

Säästöjen aikaansaaminen vaatii investointeja ja kyseenalaistamista

Esa Soppi, LKT, sisätautiopin dosentti, MBA
Medical Interscience Talents M.I.T. Consulting Oy, Helsinki
esa.soppi@mitconsulting.fi

Erikoislääkärilehden 3/2016 pääkirjoituksessa ”Kun rahat ovat loppumassa” pohditaan terveydenhuollon resursseja ja niiden riittävyyttä (1). Terveydenhuollossa etsitään jatkuvasti säästökohteita, mutta fokus ja keinot tuntuvat olevan kadoksissa. Käsittelen yhtä mahdollisuutta hakea säästöjä. Suomessa esiintyy 55 - 80 000 potilaalla painehaava (joista 40 % paranee ja saa painehaavan joka vuosi), joiden aiheuttamat kustannukset ovat tänä vuonna n. 480 m€ (2,3) (Taulukko). Suurimmat kustannusluokat ovat henkilöstökustannukset (> 50 %), haavanhoitotarvikkeet (4,5) sekä havaitsematta jääneet potilasvahingot. Ehkäisyn kustannukset ovat kuitenkin vain 10% hoidon aiheuttamista kustannuksista (5), joten ehkäisyyn kannattaa panostaa. Miten tämä voitaisiin saada aikaan?

Yhdysvalloissa Medicaid ja Medicare eivät ole lokakuusta 2008 lähtien korvanneet sairaalassa syntyneiden painehaavojen hoitokustannuksia vaan ne ovat jääneet sairaaloiden omiksi kustannuksiksi (3). Tämä muutos käynnisti mielenkiintoisen ennakoivan tapahtumaketjun jo 5 vuotta aiemmin (6,7). Jokainen itseään kunnioittava sairaala käynnisti painehaavojen havaitsemisjärjestelmän ja raportoinnin sairaalan johdolle sekä johdon monitoroiman painehaavan syntymiseen johtaneen tapahtumasarjan analysoinnin, arvioinnin ja prosessin kehittämisen. Esimerkiksi Kaliforniassa vuodesta 2003 vuoteen 2010 mennessä sairaalassa syntyneiden painehaavojen esiintyminen oli vähentynyt 11 prosentista alle kahteen prosenttiin ja puolessa 78 sairaalasta ei esiintynyt lainkaan painehaavoja (6,7). Sen sijaan samana aikana avohoidossa syntyneiden painehaavojen esiintymisessä ei tapahtunut mitään muutosta. Australian Queensland on valinnut hieman toisenlaisen strategian. Sairaalat joutuvat maksamaan sakkoa jokaisesta sekä 3. luokan että vaikeusasteeltaan luokittelemattomasta painehaavasta 30 000 Australian dollaria ja 4. asteen painehaavasta 50 000 dollaria.

Näistä toimenpiteistä kannattaisi Suomessakin ottaa oppia. Erityisesti korkeimman johdon sitoutuminen ja painehaavojen havaitsemisjärjestelmä ovat tärkeitä. Havaitsemisjärjestelmä sisältää ennakoivan ja toistetun riskiluokituksen ja painehaavojen tunnistamisen - aiemmassa suomalaisessa selvityksessä 60% painehaavoista oli havaitsematta ennen ammattihenkilöstön tekemää kartoitusta (8). Väitän, että investoimalla painehaavojen ehkäisyyn kuutena vuonna peräkkäin 25 m€/v ja seuravana neljänä yhteensä 40 m€ saavutettaisiin ko ajanjaksona vähintään 2 500 – 3 500 m€ säästöt ja todennäköisesti kerrannaisvaikutuksina enemmän. Kyseessä on suurin yksittäinen säästöpotentiaali koko terveydenhuollossa (Risto Roine, esitelmä, Terveys ja talous –päivät, Kuopio 15-16.9.2016). Summa on sama kuin SOTE-uudistuksessa esitetty säästötavoite ja jonka jatkumo olisi varmistettavissa pienillä ylläpitoinvestoinneilla. Tähän antaisi viime vuonna perustettu haavanhoidon erityispätevyys hyvän ponnahduslautan.

Tämä ei kuitenkaan riitä. Lääkärilehden numerossa 17/2016 esitettiin näkökantoja terveydenhuollon menetelmien karsinnasta (9,10). Yhdyn kirjoituksissa esitettyihin näkökohtiin eli on tärkeä löytää ja poistaa käytöstä terveyteen vaikuttamattomia tai terveyttä heikentäviä menetelmiä. Nykyisessä taloudellisessa tilanteessa on kummallista, jos suosituksia noudatetaan silloin, kun ne heijastavat yleistä käsitystä asiasta (11). Onkin kysyttävää, eikö tieteellisellä näytöllä ole merkitystä vai perustuuko lääketiede uskoon tai mielipiteeseen jonkin asian toimivuudesta. Kuitenkin mm. terveydenhuoltolaki (Laki 1326/2010, 8 §:n 1. momentti) edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan tulee

olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Oma lukunsa onkin, että lainsäädännöstä huolimatta terveydenhuoltoon hankitaan lääkinnällisiksi laitteiksi luokiteltavia välineitä, joilla ei ole CE-merkkiä. Terveydenhuollon hankinnoissa ei myöskään käytetä mahdollisuutta vaatia lääkinnällisistä laitteista kliinisen arvioinnin raporttia, jota direktiivi ja laki edellyttävät osoituksena kootusta näytöstä laitteen toimivuudesta ajatellussa käyttötarkoituksessa (Lääkintälaitedirektiivi 2007/47/EC, Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010).

