



Kuva: LEHTIKUVA/MILTON BROWN

Teksti: TEPPO JÄRVINEN

Mikä hoito on kannattavaa?

– tuottavuushyppyy liikuntaporkkanan avulla

Väestön suurin terveysongelma ei ole korkea verenpaine tai kohonnut kolesteroli tai edes liikalihavuus, vaan liikunnan puute.

Tarvitsemme kannustimia. Työnantajat ja palkansaajat voisivat sopia keinoista, joilla terveyttä ja työkykyä edistetään liikkumista ja terveitä elämäntapoja tukevin kannustimin.

Käytännössä tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi yhteiskuntasopimuksessa esitetyn 2,5 viikottaisen lisätyötunnin käyttämistä liikuntaan.

Tuskin keneltäkään yhteiskunnallista keskustelua seuraavista on jäänyt epäselväksi, että yhteiskuntamme taistelee parhaillaan 'historiansa pahimman kestävyysvajeen kourissa'. Tuoreiden tilastojen mukaan terveydenhuollon osuus Suomen valtion 55 miljardin euron vuosibudjetista on noin 30 prosenttia, siis hieman alle 20 miljardia euroa (THL 2012). Hätkähdyttävä tosiasia on, että tämä menoerä on kaksinkertaistunut vuodesta 1995.

Jotakin pitäisi siis tehdä, mutta mitä? Tulen ensin tarkastelemaan keinoja, joilla terveydenhuoltoon käytettäviä resursseja olisi mielestäni mahdollista kohdentaa siten, että toiminnalla olisi parempi "panos-hyöty"-suhde. Kirjoitukseni loppuosan käytän – liikuntalääketieteen päivien hengessä – kertoakseni siitä, miten mielestäni yhteiskunnallisilla ratkaisuilla pystyisimme vaikuttamaan siihen, että suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan perusrakenne seisoisi jatkossakin kestäväällä perustalla. Ei liene yllätys, että ehdotus tukeutuu liikuntaan!

Onko ongelma se, miten tehdään vai se, mitä tehdään?

Tulevan SOTE-ratkaisun synnytysspuuhia seurattaessa vaikuttaa ilmeiseltä, että poliitikkojen ratkaisumalli terveydenhuollon kustannuskriisiin on organisatorinen – kulut pyritään laittamaan kuriin järjestämällä toimintoja uudelleen (tehostamalla vallitsevia prosesseja). Kaunis idea, mutta lähistoria valitetta-

vasti huonosti tukee ajatusta, että tällaiset ratkaisut aikaansaisivat merkittäviä kustannussäästöjä terveydenhuollossa.

Vaihtoehtoinen ratkaisumalli on rahoitettavien toimien järjeistäminen (priorisointi), vähemmän tärkeiden tai jopa turhien toimien karsiminen. Valittavasti keskustelu näistä niin kutsutuista 'turhista hoidoista' on hyvin tunnepitoista, mikä luonnollisesti tekee tästä mallista ongelmallisen. Vaikka poliittiset päättäjämme vakuuttavat kiinnostustaan ja sitoutumistaan terveydenhuollon kriittiseen arviointiin, kovan paikan tullen he tuntuvat työntävän päänsä pensaseen ja vetoavan siihen, että heillä ei ole riittävästi substanssiosaamista kyseenalaistaa lääketieteellisten toimien vaikuttavuutta, joten heidän täytyy vain luottaa lääketieteen osajien arviointikykyyn.

Miten lääkärikuntamme on sitten vastannut priorisointikutsuun? Lääkärikunta – toki yhtäläisesti niin Suomessa kuin kansainvälisestikin – elää pääsääntöisesti siinä uskossa, että kaikki antamamme hoito koituu potilaan parhaaksi ja tulee siksi ehdottomasti korvata (Nand 2014). Yksinkertaistaen, terveydenhuollossa ollaan vakuuttuneita siitä, että kaikki, mitä tehdään, on hyödyllistä ja hyvää eikä sitä saa arvostella ja sillä siisti.

Voimmeko siis syyllistää lääkärikuntaamme? Kyllä ja ei. Lääkärikoulutus nimittäin tähtää – ja sen tuleekin tähdätä – maksimaaliseen omistautumiseen potilaan ongelmalle. Lääkärikunnan keskuudessa korkeimpana toimintaa ohjaavana eettisenä ohjenuorana pidetään jaloa periaatetta: jokainen potilas ansaitsee parhaan mahdollisen hoidon riippumatta esimerkiksi taloudellisista realiteeteista. Ja lähes poikkeuksetta jokainen yksittäinen potilas kokee omalla kohdallaan juuri samoin; kaikki mahdollinen ja mahdotonkin hoito kustannuksista piittaamatta juuri minulle, muista ei ole väliä. Valitettavasti tämän kaltainen ajatusrakenne hämärtää realismia siitä, minkä kokoinen kyseinen puu on koko yhteiskunnan metsässä.

