry**.

Kokonaisinvestoinnit nousivat 357 miljoonaan euroon vuonna 2021, mikä on 8 prosenttia enemmän kuin edellisvuonna. Selvästi eniten kasvoivat tuotantoinvestoinnit: ne nousivat 121 miljoonaan euroon, mikä tarkoittaa 80 prosentin kasvua. Tutkimuksen ja tuotekehityksen investoinnit sen sijaan laskivat noin 9 prosenttia, 234 miljoonaan euroon.

Suorien euromääräisten investointien lisäksi panostukset tuovat maahamme myös työpaikkoja ja verotuloja. Lääketeollisuuden tuotantotoiminta työllistää tällä hetkellä maassamme noin 3 000 osajaa.

Tutkimusinvestoinneista merkittävä osa on klinisiä lääketutkimuksia. Yritysten investointien lisäksi lääketutkimukset tuovat uusimmat hoidot veloituksetta terveydenhuollon ja potilaiden käyttöön.

Lääketeollisuuden vuosittain tekemän kyselyn mukaan alan yritykset arvioivat investointien kasvavan edelleen. Parin tulevan vuoden aikana kasvun arvioidaan olevan noin 60 miljoonaa euroa vuodessa.

Vaikka lääkeyritykset ovat kasvattaneet investointeja Suomeen yli 100 miljoonalla eurolla kahden viimeisen vuoden aikana, jääme merkittävästi jälkeen investoinneissa esimerkiksi Ruotsiin tai Tanskaan verrattuna. Vertailu kilpailijamaihin osoittaa, että Suomella on edelleen valtavasti kasvupotentiaalia. Kilpailukykyämme parantavat muun muassa vahva panostus biopankki- ja geenitutkimukseen sekä lainsäädäntöpohja terveystietojen tutkimuskäytölle.

Cancer IO -raportti julkaistiin

Immuno-onkologisten (IO)-lääkehoitojen käyttöönottoa ja käytön nykytilannetta Suomessa ja muissa Pohjoismaissa selvittänyt *Syövän immuunihoidot Suomessa* -raportti julkaistiin keväällä.

Selvitystä varten haastateltiin suomalaisten keskus- ja yliopistosairaaloiden syöpälääkäreitä, sairaaloiden johtoa, lääketieteellisten järjestöjen edustajia sekä lääkkeiden sääntelyä ja arvioinnista vastaavia viranomaisia.

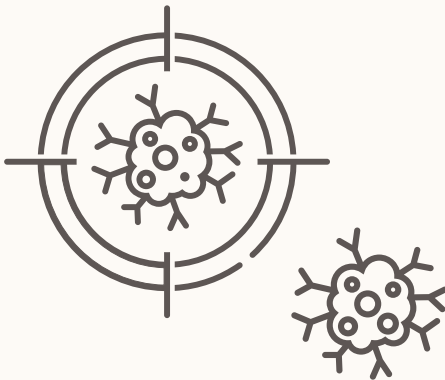
Raportissa löydettiin neljä keskeistä tekijää IO-hoitojen vähäiseen käyttöönottoon Suomessa suhteessa muihin Euroopan maihin.

Syiksi raportissa nostettiin muun muassa lääkkeiden käyttöönoton hajautuneempi prosessi Suomessa verrattuna muihin Pohjoismaihin. Suomessa arviointiverkostoa pidettiin hajanaisena sääntelyviranomaisten suuren määrän vuoksi ja prosessit koettiin raskaiksi ja hitaiksi.

Haastatellut asiantuntijat olivat yhtä mieltä myös siitä, että kaksikanavainen rahoitusjärjestelmään liittyy haasteita. Järjestelmän katsottiin edistävän eriarvoisuutta ja osapitoa, eli kustannusten siirtoa toiselle maksajalle sekä hoitopolkujen pirstoutumista.

Lääkärit ja sairaalan johto sekä sääntelyviranomaiset katsoivat, että periaatteessa uusiin lääkkeisiin ja myös IO-hoitoihin suhtaudutaan myönteisesti. Suomea pidettiin kuitenkin melko varovaisesti muutoksiin suhtautuvana maana, mikä heijastuu joidenkin haastateltavien mielestä skeptisenä asenteena vaikuttavuustietoa kohtaan.

Sairaaloiden johdon näkemysten mukaan kliiniset tutkimukset vaikuttavat positiivisesti sairaaloiden innovatiiviseen kulttuuriin ja pitkällä aikavälillä myös uusien lääkkeiden käyttöönottoon. Suomessa yksi kliinisen tutkimuksen haaste on kuitenkin pieni potilasmäärä, joka on hajallaan suhteellisen suurella maantieteellisellä alueella. Asiantuntijankäytännön mukaan yhteistyö sairaaloiden välillä olisi tässä ratkaisevan tärkeää.



Eurooppalainen terveysdata-avaruus on uusi alku EU:n digitaaliselle terveyspolitiikalle

Euroopan komissio on käynnistänyt eurooppalaista terveysdata-avaruutta (EHDS) koskevan hankkeen. Sen myötä ihmiset saavat mahdollisuuden hallita ja käyttää terveystietojaan paitsi kotimaassaan, myös koko EU:ssa. Hanke edistää digitaalisten terveyspalvelujen ja -tuotteiden todellisia sisämarkkinoita. Lisäksi se tarjoaa luotettavan ja tehokkaan kehyksen terveysdatan käytölle tutkimus-, innovointi-, päätöksenteko- ja sääntelytarkoituksia varten ja varmistaa, että EU:n tiukkoja tietosuojanormeja noudatetaan kaikilta osin.

Eurooppalaisessa terveysdata-avaruudessa hyödynnetään EU:n julkisten digitaalisten hyödykkeiden, kuten tekoälyn, suurteholaskennan, pilvipalvelujen ja älykkäiden väliohjelmistojen meneillään olevaa ja tulevaa käyttöönottoa.

Koronapandemia lisäsi merkittävästi digitaalisten välineiden käyttöä. Säännöt, rakenteet ja menettelyt ovat kuitenkin monimutkaisia eri jäsenvaltioissa, mikä on vaikeuttanut terveysdatan käyttöä ja jakamista, varsinkin rajojen yli.

Viisi kysymystä ministerille

KUVA: LAURI HEIKKINEN

Aki Lindén (SD) nousi perhe- ja peruspalveluministeriksi kesken hyvinvointialueiden valmistelun. Kysyimme hänen ajatuksiaan valmistelun prioriteeteista, omalääkärimallista ja monikanavarahoituksen purkamisesta.

”Suurin hyöty tulee asukkaille parantuneena hoidon jatkuvuutena.”



1 **Mihin asioihin hyvinvointialueiden pitäisi keskittyä ensisijaisesti siirtymävaiheessa? Miten saavutetaan toimiva alku uusilla hyvinvointialueilla?**

Ensimmäisen vaiheen tärkein tehtävä on turvallisen siirtymisen varmistaminen. On huolehdittava asiakkuiden jatkuvuudesta ja palveluketjujen ja toimintojen häiriöttömästä siirtymisestä hyvinvointialueille. Tähän liittyy myös hallinnon ja johtamisjärjestelmän toimivuudesta huolehtiminen.

Toimivaan alkuun tarvitaan yhteistyötä hyvinvointialueen sisäisessä toiminnassa eli poliittisten päättäjien, keskeisten viranhaltijoiden ja koko henkilöstön kesken, mutta myös kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden kesken.

2 **Olette omalääkärimallin vankka kannattaja. Miten malli pitäisi toteuttaa ja mitä hyötyä siitä olisi hyvinvointialueille ja niiden asukkaille?**

Mallin toteutuksessa voidaan tukeutua meneillään oleviin hankkeisiin, kuten tulevaisuuden sote-keskus-ohjelmaan. Omalääkäri ja omahoitaja voivat työskennellä työparina tai omalääkäri voi työskennellä osana vastuutiimiä. On tärkeää tunnistaa ne tilanteet, joissa jatkuvuus on hoidon vaikuttavuuden kannalta erityisen tärkeää, ja toisaalta ne, joissa tärkeämpää on hoidon nopea saatavuus.

Toimiva omalääkärimalli voisi edistää molempia.

Sote-keskuksiin tarvitaan myös lisää lääkäriavustajia. Hyvät työolosuhteet, paremmat henkilöstöresurssit ja mahdollisuus osallistua kehittämistyöhön voivat lisätä sote-keskusten houkuttelevuutta työnantajina. Osa tarvittavasta lisäresurssista voidaan ostaa yksityissektorilta pitkäaikaisilla ostopalvelusopimuksilla tai kapitaatio-palveluseteleillä, eivätkä nämä keinot sulje toisiaan pois.

Hyvän omalääkärikohtaisen hoidon jatkuvuuden on osoitettu olevan yhteydessä vähäisempään päivystys- ja akuuttien sairaalapalveluiden käyttöön sekä alhaisempaan kuolleisuuteen.¹

Hyvinvointialueiden näkökulmasta omalääkärijärjestelmä voi siis alentaa terveydenhuollon kokonaishintaa ja helpottaa rekrytointeja, kun lääkäreille tarjotaan mielekäs tapa tehdä töitä. Suurin hyöty tulee asukkaille parantuneena hoidon jatkuvuutena.

3 **Olitte mukana parlamentaarisessa työryhmässä, joka selvitti monikanavarahoituksen purkamista. Miten kehittäisitte lääkkeiden rahoitusjärjestelmää,**

jotta se huomioisi nykyistä paremmin lääkehoitojen vaikuttavuuden?

Lääkekorvauksia rahoittaa tällä hetkellä valtio 67 prosentilla ja palkansaajat 33 prosentilla sairausvakuutusmaksun kautta.