Olen itse luottanut hoitosuosituksiin, jotka ovat keskeisiä terveydenhuollon prosesseja luotaessa ja vain harvoin perehtynyt alkuperäisjulkaisuihin. Joskus tämä kuitenkin kannattaa ja suosittelen sitä nyt muillekin. Painehaavan synnyn patofysiologian ja ehkäisyn asiantuntijana olen aina pitänyt vaihtuvapaineista makuualustaa (alternating pressure mattress) keskeisessä roolissa painehaavojen hallinnassa niin kuin viimeisimmässä kansainvälisessä suosituksessa (2,11) vuodelta 2014 myös todetaan ”Use an active support surface (overlay or mattress) for individuals at higher risk of pressure ulcer development when frequent manual repositioning is not possible” (11, sivu 108). Aktiivinen makuualusta määritellään seuraavasti: ”An active support surface is a powered support surface that produces alternating pressure through mechanical means and has the ability to change its load distribution properties with or without an applied load” (11, sivu 103). Huomatavaa on, että muutamaa kuukautta aiemmin National Institute for Health and Care Excellence (12) oli päättänyt paljon varovaisempaan arvioon vaihtuvapaineisten makuualustojen käytöstä. Kun tarkastellaan olemassa olevaa kirjallisuutta vaihtuvapaineisten makuualustojen tehosta, on löydettävissä 3 systemaattista katsausta (13-15) vaihtuvapaineisten makuualustojen tehosta painehaavojen estossa ja yksi hoidosta (16). Yhteenvetona voidaan todeta, että systemaattisten katsausten johtopäätökset viittavat siihen, että vaihtuvapaineiset makuualustat saattavat olla tehokkaampia kuin tavanomaiset vaahtomuovista valmistetut makuualustat painehaavojen estossa (viitteessä 17 analyysi julkaisuista 13-15 ja 18-20). Kun tarkastellaan kolmea suurinta randomoitua tutkimusta (18-20), johon suosituksen (11) johtopäätökset perustuvat, on mielenkiintoista havaita, etteivät ne tue lainkaan käsitystä kyseisten makuualustojen tehosta painehaavojen ehkäisyssä. Vielä mielenkiintoisempaa on, etteivät suosituksen tämän osion kirjoittajat ota mitään kantaa kyseisten makuualusten tehoon (11, sivu 109) vaan jättävät johtopäätösten teon lukijalle, mutta siitä huolimatta niitä yhteenvedossa suositellaan käytettäväksi korkean riskin potilailla (11, yllä).

Mitä tästä seuraa terveydenhuollossa? Korkean painehaavariskin potilaita sijoitetaan makuualustoille, joilla ei ole osoitettu mitään tehoa ajattelussa käyttötarkoituksessa. (Jollakin yksittäisellä vaihtuvapaineisella makuualustalla saattaa olla näyttöön perustuva oikeutus tehoväitteelle, mutta tämä näyttö on mahdollista esittää terveydenhuollon toimijoille lain edellyttämässä kliinisessä arviointiraportissa). Eräät tämän tyyppiset makuualustat näyttävät elvytystilanteessa vievän tehon painantaelvytyksestä (21) ja tulokset ovat tulkittavissa mm. siten, ettei niiden käyttö sovellu lainkaan paikkoihin, joissa elvytys on todennäköistä. Vaihtuvapaineisten makuualustojen käyttö korkean painehaavariskin potilailla näyttääkin vaarantavan vakavasti potilasturvallisuutta, lisäävän kustannuksia ja hoitohenkilökunnan työtaakkaa.

Niin kuin Falkenbach ym. (10) toteavat niiden terveydenhuollon menetelmien käyttö tulisi lopettaa, jos menetelmä ei tarjoa riittävää terveyshyötyä suhteessa haittoihin ja kustannuksiin. Vaihtuvapaineisten makuualustojen kohdalla niiden käyttöindikaatiot pitää kiireellisesti arvioida uudelleen (17,22), jotta tehtyjen virheinvestointien vaikutukset ja uhka potilasturvallisuudelle minimoitaisiin.