Vaikuttamaton hoito on vähintään yhtä epäeettistä kuin hoidon epääminen, tosin eri mekanismilla: se ei pelkästään altista potilasta kaikille lääketieteelliseen hoitoon mahdollisesti liittyville haittatapahtumille ilman odotettavissa olevaa terveyshyötyä, vaan lisäksi jokainen vaikuttamattomaan hoitoon sijoitettu euro on poissa jostakin muusta.

On kuitenkin turha syyllistää yksittäistä lääkäriä kykenemättömyydestä tehdä priorisointipäätöksiä. Jokainen potilastyötä tekevä tietää, että vastaanotolla silmiin tuijottava, apua hakeva potilas on mahdoton

Työeläkeyhtiöt rahoittavat työhyvinvointihankkeita vuosittain miljoonilla euroilla. Tämän potin suuntaaminen työikäisten liikunnan ja terveellisten elämäntapojen kannustimiin olisi yhteiskuntasopimuksen kustannusten luonnollinen rahoituslähde.

Vaikuttamaton hoito on vähintään yhtä epäeettistä kuin hoidon epääminen.

vastus. Priorisointipäätösten pitääkin tulla organisaatiotasolta, silloin niihin on yksittäisen lääkärinkin mahdollista sitoutua.

Lopulta kaikki pelkistyy rahaan

Yhteiskunnallisessa päätöksenteossa – siis myös terveydenhuoltoa koskevilla päätöksillä – kaikki lopulta pelkistyy rahaan: onko ehdotettu voimavaran käyttö järkevää suhteessa saavutettavaan hyötyyn? Yhteiskunnallisen päättäjän velvollisuus on varmistaa, että yhteiset rahat käytetään mahdollisimman järkevästi. Nykyisessä taloustilanteessa maksaja ei voi enää vetäytyä vastuusta, nyt vaaditaan rohkeutta tehdä kestäviä ja valitettavan usein myös kipeitä päätöksiä.

Näin on myös pystytty toimimaan Suomessa, tosin pääosin muualla kuin terveydenhuollossa. Suurin osa luokanopettajistamme varmasti tunnistaa tilanteen, jossa noin 25 oppilaan ryhmässä on 1–3 oppimisvaikeuksista kärsivää oppilasta. Vallitsevan pedagogisen käsityksen perusteella heidän erityisopetukseensa tulisi pystyä panostamaan yksilöllisesti (aivan kuten lääkärit kokevat oikeudekseen panostaa jokaiseen potilaaseensa yksilöllisesti). Jostakin on kuitenkin löytynyt 'riittävästi substanssiosaamista' omaava taho, joka on uskaltanut kasvattaa luokkakokoja ja rajata erityisopetusta.

Terveydenhuollon budjetin leikkaamisen mahdolluutta vakuutteleville on hyvä muistuttaa, että hyvin harvan terveysongelman pitkäaikaisvaikutukset yksilölle ovat yhtä merkittävät kuin oppimisvaikeuksista valitettavan usein aiheutuvan syrjäytymisen.

Mistä on suuret terveydenhuollon säästöt tehty?

Olisi tietysti mukavaa yhtyä Akateemikko **Kirsi Kunnaksen** sanoihin ja todeta, että sokerista, kukkasista, inkivääristä, kanelista tai ehkä jopa etanoista, sammakoista ja koiranhännän tupsukoista. Valitettavasti terveydenhuoltomenoistamme vaadittava säästö (nykyarvioiden mukaan terveyssektorin leikkaustarve on vähintään miljardi euroa) vaatii kovempia toimia ja sitä, että päättäjillä on viimein uskallusta karsia vaikuttamattomia hoitoja. Hoidon vaikuttavuuden arviointiin tulee siis järjestelmällisesti panostaa ja vaikuttavuustiedon perusteella uskalltaa myös toimia. Lohdutukseksi voimme todeta, että jo nyt on tiedossa 'helppojakin' priorisoinnin kohteita: aloitetaan keskustelu vaikka kansantauteihin käytettävän ennaltaehkäisevän lääkehoidon (Järvinen 2011; Järvinen ym. 2011; Järvinen ym. 2015), tehottomiksi osoitettujen leikkaustoimenpiteiden (Kukkonen

ym. 2014; Lohmander ja Roos 2015; Sihvonen ym. 2013), säännöllisten terveystarkastusten (Gotzsche ym. 2014) tai tiettyjen syöpäseulontojen karsimisesta (Esserman ym. 2013; Kamerow 2013). Näistä säästämisen kun voi jo nyt perustella vankalla tutkimusnäytöllä.