Järjestelmä on jatkossakin syytä säilyttää valtakunnallisena ja Kelan operoimana. On kuitenkin mahdollista pohtia hyvinvointialueiden rahoitusvastuun tuomista osaksi järjestelmää, jotta lääkähoidot tulisivat pohdintaan tasavahvoina muiden hoitojen kanssa.

Hyvinvointialueiden rahoitusvastuu vaatisi hyvinvointialueille tuotettua tietoa ohjaamaan toimijoitaan kustannustehokkaaseen lääkkeen määräämiseen. Olennaista on tietysti säilyttää reseptinkirjoitusmahdollisuus myös yksityisen sektorin lääkäreillä ja työterveyshuollossa, ja tämän vuoksi myös vakuutusmaksujen perintä saattaa olla tulevaisuudessakin perusteltua.

4 **Miten varmistetaan yliopistosairaaloiden tutkimusrahoitus myös uusissa sote-rakenteissa?**

Ensinnäkin on tärkeää saada valtion tutkimusrahoitus pysyvästi kasvu-uralle, missä jo onnistuttiinkin tänä vuonna. Yliopistosairaaloiden asemasta uusissa rakenteissa on tehty laaja selvitystyö, joka käsittelee niiden tehtäviä, hallinnollista asemaa sekä juuri mahdollisuuksia ylläpitää tutkimusta. Selvitys nostaa esiin myös lainsäädäntötarpeita liittyen tutkimuksen rahoittamiseen. Näihin palataan vielä kuluvan vuoden aikana.

5 **Mikä on terveyden- ja lääkehuollon rooli osana Suomen huoltovarmuutta?**

Sosiaali- ja terveydenhuolto on osa yhteiskunnan kokonaisturvallisuutta. Kaikista merkittävistä yhteiskunnan häiriötilanteista seuraa terveydenhuollolle potilaita ja sosiaalihuollon asiakkuuksia, usein pitkiksi ajoiksi akuuttitilanteen jälkeen.

Terveydenhuollon palveluiden ylläpitämisessä keskeisiä ovat erityisesti riittävä ammattitaitoinen henkilöstö, hoitotarvikkeet, lääkkeet, lääkinnälliset laitteet sekä diagnostiikkaan tarvittava välineistö. Lääkkeiden velvoitevarastointi on korvaamaton osa terveydenhuollon materiaalista varautumista.

Luonnollisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kyvykyys tuottaa palveluita normaalioloissa ja häiriötilanteissa on myös hyvin riippuvaista yhteiskunnan yleisestä huoltovarmuudesta, esimerkiksi sähkönsaannista, jätehuollosta ja digitaalisesta turvallisuudesta.

Lähde

1. (Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S: Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice 4 October 2021)

Terveydenhuollon rahoitus Suomessa ja Ruotsissa – mitä rahoilla saadaan?

TEKSTI: TARU BERNDTSON

Miten Suomen uusi terveydenhuollon järjestämisen malli vertautuu tehokkuuden ja tasa-arvon suhteen Ruotsin tapaan rahoittaa terveydenhuoltoa? Onko mailla mittareita kertomaan järjestelmänsä toimivuudesta sekä ohjaamaan rahankäyttöä? Entä miten eroavat naapurusten tavat tuottaa alan innovaatioita?

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tapa mullistuu ensi vuoden alussa, kun sote-palvelujen tuottamisesta alkaa vastata 21 hyvinvointialuetta sekä Helsingin kaupunki. Rahoitus tulee keskitetysti valtiolta. Tällä hetkellä kunnat rahoittavat sote-palveluja omilla verorahoillaan sekä valtio-osuuksilla.

Konsultti **Markku Pekurinen** havainnollistaa rahoitusmuutoksen merkitystä.

– Kuntien keräämät ja valtiolta saamat rahat eivät ole korvamerkityjä juuri sote-palveluihin, joten kunta on voinut käyttää ne vaikkapa urheilukenttiin. Tulevien hyvinvointialueiden ainoat vastuualueet taas ovat sote-palvelut ja pelastustoimi.

Uusi rahoitusjärjestelmä muuttaakin päätöksentekojärjestelmää oleellisesti.

– Valtiovalta tulee ohjaamaan hyvinvointialueita aivan eri tavalla kuin kuntia. On luonnollista, että kun valtio rahoittaa, se myös määrittelee toimintaa aika pitkälle.

Pekurinen on toiminut aiemmin muun muassa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimusprofessorina, vastuualueenaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen taustavalmistelu, sekä Kuopion yliopiston terveystaloustieteen professorina.

Budjettineuvos **Riitta Aejmelaeus** valtiovarainministeriöstä kertoo, että ensi vuonna voimaan astuvan rahoituslain yleiskatteellisen laskennallisen rahoituksen tärkeimmät kriteerit ovat asiakasperusteisuus ja palvelutarve.





Ruotsissa verotusoikeus

Suomen uusi malli muistuttaa Ruotsin mallia, jossa 21 maakuntaa vastaa terveydenhuollon järjestämisestä. Oleellinen ero on, että Ruotsissa maakunnilla on verotusoikeus, kun Suomessa rahoitus tulee keskitetysti valtiolta.

Ruotsissa noin 10 prosenttia veroista suunnataan maakunnille, jotka käyttävät lähes koko summan terveydenhuollon järjestämiseen. Maakuntien välillä toimii myös muun muassa tulonjakoon perustuva tasausjärjestelmä, konsultti **Anders Borg** kertoo. Borg on toiminut aiemmin Ruotsin valtiovarainministerinä.

Vaikka periaatteellinen ero maiden rahoituksessa on suuri, Borg muistuttaa, että myös Ruotsissa aluehallitukset ovat poliittisesti valittuja.

– Toki veroaste on tärkeä kysymys, mutta eri alueiden veroasteet pysyvät melko samoina, koska kaikki maakunnat noudattavat budjettikuria eikä veroja haluta korottaa.

Kunta-alan työnantajajärjestö SKR:n pääekonomisti **Annika Wallenskog** muistuttaa kuitenkin, että molemmissa maissa alueelliset erot ovat suuret ja siten myös paikallinen päätöksenteko resurssien keräämisestä ja jaosta perusteltu.

– Kunnille oman alueen sairaalan säilyttäminen voi olla elämän ja kuoleman kysymys, vaikka väestöpohja ei sitä puoltaisikaan. En usko, että hallitus kuuntelee alueiden huolenaiheita samalla tavalla kuin paikalliset päättäjät.

Molemmat maat myös keräävät suhteellisen suuret asiakasmaksut osana sote-palveluiden rahoitusta verrattuna moniin muihin OECD-maihin. Pekurisen mukaan asiakkaiden maksamaa osuutta ei usein muisteta terveydenhuollon rahoituksesta puhuttaessa.

Rahoituksella saatava terveyshyöty

Wallenskogin mukaan Ruotsissa terveydenhuollon rahoitus tuntuisi toimivan niin kuin pitäisikin. Esimerkiksi elinaikatalojen ja eri sairauksien hoitotulosten valossa järjestelmä tuottaa ruotsalaisille terveyshyötyä.

Suomessakin erikoissairaanhoito tuottaa hyviä tuloksia suhteutettuna muuhun Eurooppaan. Samaa ei kuitenkaan voi sanoa perusterveydenhuollosta.

– Erikoissairaanhoidon huipputuloksia selittää osaamisen korkea taso ja se, että rahoitus on ollut suunnattuna paljolti sinne. Monella muulla alueella on kuitenkin hyvinvointivajeita. Vaikkapa iäkkäiden pitkäaikaissairaiden, mielenterveyden ja päihdeongelmien hoito on puutteellista, Aejmelaeus toteaa.

Suomen hyvinvointivajeet näkyvät muun muassa niin, että ikääntyvän väestön toimintakyky on huonompi kuin Ruotsissa. Aejmelaeuksen mukaan suurempi prosenttiosuus ruotsalaisista ikäihmisistä asuu kotona, ja heidän toimintakykynsä heikkenee keskimäärin pari vuotta myöhemmin kuin suomalaisten ikätoveriensä.



Terveydenhuollon menojen BKT-suhde¹

9,2 % 10,9 %



Terveydenhuollon käyttömenot/asukas (US\$)¹

4559 5552



Lääkäritiheys tuhatta asukasta kohti¹

3,9 4,3

– Varsinkin kun katsoo hoidon vaikuttavuutta elämän loppupäässä, niin näkee, miten monessa kohtaa olisimme voineet parantaa ihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia tai vaikkapa siirtää muistisairauden alkua hoitamalla esimerkiksi diabetes ja korkea verenpaine aikaisemmin.

Wallenskogin mukaan Ruotsissa esimerkiksi vanhusten verenpainetta seurataan ja korkea verenpainetta lääkitään herkästi.

– Ruotsissakin on kuitenkin paljon sosioekonomisia eroja. Yliopistokoulutettu ja Ruotsissa syntynyt elää monta vuotta pidempään kuin vähän koulutettu, varsinkin jos hän on maahanmuuttaja.

Pekurisen mukaan yksi syy perusterveydenhuollon laiminlyömiseen Suomessa voi olla se, että kattavan, työnantajien ja valtion rahoittaman työterveyshuoltojärjestelmän takia päättäjät eivät itse käytä julkista perusterveydenhuoltoa. Sitä vastoin Ruotsissa korkeintaan pari prosenttia työpaikoista on ostanut yksityisen terveystakuun työntekijöilleen.

