

Rajahyöty on kaksipiippuinen juttu

Joka ainoan medisiinarin tulisi ymmärtää ekonomisesta teoriasta tasan kaksi käsitettä, jotka ovat vaihtoehtokustannus ja rajahyöty. Edellinen kertoo, että kaiken toiminnan, siis jokaisen hoitopäätöksen todellinen kustannus on se hoito, joka valintatilanteessa jää toteuttamatta. Rajahyöty puolestaan korostaa sitä seikkaa, että kun toiminnan volyyymi kasvaa seuraavalla ja sitä seuraavalla panoksella, rahalla, asiantuntijan ajalla ja muulla sellaisella saadaan aina vain vähemmän hyötyä. Toiminnan volyymin ja syntyvän hyödyn välinen suhde ei siis ole suora vaan kaartuva. Vielä kannattaa ymmärtää, että juuri tämän epälineaarisen volyymin ja hyödyn suhteen takia hoitovolyymin kasvattaminen pienentää myös koko hoito-ohjelman keskimääräistä hyötyä.

Mikä sitten saa rajahyödyn vähentymään? Vastaus on helppo mieltää vertaamalla hyödyn ja kustannusten suhdetta kliinisen pulman kokoon. Jossain kohdassa jokaisen hoitomenetelmän, erikoisalan tai koko palvelujärjestelmän tuottama terveyshyödyn ja panoksen suhde on maksimissaan: ollaan tavallaan tämän kuvitteellisen kukkulan huipulla. Kliininen ongelma on tässä tilanteessa sen kaltainen, että sitä hoitamalla saadaan järjestillisillä kustannuksilla järjestellinen määrä terveyshyötyä.

Jos taas kliininen ongelma on kuvitteellista kliinistä tilannetta pienempi, samaa hyötyä ei saada mutta hoidon toteuttamiskustannukset ovat silti aika tarkkaan entisen suuruiset. Ajatuksellisesti siis ”valutaan” kuvaajan eturinnettä kohti origoa. Kevyempien kliinisten ongelmien hoitamista voidaan määrätapauksissa puolustella sillä, että hoidolla on myös ehkäisevää arvoa. Näin asia on esimerkiksi syövän varhaisvaiheiden hoidossa tai vaikkapa

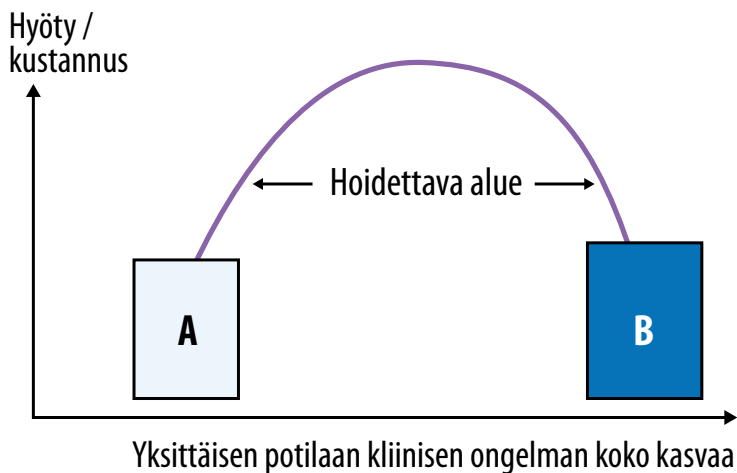
varhaisvaiheen kaihikirurgiassa. Mutta tämä profylaktinen arvo on siis tiedettävä ja kirjattava hoitopäätöstä tehtäessä, muuten syöllistytään tuhlaukseen.

Sen sijaan eturinteen valuminen ei saa joutua esimerkiksi hoitokapasiteetin jäykkyydestä. Jos esimerkiksi hammastahnan fluorointi mullistaa lasten kariksen epidemiologian, koko kapasiteettia on tarkasteltava kriittisesti eikä rynnättävä tarjoamaan oikomishoitoa kosmeettisiin virheparentoihin. Jos asiallista hoidettavaa ei ole, kapasiteettia on kylmästi purettava. Pieneen ongelmaan ei mahdu suurta vaikuttavuutta.

Optimivolyymistä voidaan valua myös takarinnettä alaspäin, pois päin origosta. Aletaan hoitaa tilanteita, jotka tiedetään ennalta riskeiltään kohtuuttoman suuriksi. Esimerkiksi kelpaa potilas, jolle julkinen sektori ei ole pitänyt järkevänä tehdä niin sanottua laihdutusleikkausta liiallisten riskien takia. Joku sektorin ulkopuolelta näkee tilanteessa ansaintamahdollisuuden ja tekee leikkauksen, ja sitten julkinen sektori hoitaa komplikaatioita sadoilla tuhansilla euroilla. ”Take the money and run” ei kelpaa niukkuudessa enää yhdenkään toimijan strategiaksi.

Toinen takarinteen valumiseen johtava tekijä on niin sanottu defensiivinen lääketiede. Potilasta ei hoideta enää hänen saamaansa terveyshyötyä tavoitellen vaan tavoitteena onkin oman selkänahan turvaaminen käräjäsaliissa. Valitettavasti myös takarinteen valuminen näyttää yleistyvän: maailma medikalisoituu ja medisiina juridisoituu. Silti kaikkien on hyvä pitää mielessään se, ettei oikein suurelle ongelmalle kukaan voi mitään. Turha yrittäminen on tuhlausta, ja joku toinen kärsii turhaan tästä turhasta.





Kun tietoa toiminnan arkivaikuttavuudesta on saatu ja saadaan yhä enemmän ja yhä automaattisemmin, hoitomenetelmän tuottaman hyödyn, laatupainotteisen elinajan eli QALY:n kustannuksien vaihtelurajoja kannattaa analysoida tarkasti. Suuri vaihteluväli saattaa kertoa siitä, että hoidon aiheet ovat väljät ja tulosiksi mitä sattuu. Pieni QALY-kustannusten vaihteluväli voi kuvata sitä, että hoidon kulloisestakin vaikuttavuudesta vallitsee vahva yksimielisyys.

Jotta hoito ”osuisi” jatkossa yhä tarkemmin, onnistumisen kliinisiä ennusmerkkejä kannattaa kerätä järjestelmällisesti. Näin toiminta alkaa saada samoja piirteitä kuin Obamacaren CER-hanke (comparative effectiveness research) ja suomalainen tehohoito, järkevämpien potilasvalintojen edelläkävijä. Ennusmerkit kerätään jokaiselta suomalaiselta teho-osastolle tuleval-

ta potilaalta validoidun APACHE-mittariston mukaisesti. Tehohoitoon ei oteta potilaita, jotka selviävät yhtä hyvin sen ulkopuolellakin, eikä teho-osasto myöskään ole niitä potilaita varten, jotka kuolema on jo polttomerkkinnyt. Niitä potilaita, joilla on eloon jäämisen edellytyksiä, sen sijaan hoidetaan kirjaimellisen tehokkaasti.

Pysytään siis kukkulan laella. Niin saadaan rajallisella terveysrahalla eniten terveyttä. ■



MARTTI KEKOMÄKI