Terveydenhuollon kustannuksiin voi vaikuttaa myös muuten kuin ko. sektorin toimia optimoimalla. Juhlapuheissa ainakin vannotaan ennaltaehkäisyn nimeen ja kuten yllä olevastakin voi todeta, lääketiede on sisäistänyt tämän "mantran"; toki valitettavan usein lääkärikunnan piirissä ennaltaehkäisy painottuu lääkkeellisiin hoitomuotoihin.

Miten muuten voisimme parantaa kilpailukykyämme? Treenaamalla?

Uuden hallituksemme alkutaivalta on leimannut vielä SOTE-ratkaisuakin merkittävämpi hanke, pyrkimys saada aikaan noin 5–10 prosentin "tuottavuushyppy" suomalaiseen työelämään. Tässä vaiheessa jo kahdesti tyrmätyn niin kutsutun yhteiskuntasopimuksen ydinsisältö oli työajan pidentäminen noin 2,5 tunnilla viikossa.

Työelämän tuottavuuden lisäämisestä voitaisiin kuitenkin sopia toisinkin – ilman keppiä, pelkän porkkanan avulla. Esitimme **Janne Leinosen** ja **Kauko Koivuniemen** kanssa Helsingin Sanomissa (1.7.2015 Mielipide, <http://www.hs.fi/a1435632652678>) mallia, jossa yhdistyvät tuottavuuden lisääntyminen, työurien pidentyminen, terveyden edistäminen, sosiaali- ja terveysmenojen pienentyminen ja työeläkevarojen innovatiivinen sijoittaminen.

Ajatuksemme kantavana ideana on se tosiasia, että nykyväestön suurin terveysongelma ei ole korkea verenpaine tai kohonnut kolesteroli tai edes liikaliikavuus, vaan liikunnan puute (inaktiivisuus) (Booth ym. 2002). Hallituksemmekin näyttää päätyneen samaan johtopäätökseen, ainakin sen perusteella, että hallitusohjelma asetti yhdeksi kärkihankkeeksi koululiikunnan lisäämisen yhteen tuntiin päivässä. Tämän ilmeisenä tavoitteena on liikunnallisen elämäntavan juurruttaminen jo nuorena ja sen säilyttäminen koko elämänsä ajan.

Entä aikuisväestö?

Aikuisväestön liikunnan puutteesta ja ylipainosta aiheutuvien sairauksien hoitokulut lasketaan miljardeissa euroissa. Pelkästään aikuistyypin diabeteksesta aiheutuu tutkitusti vuosittain yli kahden miljardin euron kokonaiskulut. Sairaus olisi pääosin (tehokkaimmin) ehkäistävissä arjen elintapavalin-

noilla, erityisesti ruokavalioon puuttamalla ja liikuntaa lisäämällä (Pronk ym. 2015).

Liikunta toimii teoriassa, mutta ei vielä käytännössä. Miten saada suuret massat liikkumaan? Tarvitsemme kannustimia. Kuuluisana ja konkreettisena onnistumisen esimerkkinä liikunnan edistämisestä on toiminut jo vuosien ajan nostinpalveluyritys Pekkaniska Oy, missä liikkumista ja terveitä elämäntapoja edistävät kannustimet ovat maksaneet itsensä takaisin työntekijöiden lisääntyneenä tehokkuutena ja vähentyneinä sairauspoissaoloina.

Esittelimme mallin, jossa työnantajat ja palkansaajat sopisivat keinoista, joilla työssäkäyvien terveyttä ja työkykyä edistetään liikkumista ja terveitä elämäntapoja tukevin kannustimin. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi juuri 2,5 lisätyötunnin käyttämistä liikuntaan. Sekä yleinen tutkimusnäyttö että Pekkaniskan käytännön kokemukset kertovat uskottavasti, että liikunta lisää välitöntä tuottavuutta vähentämällä sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä. Malli ei vain pidentäisi työuria kivuttomimmin eli niiden keskeltä, vaan mitä todennäköisemmin tuottaisi myös mittavat säästöt vähentyneinä SOTE-sektorin kuluina.

Yleinen vasta-argumentti kaikille tällaisille, ”hyvin käyttäytyviä” -palkitseville aloitteille on, että se (tässä: liikunta) ei sovi kaikille tai ei ole kaikille mahdollista. Tosiasia kuitenkin on, että maamme talousahdinko on nyt niin suuri, ettei pienen marginaalin soveltumattomuus voi olla pätevä perustelu sille, että jotakin lupaavaa järjestelmää ei voitaisi edes yrittää kokeilla.

Mistä rahat kannustimiin?