– Se, että hyvinvointialue vastaa terveydenhuollon kehittämisestä kokonaisuutena antaa aivan erilaiset mahdollisuudet parantaa perusterveydenhuoltoa verrattuna nykytilaan, kun perus- ja erikoissairaanhoidon rahoitus tulevat eri tahoilta, Pekurinen sanoo.

Monikanavarahoituksen ongelmat

Perusterveydenhuollon jälkeenyjäänisyys on yksi esimerkki Suomen terveydenhuollon monikanavarahoituksen ongelmista. Markku Pekurisen mukaan monikanavarahoitus säilyy pääosin vielä ennallaan, mutta sitä aletaan purkaa asteittain.

Monikanavarahoituksesta johtuen Suomen nykyinen järjestelmä voi vaikeuttaa esimerkiksi uusien lääkkeiden käyttöönottoa, koska lääkekorvaukset maksaa Kansaneläkelaitos ja sairaanhoidon kustantavat kunnat.

– Näin ollen saadakse tietyn kalliin lääkkeen, on potilaan mentävä joidenkin seinien sisälle. Se on järjestelmään sisäänrakennettu budjettihaaste, toteaa Riitta Aejmelaeus.

Pekurisen mukaan tulevaisuudessa lääkekorvauksiin käytettävät rahat siirretään hyvinvointialueiden yleiskatteeseen rahoitukseen, mutta korvausten maksatuksen hoitaa edelleen Kela.

Wallenskogin mukaan Ruotsissa lääkkeiden kustannukset jakavat maakunnat ja valtio. Sairaalassa lääkkeen maksaa maakunta, samoin osittain avohoidossa.

– Ei ole siis mahdollista, että maakunnan sairaala säästäisi rahaa sanomalla, että potilaan pitää ostaa lääke apteekista.

”Ruotsissa on Suomeen verrattuna yli kymmenkertainen määrä laaturkestereitä; meillä niitä on kymmenisen, heillä sata.”

– Riitta Aejmelaeus

Mittarit ja tilastot

Riitta Aejmelaeuksen mukaan Suomesta puuttuu mittaristo, jonka avulla pystyttäisiin seuraamaan sote-rahoituksen ohjauskokonaisnäkyä.

– Ruotsissa on Suomeen verrattuna yli kymmenkertainen määrä laaturekestereitä; meillä niitä on kymmenisen, heillä sata. Meillä on paljon mittareita, mutta hyvin vähän vaikuttavuuden mittareita. Tarvitsisimme valtakunnallisen vaikuttavuuden tutkimusstrategian, johon myös yliopistot lähtisivät mukaan.

Aejmelaeuksen mukaan Suomessa on hankekulttuuri, jossa julkituodaan tavoitteet, mutta ei niiden mittareita.

– Hankkeissa on aina se riski, että se on tavallaan päälleliimattu. Kun innokas hankehenkilökunta poistuu, hanke kuolee.

Pekurisen mukaan Suomessa ollaan laaturekisterien suhteen ottamassa samansuuntaisia askeleita kuin Ruotsissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on esimerkiksi käynnissä ohjelma, jossa rakennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteritietojen avulla seurantajärjestelmää. Järjestelmän avulla voidaan seurata potilaan vaiheita esimerkiksi diabetesdiagnoosin tai lonkkaleikkauksen jälkeen.

Ohjelmaa rahoitetaan eduskunnan päättämällä määrärahalta vuosittain.

Borgin mukaan Ruotsin tapa tuottaa terveydenhuollon dataa on integroitu terveydenhuollon järjestelmiin.



– Esimerkiksi sairaalat tuottavat dataa keskitettyyn DRP-järjestelmään (diagnose-related-payment-system), mikä on tärkein rahanjakoa ohjaava mekanismi. Sen kautta kanavoidaan rahaa sairaaloille. Ideana on maksaa sairaaloille siitä, mitä ne tekevät. Tavoitteena tietysti on, että tiedolla ohjaaminen tuottaa parempaa terveydenhuoltoa ja jakaa resurssit tehokkaammin.

BKT ja tulevaisuus

Anders Borgin mukaan vuosina 1960–90 Ruotsissa oli EU-maista nopeimmin kasvavat terveydenhuollon kustannukset suhteessa bruttokansantuotteeseen.

– 1990-luvulla luotiin säännöt, joiden mukaan maakuntien on sitouduttava budjettikuriin, budjetti ei saa olla alijäämäinen. Se on edesauttanut sitä, että terveydenhuollon maksut ovat pysyneet kurissa. Nyt käytämme BKT:stä noin yhdeksän prosenttia terveydenhuoltoon, mikä on OECD-maiden keskitasoa. Minusta järjestelmämme on tasapainossa, saamme hyvää hoitoa kohtuullisilla kustannuksilla.

Suomessa sitä vastoin käytetään Pohjoismaista vähiten rahaa terveydenhuoltoon suhteessa BKT:hen.

– En tiedä, voitaisiinko rahoitusta lisäämällä vähentää sairauspoissaoloja, parantaa toimintakykyä ja tuottavuutta, välimuuttujia on niin monta. Pelkällä rahalla ei pärjää, vaan on oltava myös osaamista ja satsattava terveyden edistämiseen, Riitta Aejmelaeus pohtii.

Pekurisen mukaan Suomen järjestelmä toimii tuotannollisesti tehokkaasti siinä määrin kuin vertailuja voidaan tehdä.

– Tiedetään, että suomalaiset sairaalat pärjäävät vertailuissa erittäin hyvin, toki eri sairausryhmissä on hieman vaihtelua. BKT-vertailuja tehtäessä tärkeä selittäjä on se, että palkkataso on alhainen. Suomessahan yleensäkin ansiotaso on vaatimaton muihin OECD-maihin verrattuna.

Pekkarisen mukaan hyvinvointialueilla valtiolta saatu rahamäärä ei tule riittämään, koska jo etukäteen tiedetään, että väestön palvelutarve kasvaa enemmän kuin rahoitus.

– Rahoituslaissa on määritelty, että vain 80 prosenttia menojen kasvusta katetaan ja lopuille 20 prosentille ei ole rahoitusta tiedossa. On siis mahdollista, että terveystien BKT-osuus Suomessakin kasvaa tulevaisuudessa.

Life Science

Borgin mukaan Ruotsissa satsataan erityisesti uusiin hoitoihin.

– Ruotsalainen korvattavuusjärjestelmä painottaa innovatiivista hoitoa. Ehkä maksamme enemmän kuin pitäisi,



Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista¹

76 % 85 %



Hyvinvointialueiden määrä

21+1 21



Life science-yritysten määrä²

168 912

mutta haluamme tarjota parasta. Tosin jotkut alueet ovat hieman konservatiivisempia ja pohtivat kalliimpien lääkkeiden käyttöönottoa pidempään. Innovatiiviset hoidot ja lääkkeet ovat osa life science -strategiaamme.

Borgin mukaan Ruotsin life science -strategialla on pitkä historia alkaen jo monta sataa vuotta sitten perustetuista ensimmäisistä lääkeyrityksistä.

– Viimeisen 20 vuoden aikana meille on syntynyt paljon esimerkiksi biotekniikkayrityksiä ja pieniä lääkeyrityksiä. Kaikki hallitukset viime vuosikymmeninä ovat halunneet tukea ja edistää yhteistyötä yritysten, yliopistollisen tutkimuksen ja terveydenhoidon välillä. Siihen sijoitetaan paljon rahaa.

Borgin mukaan viime vuosikymmeninä yliopistojen rahoitus sekä apurahat on kytketty vahvemmin tutkimusnäyttöihin.

– Jos professori tekee innovaation, hänellä on oikeus patenttiin, mikä on kansainvälisesti ainutlaatuista. Näin myös tutkijalla on oikeuksia mahdollisiin tuottoihin.

Johtava asiantuntija **Minna Hendolin** Sitrasta sanoo, että Suomessa pienten life science -yritysten rahoitus on hyvin sirpaleista, muun muassa siksi, että rahoittajia on useita, kuten Suomen Akatemia, säätiöt, Business Finland ja EU.

– Rahoitus on usein hanke- tai projektirahoitusta, mikä on hankalaa erityisesti terveystoimialalla, jossa projektit ovat haasteellisia ja pitkiä. Rahoittaja haluaa kliinistä näyttöä ja sen pohjalta on aina haettava uutta rahoitusta. Tämä ongelma on nyt tunnistettu ja on pyritty luomaan joustavampia rahoitusinstrumentteja.

Suomesta myös puuttuu Ruotsin mallin mukainen virasto, joka koordinoisi alan tutkimusta ja rahoitusta.

Hendolinin mukaan viime vuosina Suomessakin on menty paljon eteenpäin esimerkiksi digitaalisten terveystuotteiden ja ratkaisujen sekä terveysteknologian alalla.

– Meillä on vahvaa it-alan osaamista, esimerkiksi datan hyödyntämisessä ja toisiokäytössä. Sen avulla hoivaan saadaan uuden tyyppistä näkökulmaa.

Hendolinin mielestä tärkeä ero Ruotsiin on se, että siellä on niin pitkään ollut isoja lääkeyrityksiä ja ylipäätään vaurasta teollisuutta ja liike-elämää.

– On vanhaa rahaa, rikkaat suvut ovat säätiöineet ja rahoittaneet alkavia yrityksiä. Suomessa moderniin biotekniikkaan ja bioalaan on alettu satsata vasta 1980-luvulla. Viime vuosina täälläkin on kuitenkin startupien pääomasijoituskenttä kehittynyt huimasti. Jos vanhaa rahaa puuttuukin, niin nyt on uutta rahaa tullut esimerkiksi menestyneiden pelifirmojen kautta, jotka sijoittavat pääomiaan eteenpäin esimerkiksi life science -alan lupaaviin startup-yrityksiin.

