Martti Kekomäki
Terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori, emeritus

Kuolleet sielut II: **Kuolintodistus on kytkettävä sairauskertomukseen**

Klassikkokirjassaan *Kuolleet sielut* Nikolai Gogol kuvaa kartanosta kartanoon liikkuvaa Ivan Ivanovitš Tšitšikovia, joka kerää listoilleen kuolleiden maaorjien nimiä aivan omiin hieman hämäriksi jääviin tarkoituksiinsa.

1830-luvun venäläinen tilanomistaja saattoi siis tietää kuolleet sielunsa. 2000-luvun suomalainen sairauskertomus ei kerro ainakaan järjestelmällisesti, onko potilas elävien kirjoissa vai kuollut. On vaikea käsittää, miksi edes hoitavalle lääkärille ei katsota voitavan tuottaa tietoa hoidettavan siirtymisestä manan majoille.

Tällainen linkki tukisi monella tavalla koko hoitojärjestelmän seurantaa. Perusterveydenhuollon vastuulääkäri saisi tietoonsa väestönsä ja nimenomaan sen riskipotilaiden lopulliset kohtalot ja kuolemaan johtaneet tekijät. Hämmennystä aiheuttavat, jo kuolleille potilaille osoitetut kutsut tutkimuksiin ja hoitoon jäisivät kerralla historiaan. Järjestelmä toisi ajantasaista tietoa myös hoitokapasiteetin riittävyyden arviointiin. Lisäksi ruumiinavaustieto auttaisi lääkäriä arvioimaan antamansa hoidon prioriteetteja ja vaikutuksia: obduktiosalissa kuolema tunnetusti tulee elämän auttajaksi.

Kuolintodistuksen ja sairauskertomuksen kytkeminen tukisi terveydenhuoltoa muullakin tavalla. Jos, kuten poliittiset päättäjät ovat esittäneet, terveyspolitiikan tavoitteena on hoidon tasa-arvoinen jakautuminen eri alueiden ja väestöryhmien kesken, pelkän hoidon insidenssiluvut eivät tätä tietoa tuota. Esimerkiksi hoitotoimenpiteiden vuotuinen määrä jollakin alueella saattaa heilahdella erilaisten jonopurkutalkoiden tai vain muutamien operatöörien kliinisen kiinnostuksen vuoksi.

Hoidon todellisesta pienaluevaihtelusta voidaan puhua vasta silloin, kun tiedetään kunkin hoidon ajantasainen vallitsevuus, prevalenssi. Vallitsevuudella ymmärretään tässä sitä, kuinka suuri osuus kohdeväestöstä, siis joko koko väestöstä tai jostain sen iän, sukupuolen tai muun tekijän perusteella rajatusta osasta, on saanut tarkasteltavan palvelun. Hoidon vallitsevuus voidaan sitten suhteuttaa sairauden alueellisesta epidemiologiasta johdettuun hoitotarpeeseen ja pohtia tätä vasten hoidon riittävyyttä ja sen oikeudenmukaista jakautumista. Väestön segmentointi iän ja sukupuolen mukaan tekee vertailusta vielä tarkemman.

Vallitsevuuden selvittelyn ehtona kuitenkin on, että kohdeväestöön sisällytetään vain elossa olevat henkilöt. Tämä puolestaan edellyttää, että kaikki kuolleet sielut on tilastosta poistettu. Yksinkertaisimmin tämä tapahtuu linkittämällä kaksi rekisteriä keskenään, hoitoilmoitusrekisteri ja kuolinsyyrekisteri.

Ulkopuolisen on vaikea käsittää, miten näin toteutettu tietojen linkittäminen loukkaisi sen enempää elävien kuin kuolleidenkaan potilaiden oikeusturvaa. Jos tieto kytketään potilaan sairauskertomukseen ja siitä johdettuihin tiedostoihin, tieto jäisi aina vain hoidosta vastaavien henkilöiden tai luvan saaneiden tutkijoiden tiedoksi. Jos tietoa käsiteltäisiin jollain muulla tavalla, olisi kovin helppoa poistaa siitä kaikki yksilötason tunnistetiedot.

Tietojärjestelmien myllerrys on merkeistä päätellen alkamassa. Satunnainen tarkkailija toivoisi, että myös rekisteritietojen perusteltu yhdistelytarve, yhdistelyn hyödyt ja potentiaaliset haitat selvitettäisiin huolellisesti. Kuolinsyyrekisteri voi antaa arvokasta tietoa hoitojärjestelmän kehittämiseksi aivan yksilötasolta järjestelmän tasolle asti.

Olisi kovin anakronistista, jos joutuisimme vielä 2000-luvulla Ivan Ivanovitšin tapaan kulkemaan kartanosta toiseen etsimässä kuolleita sielujamme.