Työntekijöiden liikunnan kannustimet aiheuttavat luonnollisesti kuluja. Vaihtoehtoisesti ne voidaan nähdä investointeina henkilöstön työkykyyn ja tuottavuuteen. Tarkastelukannasta riippumatta on

selvää, että kannustimet eivät nykytilanteessa saa rasittaa työnantajien välitöntäkään kilpailukykyä. Työnantaja-asiakkaista kilpaillessaan työeläkeyhtiöt rahoittavat jo nykyisinkin työeläkevaroista työnantajien työhyvinvointihankkeita vuosittain miljoonilla euroilla. Nämä varat kerätään lakisäateisinä maksuina, mutta suunnataanko ne nyt kustannusvaikuttavasti?

Tämän potin uudelleensuuntaaminen työikäisten liikunnan ja terveellisten elämäntapojen kannustimiin olisi mielestämme yhteiskuntasopimuksen kustannusten luonnollinen rahoituslähde. Se olisi työeläkevarojen eettisesti kestävä sijoitustapa, jolla voisi olla laajakantoisia kansallisia vaikutuksia.

Esittämämme malli tuottavuushyppäyksen aikaansaamiseksi ei repisi tuottavuutta kenenkään selkänahasta, vaan tavoitteeseen pyrittäisiin hyvinvointia ja terveyttä lisäämällä. Pääministeri **Sipilä** ehdotti jo vaali-illan haastattelussa, että suomalainen yhteiskunta kaipaa ”ketteriä kokeiluja”. Olisiko työeläkeyhtiöiden rahoituksella järjestetty terveyskannustinjärjestelmä tällainen, esimerkiksi ajallisesti ja alueellisesti rajattu idea, jota voisi kokeilla?

**TEPPO JÄRVINEN, lääketieteen tohtori
Ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri
Jane ja Aatos Erkon säätiön ortopedian ja
Traumatologian professori
Helsingin yliopisto ja HUS
Sähköposti: teppo.jarvinen@helsinki.fi**

Kirjoitus pohjautuu seuraaviin aikaisemmin julkaistuihin artikkeleihin:

Järvinen T, Roine R. Näkökulma. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen säästöt vaativat priorisointia. *Suomen Lääkärilehti* 6 (70): 294-5, 2015.

Järvinen T, Leinonen J, Koivuniemi K. Mielipide. Yhteiskuntasopimus voisi kannustaa liikkumaan. *Helsingin Sanomat*, 1.7.2015 (<http://www.hs.fi/a1435632652678>).

LÄHDELUETTELO

- Booth, F.W., Chakravarthy, M.V., Gordon, S.E. & Spangenburg, E.E.** 2002. Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *J Appl Physiol* 93 (1), 3–30.
- Esserman, L.J., Thompson, I.M. Jr. & Reid, B.** 2013. Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement. *JAMA* 310 (8), 797–798.
- Gotzsche, P.C., Jorgensen, K.J. & Krogsboll, L.T.** 2014. General health checks don't work. *BMJ* 348, g3680.
- Järvinen, T.** 2011. Miljoonat eurot valuvat hukkaan sairauksia ehkäisevässä lääkityksessä. *Suomen Lääkärilehti* 37, 2643–2644.
- Järvinen, T.L., Sievanen, H., Kannus, P., Jokihaara, J. & Khan, K.M.** 2011. The true cost of pharmacological disease prevention. *BMJ* 342, d2175.
- Järvinen, T.L.N., Michaelsson, K., Jokihaara, J., Collins, G.S., Perry, T.L., Mintzes, B., Musini, V., Erviti, J., Gorricho, J., Wright, J.M. & Sievänen, H.** 2015. TOO MUCH MEDICINE Overdiagnosis of bone fragility in the quest to prevent hip fracture. *BMJ* 350, h2088.
- Kamerow, D.** 2013. How to decrease overtreatment in cancer. *BMJ* 347, f5071.

Kukkonen, J., Joukainen, A., Lehtinen, J., Mattila, K.T., Tuominen, E.K., Kauko, T. & Äärilä, V. 2014. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *Bone Joint J* 96-B (1), 75–81.

Lohmander, L.S. & Roos, E.M. 2015. The evidence base for orthopaedics and sports medicine. *BMJ* 350, g7835.

Nand, B. 2014. Doctors should be taught to consider the cost of their practice. *BMJ* 348, g2629.

Pronk, N.P. & Remington, P.L. 2015. Community Preventive Services Task Force. Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs for Prevention of Diabetes: Community Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 163(6), 465–468.

Sihvonen, R., Paavola, M., Malmivaara, A., Itälä, A., Joukainen, A., Nurmi, H., Kalske, J. & Järvinen, T. L. 2013. for the Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study Group. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl J Med* 369(26), 2515–2524.

Terveystieteiden tutkimuslaitoksen menot ja rahoitus. 2012. THL. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014032823255>. [www-linkki tarkistettu: 12.10.2015](http://www-linkki.tarkistettu:12.10.2015).