Lähteet:

1 OECD Health Statistics 2021

2 Selvitys terveysalan rahoitusympäristön kehittämiseksi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2022:10.

ANDERS BORG

Konsultti



ANNIKA WALLENSKOG

Pääekonomisti,
SKR



MARKKU PEKURINEN

Konsultti



MINNA HENDOLIN

Johtava asiantuntija,
Sitra



RIITTA AEJMELAEUS

Budjettineuvos,
VM



Poliitikko vai virkamies – kuka päättää hyvinvointialueella?

TEKSTI: TARU BERNDTSON

Strateginen johtaminen määrittää tahtotilat hyvinvointialueilla, operatiivinen toimeenpanee ne. Vaikeat priorisointikysymykset ja järjestämisvalinnat kuuluvat siten poliitikoille. Virkamiesten roolina on esittää erilaisia toteuttamisvaihtoehtoja ja tuntea vallitsevat olosuhteet.

Kuka päättää mistäkin uusilla hyvinvointialueilla? Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen muutosjohtaja **Sanna Svahnin** mukaan poliittinen seurantaryhmä on pohtinut viime syksystä lähtien muun muassa tätä kysymystä.

– Pohdinta lähti liikkeelle aivan alkeista: siitä, mikä tämä organisaatio on. Lakien mukaanhan kyseessä on palvelutuotantokoneisto, jonka tehtävänä on vastata, että lakiin määrätyt tehtävät toteutetaan alueen asukkaille yhdenvertaisesti ja laadukkaasti.

”Olennainen kysymys on, mitkä kysymykset ovat poliittisia, mitkä toiminnallisia.”

– Mia Laiho

Koska hyvinvointialueen rakenne on erilainen kuin kunnissa, sitä on johdettava yhtenä kokonaisuutena aivan kuten palvelukokonaisuutta johdetaan.

– On tärkeää, että hallitus pystyy katsomaan kokonaisuutta. Aluehallituksen on pystyttävä tekemään valintoja, koska talous tulee olemaan tiukka.

Kansanedustaja **Mia Laiho** (kok.) toteaa, että poliittinen seurantaryhmä ohjasi hyvinvointialueilla uudistuksen valmistelua jo ennen viime tammikuun vaaleja.

– Valmistelu ei siis ollut pelkästään virkamiesjohtoista. Poliittinen seurantaryhmä valittiin edellisen kuntavaalin tuloksen perusteella, ja kaikista kunnista oli mukana ainakin valtuuston ja/tai kunnanhallituksen puheenjohtajistoa. Näin alueellista yhdenvertaisuutta huomioitiin jo valmisteluvaiheessa.

Mikä on strategista ja mikä operatiivista?

Hallintosäännössä rakennetun tehtäväjaon mukaan luottamushenkilöt vastaavat rakenteellisista linjauksista ja virkamieskoneisto operatiivisesta johtamisesta.

– Luottamusorganisaatio, virkamiesjohtamisrakenne sekä valinnat ylempiin virkamiestehtäviin päätetään kaikki poliittisesti. Strategiassa sitten määritetään tavoitteet ja painotukset, joihin halutaan vaikuttaa valtuustokaudella, Laiho sanoo.

Vaikeat priorisointikysymykset ja järjestämisvalinnat kuuluvat siten poliitikoille. Olennainen kysymys on, mitkä kysymykset ovat poliittisia, mitkä toiminnallisia.

Laihon mielestä kannattaa lähteä liikkeelle tavoitteista, kun hyvinvointialueelle lähdetään tekemään strategiaa ja valitsemaan keinoja sen saavuttamiseksi.

– Esimerkiksi voisi nostaa vaikkapa mielenterveysongelmat, joihin poliittinen johto haluaa kiinnittää enemmän huomiota. Mikä on tavoite ja millä siihen päästään? Miten hoitoon pääsyä parannetaan? Strategiassa voidaan nostaa esiin myös painotusasioita, kuten lisätäänkö vaikka matalan tason palvelupisteitä.

Niin ikään poliittinen valinta on esimerkiksi se, kuinka paljon yksityisiä palveluita ja ylipäätään monituottajuuden mahdollisuuksia halutaan käyttää vaikkapa palvelusetelien ja ostopalvelujen kautta.

Operatiivista on tahtotilojen toimeenpano, johon kuuluu eri osa-alueiden tuntemus.

– Parempien mielenterveyspalvelujen kohdalla operatiivinen johto voi esittää erilaisia toteuttamistapoja. Se myös tuntee toteuttamiseen vaikuttavat seikat, vaikkapa henkilökunnan saatavuuden tai käytettävissä olevat tilat.

Huomio isoihin kokonaisuuksiin ja rajapintoihin

Svahnin mukaan osa hallituksen tehtävämäärittelyä on tarpeeksi isojen kokonaisuuksien löytäminen.

– Riskinä on, että kun alueesta on tulossa hyvin iso kuten nyt – budjetti on kaksi miljardia ja työntekijöitä 9 000 – juututaan liian pieniin asioihin. On helppoa katsoa yksittäisen asiakkaan asiaa sen sijaan, että nähdään, mitä se tarkoittaa kokonaisuuden kannalta.

Palvelustrategian yksi osa on rajapinnat. Uudellamaalla on muista hyvinvointialueista poiketen jäljellä rajapinta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välissä, koska Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri tuottaa jatkossakin erikoissairaanhoidon.

Mia Laiho korostaa, että muutostilanteessa HUSin ohjauksen toimivuus olisi tärkeää.

– Tässä on myös muut hyvinvointialueet mukana suhteessa HUSiin. Riskinä on, että hyvinvointialueudistuksella ei saavuteta Uudellamaalla samanlaisia toiminnallisia ja taloudellisia hyötyjä kuin muilla alueilla, joilla perus- ja erikoisterveydenhuollon palvelut yhdistyvät.

Toisaalta Laiho uskoo, että HUSilla on parempi mahdollisuus sopia hoitoketjuista hyvinvointialueiden kuin kuntien kanssa, koska hyvinvointialueita on vähemmän.

KUVA: MIKKO MÄNTYNIEMI



MIA LAIHO

Kansanedustaja, Kokoomus

KUVA: MARKKU PAJUNEN



SANNA SVAHN

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen
muutosjohtaja

Hyvinvointialueen rajapinta kuntien suuntaan on myös tärkeä, sillä kuntien vastuulle jää terveyden edistäminen. Samoin se, minkälaista yhteistyötä tehdään muiden hyvinvointialueiden sekä järjestöjen kanssa.

Yhdenvertaisuus edellyttää uudenlaista ajattelua

Sanna Svahn painottaa, että yhdenvertaisuuden toteutuminen vaatii päättäjiltä ja virkamiehiltä ajattelutavan muutosta.

– Jokaisen päättäjän ja virkamiehen pitää pystyä ajattelemaan koko aluetta. Palvelujen saatavuuden pitäisi Suomen mittakaavassa muuttua joka tapauksessa tasavertaisemmaksi kuin ennen.

Moni on ollut huolissaan siitä, siirtyvätkö palvelut hyvinvointialueilla pois pienistä kunnista. Laiho nostaa esille, että uudistukseen sisältyy myös paljon mahdollisuuksia pienten kuntien näkökulmasta.

– Länsi-Uudellamaalla pienten kuntien asukkaat saavat vaikkapa koko Espoon palveluvalikoiman käyttöönsä. Valmistelun aikana ja päätöksenteossa on otettu koko ajan huomioon pienten kuntien tarpeita. On yhteinen tahto ja tavoite, että kaikkia kuullaan ja saadaan palvelut toimimaan hyvin koko alueella.

Harjun terveydessä julkinen ja yksityinen toimivat yhdessä

TEKSTI: TARU BERNDTSON

KUVA: LAURA OJA

Harjun terveys on vuoden 2021 alussa aloittanut Mehiläisen ja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän yhdessä omistama yritys, joka vastaa 133 000 päijäthämäläisen perusterveydenhuollon palveluntuotannosta.

Harjun terveyden toimitusjohtaja **Petja Orren** mukaan vastaavaa organisaatiota ei ole tässä mittakaavassa perusterveydenhuollossa Suomessa.

– Kyseessä on nimenomaan julkisen palvelun tuottaminen, vaikka toimitaan yhtiömuodossa.

Orren mukaan public-private -yhteistyössä eri tahojen strategisten päämäärien pitää sopia yhteen.

– Harjun terveys on esimerkki siitä, että kaksi strategista toimijaa, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä ja Mehiläinen toteuttavat omia strategioitaan yhteisyrityksen kautta. Esimerkiksi osa Mehiläisen strategiaa on pystyä tuottamaan tehokkaasti palveluita myös julkisen sektorin toimintaympäristössä. Hyvinvointiyhtymän strategia on taas kustannustehokas ja laadukas palvelu.

Näin Harjun terveyden strategia juontuu pääosin sen taustayhtiöiden strategioista, jotka on puristettu yhteen.

– Sitä ei ole mitenkään glorifioitu strategiana. Päämäärä syntyy yksinkertaisesti palvelusopimuksesta. Meillehän tärkeintä on se, miten operatiivisesti pystymme toimimaan tässä ympäristössä. Toisin päin ajatellen Harjun terveydelle ei ole tehty massiivista strategiatyötä, vaan se tehdään jo hankintavaiheessa. Välillä sitä on toki tarvetta tarkistaa.

Kirkas missio, selkeä sanoitus

Jos pohditaan yleisemmin sitä, miten strategian rakentaminen, toimeenpano ja seuranta eroavat julkisella ja yksityisellä sektorilla, niin Orren mukaan yksi keskeinen ero on, että julkisen puolen strategiat ovat usein hyvin laajoja, kuten vaikkapa kaupunkistrategia.