Taulukko. Hoitopaikkojen sekä painehaavojen lukumäärät Suomessa

Hoitopaikka	Sairaansijat*	Hoitojaksot	Hoitoaika (pv, ka)	Hoitopäiviä yhteensä	Ph-prevalenssi (% arvio)	Painehaavoja (N arvio)
Yliopistosairaalat -tehohoitoyksiköt	4600	405980	4,1	1 678 875	5-7	7 000 - 10 000
	200	12600	3 - 4	30 000	10	3 000 - 4 000
Keskussairaalat -tehohoitoyksiköt	4292	385752	4,1	1 566 577	10-15	13 000 - 18 000
	130	8800	3 - 4	20 000	15	3 000 - 4 000
Aluesairaalat	1139	113662	4,6	525 154	15-20	6 000 - 10 000
Terveyskeskusten vuodeosastot	11855	309643	14,0	4 326 931	20	15 000 - 25 000
Muut sairaalat*	1952	89425	8,0	712 522	10	1 000 - 2 000
Muut laitokset						
Vanhainkodit	15000	22000&	275&	6 935 000&	10	8 000 - 10 000
Palveluasuminen (Tehostettu)	11000	19000		5 000 000	15	5 000 - 7 000

*Muut sairaalat sisältävät mm. yksityiset, valtion sairaalat ja sotilas/vankilasairaalat.

&Arvioitu Hoitopaikkatiedot koonnut Jouni Rasilainen, THL, joulukuussa 2009 ja päivitetty 2011 ja 2016 (ES)

Yhden painehaavapotilaan aiheuttama kustannus on luokkaa 5 500 – 7 500 €.

Lähteet

- Korkeila J. Kun rahat ovat loppumassa. *Erikoislääkäri* 2016;26(3):682.
- Soppi E, Iivanainen A. Painehaavariski ja makuualustojen käyttö. *Erikoislääkäri* 2015;25:11-15.
- Soppi E. Painehaava – esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. *Duodecim* 2010;126:261-268.
- Peltonen H, Lepistö M, Viheraari JK. Painehaavapatjainvestoinnin kustannushyödyt terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Suomen Lääkärilehti* 2010;45: 3705-3709.
- Demarre L, Verhaeghe S, Annemans L, Van Hecke A, Grypdonck M, Beeckman D. The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1754–1774.
- Stotts NA, Storer Brown D, Donaldson NE, Aydin C, Fridman M. Eliminating hospital-acquired pressure ulcers: Within our reach. *Adv Skin Wound Care* 2013; 26:13-18
- Sullivan N, Schoelles KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy. A systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:410-416.
- Soppi E, Iivanainen A, Korhonen P. Concordance of Shape Risk Scale, a new pressure ulcer risk tool, with the Braden scale. *Int Wound J* 2012, DOI: 10.1111/iwj.12015; 2014;11:611–615.
- Parkkila A-K, Hiltunen K-M. Terveystenhuollon menetelmien karsintaa on arvioitava. *Suomen Lääkärilehti* 2016;71:1195.
- Falkenberg P, Turpeinen M, Oukka A-L, Mäkelä M. Terveystenhuollon menetelmien poistaminen käytöstä. *Suomen Lääkärilehti* 2016;71:1235-1239.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. 2014. Prevention and treatment of pressure ulcers; clinical practice guideline. Emily Haesler (toim.) Australia: Cambridge Media: Osborne Park.
- National Institute for Health and Care Excellence. Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. NICE clinical guideline 2014;179. guidance.nice.org.uk/cg179
- Vanderwee K, Grypdonck M, Defloor T. Alternating pressure air mattresses as prevention for pressure ulcers: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008;45: 784-801.
- McInnes H, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 4. Art. No.: CD001735. DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub4
- Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Starmer AJ, Reitel K, Buckley DI. Pressure ulcer risk assessment and prevention. A systematic comparative effectiveness review. *Ann Intern Med* 2013;159:28–38
- McInnes E, Jammali-Blasi A, Cullum N, Bell-Syer S, Dumville J. Support surfaces for treating pressure injury: A Cochrane systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013;50:419–430.
- Soppi E. Näyttöön perustuva tieto – käytetäänkö sitä? *Tehohoito* 2015;33:136-139.
- Vanderwee K, Grypdonck MH, Defloor T. Effectiveness of an alternating pressure air mattress for the prevention of pressure ulcers. *Age Ageing* 2005;34:261-7.
- Nixon J, Nelson EA, Cranny G, Iglesias CP, Hawkins K, Cullum NA, Phillips A, Spilsbury K, Torgerson DJ, Mason S on behalf of the PRESSURE Trial Group. Pressure relieving support surfaces: a randomised evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10:1-179.
- Demarré L, Beeckman D, Vanderwee K, Defloor T, Grypdonck M, Verhaeghe S. Multi-stage versus single-stage inflation and deflation cycle for alternating low pressure air mattresses to prevent pressure ulcers in hospitalised patients: a randomised-controlled clinical trial. *Int J Nurs Stud* 2012;49:416-26.
- Sainio M, Hellevuo H, Huhtala H, Hoppu S, Eilevstjønn J, Tenhunen J, Olkkola KT. Effect of mattress and bed frame deflection on real chest compression depth measured with two CPR sensors. *Resuscitation* 2014;85:840-3.
- Soppi E. Critical review of the role of alternating mattresses in pressure ulcer management (poster). 18th EPUAP meeting, 17-19.9.2015, Ghent, Belgium.