– Strategiatyötä tehdään harvoin silloin, kun mietitään puhtaasti vaikka perusterveydenhuollon palvelujen järjestämistä. Yrity maailman strategioissa myös toimintasykli ja toimeenpanon kannustimet – se miksi jotain tehdään – ovat selkeämmin hahmotettavissa.

Orren mielestä julkisella sektorilla voitaisiinkin strategiatyössä ottaa oppia yksityiseltä sektorilta siinä, että missio voisi olla kirkaampi.

– Onhan se tavallaan todella selvä myös julkisella, mutta se välillä unohtuu sanoituksessa. Toisaalta visio eli se, mihin strategia meidät johtaa, ei ole aina niin puhutteleva kaikilla tasoilla – mitä korkealentoinen strategia tarkoittaa vaikkapa yksittäisen työntekijän kannalta. On kuitenkin selvää, että sekä julkiselta että yksityiseltä puolelta löytyy hyviä strategioita.

Orre vertaa strategiaa tietä reunustaviin auraskepeihin. Hyvällä kelillä niihin ei tarvitse kiinnittää huomiota, onhan tie selvästi näkyvissä. Huonolla kelillä ne auttavat pysymään tiellä.

– Strategian ydin on pysyä tiellä, että aina löydetään tuki siitä.

”Meillehän tärkeintä on se, miten operatiivisesti pystymme toimimaan tässä ympäristössä.”

PETJA ORRE

Harjun terveyden toimitusjohtaja



Alueet, uskaltakaa uudistaa!

”Käyttäkää tilaisuus hyväksi – ja miettikää, miten asiat voitaisiin tehdä paremmin.”

Suomalaista terveydenhuoltoa on tavattu moittia byrokraattiseksi, hierarkkiseksi eikä kauhean hyvin johdetuksi. On ihailtu kansainvälisiä, Buurtzorgin mallin kaltaisia tapoja toimia itseohjautuvasti.

Nyt kun hyvinvointialueita rakennetaan kovalla kiireellä, tärkein viestini on: käyttäkää tilaisuus hyväksi – valtavasta työmäärästä huolimatta – ja miettikää, miten asiat voitaisiin tehdä paremmin. Ydinkysymykseksi hyvinvointialueiden onnistumisessa nousee se, että upotetaanko totut toimintatavat, käytännöt ja kulttuurit uuteen rakenteeseen vai hyödynnetäänkö mahdollisuus synnyttää jotain uutta.

Uudistuksen voi ulottaa organisaation hierarkioista, johtamisjärjestelmistä ja esimiestyöstä aina uudellaan itseohjautuvien tiimien rakentamiseen.

Esimerkkejä hyvistä käytännöistä löytyy jo nyt. Poliittisen päätöksenteon puolella yksi uudellinen tapa on Pirkanmaalla käyttöön otettu valiokuntamalli, joissa valtuusto jakautuu valiokuntiin valmistelemaan asioita. Toinen on suoran demokratian ottaminen mukaan arjen päätöksentekoon.

Palvelujen kohdalla uudistuminen voi tarkoittaa sitä, että rakennetaan tulevaisuuden sote-keskuksia, joissa asiakas on keskiössä ja palvelut integroidaan asiakkaan, ei professioiden ympärille. Toisin siis kuin perinteisesti on tavattu tehdä.

Kaikkea ei onneksi tarvitse tehdä itse. Hyvinvointialueiden kannattaa käyttää hyväksi kansallisia tai muilla alueilla tehtyjä ratkaisuja ja hyödyntää alueiden välistä yhteistyötä. Jos jossakin on tehty vaikkapa hyvä hallintosääntöpohja, niin jaetaan se myös muille.

Itsenäisyyttä ja yhteistyötä

Uudellaan ajattelua tarvitaan myös meillä sosiaali- ja terveysministeriössä. Olemme tottuneet sanelemaan palvelujärjestelmiin kuntiin päin ja toisaalta kunnat ovat tottuneet pyytämään rahaa, mutta kaihtamaan ohjausta.

Iso kulttuurinen muutos on se, että ministeriö ja hyvinvointialueet tekevät tulevaisuudessa tiivistä yhteistyötä – strateginen ohjaus on vuorovaikutusta. Kun raha tulee valtiolta alueelle, haluamme valtiolla myös tietää, mitä rahalla saadaan aikaan. Itsehallinto on tärkeää, mutta yhtä lailla tärkeää on yhteistyö. Nyt mietitään sitä, miten vuoropuhelu rakennetaan.

Se, mihin haluamme vaikuttaa, ovat kansalaisten kannalta tärkeät palvelut, niiden saatavuus ja riittävä valikoima kaikilla alueilla. Sote-uudistuksen keskeinen tavoite on yhdenvertaisuuden varmistaminen: se, että maan sisällä saadaan palveluja, asuipa asiakas Lapissa tai Uudellamaalla. Tai jos katsotaan yhtä aluetta, että Kihniön asukkaat saavat saman palvelun kuin tampere-laiset.

Uudistaen ja yhteistyössä, siinä kaksi ohjenuoraani hyvinvointialueiden menestykseen. Vaikka palveluiden turvallinen siirtymä kunnista hyvinvointialueille on kaiken a ja o, tärkeää on myös uskaltaa haastaa totuttua.



KARI HAKARI

sosiaali- ja terveysministeriön osastopäällikkö
ja sote-ryhmän puheenjohtaja

Tavoitteena tasavertaisempi syövänhoito

TEKSTI: KAROLIINA HEIMO
KUVA: VILJA PURSIAINEN

Euroopan komission keväällä 2021 julkaistu syövänhoitojuntasuunnitelma on paitsi poliittinen sitoumus syövän vastaiseen kamppailuun, myös askel kohti entistä vahvempaa Euroopan terveysunionia.

– Syövänhoito on erinomainen esimerkki siitä, miksi EU:ta ja yhteistyötä terveyden alueilla tarvitaan, sanoo europarlamentaarikko **Sirpa Pietikäinen**.

Pietikäinen on MEPs Against Cancer -ryhmän jäsen Euroopan parlamentissa.

Hän kertoo, että yhteisiä toimia tarvitaan niin syöpäennaltaehkäisyyn, varhaiseen havaitsemiseen, diagnoosintamiseen ja hoidon tasavertaisuuden lisäämiseen kuin potilaiden ja syövästä parantuneiden elämänlaadun parantamiseen.

– Yhteiskunnan ykkösvastuu on pitää huolta asioista, joihin ihminen ei pysty itse vaikuttamaan. Näihin kuuluvat muun muassa työperäisten syöpäehkäisy, liikenteen päästöt ja ilmanlaatu. Vielä ei kiinnitetä riittävästi huomioita uudenlaisiin riskeihin kuten hormonihäiriöihin, joilla tarkoitetaan hormonien tasapainoa häiritseviä kemikaaleja. Ilman, että vähennämme radi-

Syöpäkuolemien määrä uhkaa kasvaa neljänneksellä EU-maissa vuoteen 2035 mennessä, koska ympäristön syöpäriskejä kasvavat. EU:n yhteisiä toimia tarvitaan ennaltaehkäisyyn, tutkimukseen ja hoitoon, nopeasta diagnosoinnista potilaiden elämänlaadun parantamiseen.

kaalisti yhteisiä syöpäaltistuksia, emme voi vähentää myöskään syöpäkuolemien määrää.

Tarkoitus ei ole sivuuttaa henkilökohtaisia elämäntapatekijöitä. Niihin paras keino on mittava ja jatkuva neuvonta ja viestintä.

Seulonnoilla suuria mahdollisuuksia

Euroopan parlamentin syövänhoitojuntasuunnitelman loppuraportin toimenpide-ehdotuksista Pietikäinen nostaa esille yhdenvertaisuuden. Sillä ei saa olla merkitystä, asuuko henkilö Kuusamossa vai Tampereella, seulontojen ja hoidon pitää toimia samalla tavalla. Yhtä lailla asuinpaikka, koulutustaso tai muut demograafiset tekijät eivät saisi olla syövän diagnoosintamiseen tai hoidon laadun este laajassa eurooppalaisessa mittakaavassa.

Valitettavasti tähän on matkaa, sillä itäeurooppalaisella potilaalla on tällä hetkellä 30 prosenttia pienempi mahdollisuus selvitä syövästä länsieurooppalaiseen hoitoon verrattuna.

– Suomessa olemme jäljessä esimerkiksi ihosyöpäpotilaiden seulonnoissa. Niissä olisi paljon voitettavaa, sillä seulon-

1 Ilman toimia syövästä voi kehittyä suurin kuolinsyy EU:ssa.

2 Vuonna 2020 Euroopan unionissa diagnosoitiin syöpä 2,7 miljoonalla ihmisellä.

3 Syöpä aiheuttaa Euroopassa vuosittain 1,3 miljoonaa kuolemaa.

4 Vuoteen 2035 mennessä syöpäkuolemien määrä uhkaa kasvaa 24 %:lla.

5 Noin 40 % syöpätapauksista on ehkäistävissä.

6 Euroopassa on arviolta yli 12 miljoonaa syövästä parantunutta, joista noin 300 000 on lapsia.

7 Euroopan unioni kattaa 10 % maailman väestöstä, mutta jopa neljäsosa kaikista syöpätapauksista diagnosoidaan sen jäsenmaissa.

takustannukset ovat matalat ja tapausten havaitseminen tehokasta.

Rahasto mahdollistaisi kalliiden lääkkeiden nopean käyttöönoton

Syöpätutkimus etenee vauhdilla ja on valtava mahdollisuus. Pietikäinen muistuttaa jälleen eurooppalaisen yhteistyön voimasta ja terveysunionin tarpeellisuudesta: tuloksia ei saavuteta maailman mittaluokassa, jos jokainen jäsenmaa yrittää yksin pysyä osaamisen, tutkimuksen ja lääkekehityksen huipulla.

Syöpähoidot personoituvat koko ajan tutkimuksen kehittyessä ja tiedon lisääntyessä. Kun ollaan uusien –

ja kalliiden – lääkkeitöiden kanssa tekemisissä, tärkeää olisi taata niiden nopea käyttöönotto. Pietikäinen on esittänyt eurooppalaista erityisrahastoa harvinaisten syöpien lääkkeille.

– Harvinaisten sairauksien kokonaiskustannus on hallittavissa; se on noin 6–10 % lääkehuollon kokonaiskustannuksista. Kun harvinainen sairaus iskee yhteen sairaalaan, kustannus on kuitenkin valtaisa. Tämä voi johtaa siihen, että hoitoja otetaan käyttöön epätasaisesti. On surullista, että lääkettä kehitetään, mutta hinta pysyy kalliina kun sitä ei osteta, ja ihmiset jäävät ilman hoitoa. Rahastomekanismi auttaisi uusien, kokeellisten lääkkeiden nopeassa käyttöönotossa.

Syöväntorjunnan kuusi tärkeintä asiaa Sirpa Pietikäisen mukaan:

- 1 ENNALTAEHKÄISY
- 2 KATTAVAT SEULONNAT
- 3 NOPEA DIAGNOSOINTI
- 4 HOITON PÄÄSY
- 5 JATKUVA JÄLKISEURANTA
- 6 POTILAIEN SAAMA TUKI KUNTOUTUMISESSA SEKÄ TYÖHÖN JA ARKEEN PALAAMISESSA

Tutkimus kasvattaa osaamista ja hyödyttää potilaita

TEKSTI: TARJA VÄSTILÄ

Lääketieteellinen tutkimus on vankka kivijalka, jonka varaan nojautuvat potilaiden hyvä hoito, osaava henkilökunta ja jopa organisaation maine.



KUVA: LAURA OJA



ANNE REMES
Helsingin yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan
dekaani, professori

ANNE PITKÄRANTA
Emeritaprofessori

Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan dekaanin, professori **Anne Remeksen** mukaan lääketieteellisen tutkimuksen vaikutus ulottuu laajalle. Sen ansiosta koko lääketieteen ja terveydenhuollon kenttä

osaamisineen pystyy kehittymään.

– Jos jatkuvaa tutkimusta ei tehdä, terveydenhuollon järjestelmämme taantuu.

HUSin entinen tutkimusjohtaja, emeritaprofessori **Anne Pitkäranta** korostaa potilasnäkökulmaa.

– Ainoa tapa saada potilaiden hoitotuloksia entistä paremmiksi on tehdä tutkimusta. Samalla luodaan uusia, näyttöön perustuvia hoitoja sekä päivitetään olemassa olevia. Lisäksi esimerkiksi lääketutkimukset hyödyttävät sairaalaa uusina lääkkeinä. Osaaminenkin karttuu.

Yhteinen taival

Yliopisto ja yliopistosairaala kulkevat käsi kädessä, sillä lääketieteen perusopetus nojaa yliopistosairaalan toimintaan.

– Hengitämme samaa ilmaa. Tutkimus, opetus, kehitys ja innovaatiotoiminta ovat yhteistä. Lääketieteen tutkimus tarvitsee sairaalan, jotta tutkimus saadaan yhdistettyä potilaiden hoitoon, toteaa Remes.

Myös Pitkärannan mukaan tutkimuksilla on suuri merkitys sairaalalle.

– Vahva sairaala houkuttelee parhaat ihmiset töihin. Älyllisesti inspiroivan tutkimuksen avulla pääsee vaikuttamaan potilaiden hoitoon. Asiantuntijuuden kasvaessa potilaat hyötyvät ja sairaalaan saadaan ammattitaitoista henkilökuntaa. Tutkimus- ja kehittämisympäristössä mukana oleminen on luonteva tapa pitää itsensä ja työnsä ajan tasalla.

Tutkimukset ovat myös organisaation maineen kannalta tärkeitä. Potilaita hakeutuu hoitoon hyvään sairaalaan, jossa on osaava henkilöstö.

Remes sanoo tutkimuksen tekemisen perusterveydenhuollossakin olevan rekrytointivaltti.

– Tietyt paikat houkuttelevat enemmän kuin toiset. Lääkäripula voisi helpottua, kun tarjotaan joustavuutta ja mahdollisuutta tutkimuksen tekoon koko terveydenhuollon kentässä.

Rahoitusta tarvitaan

Remes muistuttaa, ettei nyky maailmassa tutkimus voi olla harrastus. Siihen on oltava aikaa arjen työn ohella. Tieteen tekemistä pitää kunnioittaa ja rahoitustakin tarvitaan.

– Yliopistosairaaloitten rahoitusmalli muuttuu hyvinvointialueilla. Tutkimus ei saisi olla se viimeinen asia,

jota rahoitetaan, jos jotain jää. Pitää ymmärtää, että potilashoidon pitäminen hyvällä tasolla vaatii tutkimusta. Jatkossakin tarvitaan niitä ammattilaisia, jotka kykenevät hyödyntämään tutkittua tietoa ja viemään terveydenhuoltoa eteenpäin.

Pitkäranta pitää suurena kysymysmerkkinä, miten hyvinvointialueilla hyväksytään tutkimuksen ja opetuksen takia aiheutuneet korkeammat kustannukset yliopistosairaaloissa.

– Suomella ei ole varaa olla tekemättä tutkimusta. Haluaisin uskoa, että asia pysyy vähintään yhtä hyvällä tolalla kuin tälläkin hetkellä. Sote-uudistus voi tuoda myös mahdollisuuksia, jos yliopistosairaalan akateeminen kulttuuri saadaan perusterveydenhuollon puolelle. Voitaisiin tutkia ja ehkäistä kansansairauksia, ja samalla erikoissairaanhoidon kuormitus vähenisi.

Mukana on pysyttävä

HUSin johto kannustaa tutkimuksiin, ja tutkimustyötä pystyy niveltämään käytännön työhön.

– Jos akateemisen kulttuurin merkitys tajutaan, rahaakin löytyy, pohtii Pitkäranta.

Tutkimuksen teko kuitenkin kallistuu koko ajan. Tietoturvalliset käyttöympäristöt ja Findata nostavat kustannuksia. Uudet lainsäädännöt vaikuttavat: toisio- ja biopankkilakien sekä GDPR-asetuksen tulkinta ei ole kovin tutkijamyönteistä.

– Maali liikkuu: vaikka juoksisi, tuntuu kuin pysyisi paikallaan, kuvailee Pitkäranta.

– Pitäisi päästä tilanteeseen, ettei tutkijan tarvitse joka kohdassa taistella mahdollisuudesta tehdä tutkimusta. Tutkimuksen yhdistäminen kliiniseen työhön olisi oltava jouhevaa, miettii Remes.

Suomessa tehdään laadukasta, luotettavaa tutkimusta. Kansainvälisesti katsottuna resurssit ovat niukat, siksi huippututkijoita rekrytoidaan ulkomaille. Remeksen mukaan Suomessa puuttuu pitkjänteisyyttä rahoituksessa.

– Yliopistoissa tai yliopistosairaaloissa on vähän pysyviä tutkijantehtäviä. Kliinistä tutkimusta tekevillä tutkijoilla on paljon muita velvollisuuksia kliinisen työn ja opetuksen saralla.

Pitkäranta toteaa, että Suomella on hyvä maine ja geneettisesti kiinnostava populaatio sekä mielellään tutkimuksiin osallistuvat, tunnolliset potilaat ja hyvät järjestelmät.

– Tällä osaamis- ja digitalisaatietasolla pystyisimme parempaan. Julkisella sektorilla rekrytointia ja urapolkua voisi tehostaa etsimällä oikeat ihmiset oikeisiin paikkoihin. Tarvitsemme tieteellistä johtajuutta, jotta pärjäisimme vielä paremmin.

Jokainen terveysjohtaja on tänä päivänä teknologiajohtaja

TEKSTI: SOFIA LEINONEN

Terveysteknologian merkitys kasvaa kasvamistaan väestön ikääntyessä ja syntyvyyden laskiessa. Oikein valjastettuna teknologia helpottaa terveysalan ammattilaisten työtä, mahdollistaa potilaille parempaa hoitoa ja tuo kustannussäästöjä koko Suomen terveydenhoitojärjestelmälle. Tämän eteen **Marko Rauhala**, Accenturen Pohjoismaiden terveydenhuollon ja julkisten palveluiden johtaja, on työskennellyt jo 15 vuoden ajan.

Rauhalan mukaan kaikissa teknologiainvestoinneissa ja kehittämisessä tulisi tarkastella kolmiota, jonka yhdessä kulmassa on hoitoon pääsy, toisessa hoidon vaikuttavuus ja kolmannessa kustannukset.

– Terveysdata vaikuttaa hoitoon pääsyyn merkittävästi, sillä mitä enemmän meillä on asiakkaasta tietoa saatavilla, sitä varmemmin voimme hoitaa potilasta virtuaalisesti. Lisäksi datan avulla voidaan määritellä tarkemmin, mikä on oikea hoito juuri kyseiselle potilaalle. Tämä tehostaa hoidon vaikuttavuutta.

Esimerkiksi ”personalised medicine” eli yksilöllistetty terveydenhuolto perustuu hoidon ja sairauksien ennaltaehkäisyyn yksilöllisistä lähtökohdista. Päätavoitteena on tarjota yksittäiselle yksilölle parhaiten soveltuvaa ja tehokkainta hoitoa, mikä toteutetaan geeniperimän, elintapojen ja tautien biomarkkereiden seulonnan sekä näistä analysoidun tiedon avulla. Tässä datan ja analytiikan merkitys on keskeinen.

Varhainen diagnosointi ja vaikuttavat hoitokeinot johtavat merkittäviin kustannussäästöihin, eikä se ole mahdollista ilman dataa ja väestötason terveyshallintaa.

Terveysteknologiassa nähdään tulevaisuudessa valtavia harppauksia. Sen lisäksi, että data ja teknologia uudistavat hoitomuotoja ja tehostavat terveysalan ammattilaisten työtä, terveydenhuollon toimiala laajenee. Muutos edellyttää kouluttautumista, digitaalisen kokemuksen kehittämistä ja investointeja kehittyvään teknologiaan.

– Digitaalisuus ja teknologia luovat mahdollisuuden kehittää näitä kolmea osa-aluetta tasapainoisesti yhtä aikaa. Voimme ottaa enemmän ihmisiä hoitoon, tehdä sen kustannustehokkaammin ja ennen kaikkea vaikuttavammin. Tämä on iso lupaus terveydenhuollon digitalisaatiossa.

Pohjoismaiden kehityskulku samansuuntaista

Pohjoismaat ovat Rauhalan mukaan kehittyneet terveysteknologian hyödyntämisessä tasaiseen tahtiin. Kaiken kehittämisen taustalla on pyrkimys valjastaa data sote-järjestelmien suunnitteluun, kehittämiseen ja toimeenpanoon.

Suomessa kehitetään ennen kaikkea digitaalista asiointia ja kohtaamista. Kehitysalan piiristä löytyy esimerkiksi paljon startupeja, joiden innovaatiot ovat keskittyneet potilassuhteen rakentamiseen. Digitaalisille palveluille onkin kyselytutkimusten mukaan enemmän kysyntää kuin tarjontaa. Esimerkiksi HUSin sähköisen asiointipalvelu Maisan sekä nuorten mielenterveyspuolen virtuaaliapuri Millin käytöstä on saatu jo runsaasti positiivista palautetta. Digitaalinen kohtaaminen on joidenkin tutkimusten mukaan koettu jopa empaattisemmaksi kuin fyysinen kohtaaminen.

– Digitaalisen kokemuksen tulisi olla samaa tasoa, mihin olemme tottuneet esimerkiksi ruoantilaussovellusten ja suoratoistopalveluiden kanssa. Tämän tason saavuttamiseksi terveydenhuollossa on vielä matkaa.



Terveydenhuollon ICT-investoinnit eivät ole riittäviä

Positiivisesta kehityssuunnasta huolimatta ala on Rauhalan mukaan ali-investoitu Suomessa. Kansainväliset yritykset pärjäävät suomalaisia paremmin muun muassa ohjelmistojen kehittämisessä ja erikoissairaanhoidon eri osa-alueiden integraatiossa teknologian keinoin. Rauhalan mukaan terveysteknologiaa onkin ajateltava ikään kuin puhtaalta pöydältä. Sen sijaan, että miettisimme, kuinka digitalisoimme vanhat tavat tehdä, tulisi miettiä, miten asia voitaisiin hoitaa eri tavalla tai jättää kokonaan hoitamatta.

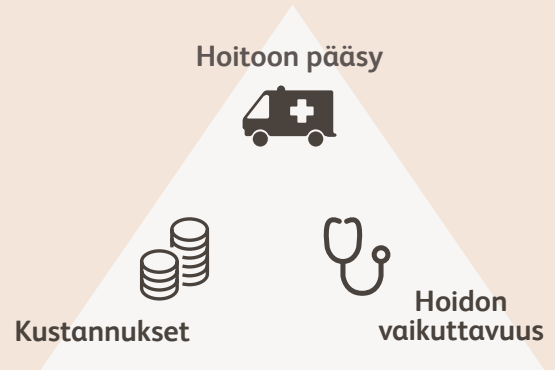
– Jos Amazon rakentaisi terveydenhoitopalvelut, näyttäisi terveydenhuoltomme varmasti hyvin erilaiselta. Meillä on valtavasti opittavaa suurilta kansainvälisiltä pilvipalveluyrityksiltä, jotka kehittävät datan avulla älykkyyttä.

Kouluttautuminen on muutoksen keskiössä, ja on tärkeää, että terveydenhuollon työntekijät kokevat teknologian nimenomaan vapauttavana tekijänä. Teknologia ei tule korvaamaan työrooleja, vaan vapauttamaan työntekijöiden resurssia työhön, jota teknologialla ei pystytä korvaamaan. Teknologiamurroksen prosessissa tiedolla johtaminen on avainroolissa.



Teknologiainvestoinneissa ja

kehittämisessä tulisi tarkastella kolmiota:



– Jokainen johtaja on tänä päivänä teknologiajohtaja. Jokaisen johtajan täytyy sisäistää, mitkä teknologian mahdollisuudet ovat juuri omalla toimialueella, ja miten niitä viedään eteenpäin, jotta hyödyt omalle organisaatiolle olisivat mahdollisimman suuret. Digitalisaatio on ennen kaikkea osaamis- ja kouluttautumiskyky, joka riippuu pitkälti myös omasta asenteesta.

Tekoälyratkaisut määrittävät tulevaisuuden terveydenhuoltoa

Terveysteknologiainnovaatioita kehitetään hurjaa vauhtia, mutta mikä tulee lopulta mullistamaan alan? Ainakin yksi asia on varma – tekoälyratkaisuja tulee näkymään terveydenhuollossa yhä enemmän.

Marko Rauhalan mukaan tekoälystä etsitään ratkaisuja kahdella tavalla – hoidollisten sovellusten sekä organisaation tehokkuutta parantavien ratkaisujen kautta. Tekoäly tarjoaa tulevaisuudessa ratkaisuja muun muassa siihen, kuinka voimme tehostaa yhteistyötä, päätöksentekoa ja resurssien allokointia.

Data tulee lisäksi laajentamaan terveydenhuollon toimialaa. Toimialojen, kuten vähittäiskaupan ja terveydenhuollon integrointi on hyvinvoinnin tulevaisuutta.

– Terveyshän ei tule pelkästään sairaanhoidon keinoin. Sosiaaliset tekijät kuten ihmissuhteet ja ravinto tulevat osaksi toimialaa. Data mahdollistaa sen, että pääsemme käsiksi muihinkin terveyden elementteihin, jolloin lääkäri voi määrätä vaikkapa tietynlaista ravintoa sairauden hoitoon. Tulevaisuuden terveydenhuolto on kokonaisvaltaista – ja se saavutetaan teknologian keinoin.

Asiakaslähtöisyys yhdistää kaupan alan ja terveydenhuollon digiratkaisuja

TEKSTI: SOFIA LEINONEN



Keskon Chief Digital Officer **Anni Ronkaisen** mukaan digitaaliset ratkaisut on toimialasta riippumatta kehitettävä asiakas edellä. Lisäksi palveluiden käyttäjät henkilökunnasta asiakkaisiin kannattaa osallistaa kehitystyöhön.

– Olemme kaupan alalla hyödyntäneet vuosia asiakasdataa, jonka avulla palvelemme asiakkaitamme paremmin sekä esimerkiksi kehitämme asiakaspalveluprosesseja ja tehostamme organisaation sisäisiä prosesseja. Datan avulla pystymme esimerkiksi optimoimaan, missä tehtävissä kaupan henkilökuntaa milloinkin tarvitaan. Voisimmeko hyödyntää samankaltaista henkilöresurssien optimointia myös terveydenhuollossa? Datan käyttömahdollisuudet ovat loputtomat.

Euroopassa ja Suomessa ollaan tarkkoja datan vastuullisesta hyödyntämisestä. Ronkainen kannustaa suomalaisia toimijoita kääntämään kokemuksen eettisestä datan hyödyntämisestä edukseen. Kaikessa on lopulta kyse asiakkaiden luottamuksesta.

– Alalla puhutaan paljon dataintegraattoreista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että ihminen voi halutessaan yhdessä paikassa yhdistää ja säilyttää omaa dataansa eri lähteistä, kuten ostos- ja aktiiviteettitietojaan tai miksei jopa terveystietojaan. Muun muassa K-Ruoka-sovelluksessa on jo nyt mahdollisuus hyödyntää terveystietojaa, jotka kertovat tietoa asiakkaan ostamien tuotteiden ravintosisällöstä.

Tällä hetkellä sekä yksityisen että julkisen puolen terveydenhuollon haasteena on potilastietojärjestelmien moninaisuus, minkä vuoksi perusarkkitehtuurin uudistaminen on alalla tarpeen. Asiakasdatan hallinnassa terveydenhuollolla on vielä opittavaa, jotta tieto siirtyy saumattomasti järjestelmästä ja palvelusta toiseen. Saumattoman asiakaskokemuksen tarjoaminen sekä fyysisesti että diginä on tavoiteltava – oli kyseessä sitten kauppa tai terveysasema.

– Kannustan myös julkisen puolen terveydenhuoltoa lähestymään digikehitystä uusista näkökulmista. Ala tarvitsee ketteryyttä ja verkostoitumista eri toimialojen kanssa. Meitä jokaista yhdistää asiakas, jota haluamme kaikki palvella mahdollisimman hyvin.

Geenitutkimus paljastaa sydänlihassairauden



TEKSTI: TARJA VÄSTILÄ

Sisätautiopin professori, ylilääkäri **Johanna Kuusisto** Itä-Suomen yliopistosta ja Kuopion yliopistollisesta sairaalasta on perehtynyt kardiomyopatioihin jo pari vuosikymmentä. Hän johtaa valtakunnallista FinHCM-tutkimusta ja kansainvälistä CardioPath-tutkimusta.

Sydänlihasta paksuntavaan kardiomyopatiaan sairastuu noin yksi 500:sta. Geenitutkimuksissa sairauden taustalta on löydetty maailmalla yli 2 000 virhettä yli 20 geenistä, pääosin kuitenkin sydänlihaksen supistuvaa osaa, sarkomeeria, koodittavista geneistä.

Jos kaikki geenivirheen kantajat, jopa terveet, lasketaan mukaan, tauti on yleisempi kuin on ajateltu: esiintyvyys voi olla jopa 1/200. Sairaus puhkeaa usein murrosiän kasvupyrähdyksen aikana, yleensä 20 tai 30 ikävuoteen mennessä.

– Hypertrofinen kardiomyopatia eli HCM on yleisin nuorten ja urheilijoiden sydänperäisen äkkikuoleman syy. Se on todennäköisin syy, jos nuori, terve urheilija lyhyhistyy kisakentälle sydänpysähdyksen takia. Vaikka tauti ei ole kovin yleinen, siihen liittyvät tapahtumat ovat dramaattisia, korostaa Kuusisto.





Suomalainen tautiperimä vaikuttaa

Laajassa FinHCM-tutkimuksessa pyritään selvittämään paksuntavan sydänlihassairauden genetiikkaa, kliinistä taudinkuvaa ja ennustetta. Mukana ovat kaikki yliopistosairaalat ja iso osa keskussairaaloista. Tutkimuksessa geeninäytteitä kerättiin 400:lta hypertrofista kardiomyopatiaa sairastavalta aikuiselta ja sadoilta sukulaisilta.

Potilailta on tutkimuksessa löydetty neljä valta-geenivirhettä sarkomeeriproteiineja koodittavista geneeistä. Nämä perustajamutaatiot selittävät lähes 30 prosenttia kaikista suomalaisista tautitapauksista. Tautiperinnolle tyypillisesti niitä ei esiinny juuri muualla kuin Suomessa.

– Kantaisästä tai -äidistä polveutuvia perustajamutaatioita löytyy isoista populaatioista ja ne periytyvät suvuissa, määrittelee Kuusisto.

Kaiken kaikkiaan FinHCM-tutkimuksessa noin 40 prosentilta löydettiin sairautta aiheuttava geenivirhe ja 20 prosentilta harvinaisia geenivirheitä, joiden merkitys taudin aiheuttajana jää vielä nähtäväksi.

– Noin 40 prosenttia jäi kuitenkin ilman geenidiagnoosia kohdennetussa, 59 kardiomyopatiageenin tutkimuksessa. Jatkossa suunnitteilla on tutkia FinHCM-tutkimusaineistossa sydänlihassairauden geenitaustaa vielä tarkemmin.

Kaikki kantajat eivät sairastu

Kardiomyopatia voi löytyä sydänoireiden, kuten rytmihäiriöiden, hengenahdistuksen, rintakivun, pyörtymis- tai tajuttomuuskohtauksien perusteella. Usein poikkeava sydänfilmi laukaisee tarkemmat sydäntutkimukset ja sairaus löytyy sitä kautta.

– Valitettavasti sydänperäinen äkkikuolema voi olla sairauden ensimmäinen oire. Tämän vuoksi sydänlihassairautta sairastavien sukulaisten tutkiminen ja varhainen diagnoosi on tärkeää.

Kun potilaasta löydetään tautia aiheuttava geenivirhe, ensimmäisen asteen sukulaiset eli vanhemmat, sisarukset ja lapset tutkitaan verinäytteestä tehtävällä geenitutkimuksella. Kardiologi perehtyy tarkemmin geenivirhettä kantaviin sukulaisiin. Jos geenivirhettä ei löydy, lisätutkimuksia ei tarvita.

Kuusiston mukaan terve taudinkantaja ei välttämättä koskaan sairastu, mutta esimerkiksi hänen lapsillaan voi olla lievä tai vakavampi sairaus. Terveetkin geenivirheen kantajat käyvät seurannassa muutaman vuoden välein.

– Taudilla on kohtalaisen hyvä ennuste, mutta noin viidesosalla on suurentunut äkkikuoleman riski ja osalle voi kehittyä sydämen vajaatoiminta. Sydänlihassairaiden pitäisi välttää kilpaurheilua ja extreme-liikuntalajeja. Vaikea kardiomyopatia voi vaatia lääke- tai rytmihäiriöhoitoa.

Kantasolututkimuksen avulla täsmähoitoihin

Kuusiston ja professori Pasi Tavin CardioPath-tutkimuksessa ihokoepala otetaan potilaista, jotka kantavat hypertrofista kardiomyopatiaa aiheuttavia geenivirheitä. Koepalasta kehitetään iPS-kantasolumenettimillä monikykyisiä kantasoluja ja edelleen sydänsoluja.

– Tämä on ollut viime vuosien vallankumouksellisia läpimurtoja alalla, toteaa Kuusisto.

Elävistä potilaista on vaikea saada sydänlihäsäilytyksiä, joten tarkkaan ei tiedetä, mitä sydämessä tapahtuu solutasolla kardiomyopatian kehittyessä ja miten kehityskulkua voitaisiin estää. Nykyisillä kantasolutekniikoilla ja monipuolisilla solufysiologisilla tutkimuksilla pyritään selvittämään, mitkä keskeiset tekijät laukaisevat sydänlihassairautta.

– Jos se tiedetään, voi olla mahdollista sekä täsmähoitaa potilaita, että ehkäistä taudin kehittymistä, uskoo Kuusisto.



JOHANNA KUUSISTO

Sisätautiopin professori,
ylilääkäri

Huolestumisen tilalle henkisiä arvoja



Sairastuminen muutti Juha Immosen elämänarvoja. Tänä päivänä mies nauttii eläkepäivistään hyväkuntoisena ja eteenpäin katsoen.

TEKSTI: TARJA VÄSTILÄ

Elettiin 2000-luvun loppupuolta, kun **Juha Immonen** lähti Oulusta vaimonsa kanssa viettämään kaksivuotiaan tyttärenpojan synttäreitä Kuopioon.

– Kahvittelun jälkeen silmissä musteni ja lyyhistyin. Kammiovärinäkohtaus iski.

Paikalla oli peräti neljä sairaanhoitajaa: Immosten tytär ja vävy sekä kaksi vierasta. Elvytys aloitettiin ja paikalle saapuneet ensihoitajat jatkoivat sydäniskurilla. Liutushoitoa annettiin sairaalassa Kuopiossa, josta Immonen siirrettiin Ouluun. Siellä asennettiin tahdistin. Diagnoosina oli epäselvä hypertrofinen kardiomyopatia.

Ultraäänessä näkyi, että sydämen kammioiden väliseinä oli paksuudeltaan 18 millimetriä.

– Ei se ihan Suomen ennätys ollut, mutta kymmenen milliiä paksumpi kuin normaalisti.

Eläkkeellä on hyvä olla

Sairauslomaa heltisi kaksi kuukautta. Pankinjohtajana työskennellyt Immonen luotsasi vielä vajaan vuoden konttoriverkostoa, sitten tuntui, että nyt taisi riittää. Liki 30 kilometrin työmatkankin aikana piti välillä parkkeerata auto, hengähtää ja tuumailla hetkinen.

– Sydämen puolesta voin hyvin, mutta elämänarvot menivät uusiksi. Olin hyvävoimainen, mutta mietin, miten kunto mahtaa kehittyä ja miltä tuntuisi olla pitkään eläkkeellä.

Työterveyslääkärin kannustamana Immonen haki työkyvyttömyyseläkettä. Tyytyväinen mies jäi eläkkeelle, ja pariskunta päätti muuttaa lähemmäksi lapsia Kuopioon.

– Elämäntaparemonttiin kuuluivat painonpudotus, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin vähentäminen minimiin. Yritän olla kuormittamatta itseäni henkisesti.

Potilaiden ääni kuuluviin

Immosen isä kuoli 70-vuotispäivillään sydäninfarktiin. Isän sisarelle koululääkäri oli puolestaan aikoinaan ehdottanut, ettei tyttö osallistuisi koululiikuntaan. Sukurasitetta oli olemassa. Juhallekin oli työterveyslääkäri joskus sanonut sydänfilmin näyttävän ihmeelliseltä.

– Omat lapset on tutkittu, eikä heillä ole geenimutatioita.

Kun sairaus todettiin, seurantaa oli puolen vuoden välein, nyt joka toinen vuosi. Tahdistin on vaihdettu kerran, etäseurantalaitte on sängyn vieressä ja sen anti puretaan puolivuositain.

– Koen olevani hyvässä hoidossa. Sairaus on vaikuttanut elämänsenteeseen: henkiset arvot ovat tulleet tärkeiksi, saan hyvää oloa ja energiaa vapaaehtoistyöstä.

Immonen on mukana Karpatiat-yhdistyksessä, joka on tarkoitettu sydänlihassairaille ja heidän läheisilleen. Hän toimii myös vertaistukihenkilönä.

– Tarkoitus on kehittää toimintaa enemmän etujärjestön suuntaan, jotta potilaiden ääni saataisiin myös päättäjille kuuluviin.



Osoitelähteet: IQVIA, www.osoitepankki.fi ja julkiset verkkosivut.

