

Abstrakti arvokeskustelu ei poista piilosäännöstelyä, joten tarvitaan kansallinen priorisointimalli

Kohti avointa priorisointia Suomessa?

Priorisoinnilla on Suomessa kahdet kasvot. Hoitojen vaikuttavuuteen perustuvat päätöksentekojärjestelmät eli kiireettömän hoidon kriteerit, Käypä hoito ja hoitoketjut, lääkkeiden hintalautakunta, Kelan linjaukset ja HALO-hanke toimivat tehokkaasti ja laajenevat. Toisaalta potilaskohtainen priorisointi – esimerkiksi vaikuttavan hoidon epäminen suurten kustannusten vuoksi – on laitonta. Niinpä toimijat piilopriorisoivat eikä asiasta juuri keskustella virallisesti.

Ongelman syy on yksinkertainen. Laki ja oikeusasiamiehen tulkinta käskevät antamaan vaikuttavan hoidon aina (EOAK 921/2004), mutta kunnat voivat rajata sairaanhoidon budjetit. Kumpikin lähtökohta on hyvä: terveys on niin tärkeä perusarvo, että sairastuessaan kansalaisilla oltava oikeus parhaaseen hoitoon. Kuntien vastuulla on kuitenkin myös muita tärkeitä tehtäviä, joihin on riitettävä rahaa niukkoinakin budjettivuosina. Uusia, kalliita hoitoja tulee tarjolle vauhdilla. Vahvistuvat potilas- ja kuluttajajärjestöt sekä EU:n normit pitävät huolen, että paine ottaa uusia hoitoja käyttöön kasvaa. Liikkuvat potilaat etsivät hoitoa EU:n laajuudelta, ja kotimaan velvoite korvata hoidot tulee lisääntymään.

Kuinka ratkaistaan budjettivaje, kun jokaisesta vaikuttavaa hoitoa on tarjottava jokaiselle siitä mahdollisesti hyötyvälle? Seurauksena on hallitsematon tilanne, jossa hoitojen kokonaisuutta tai vaihtoehtokustannuksia ei mieti kukaan. Uusi hoito otetaan käyttöön, vaikka vaikuttavakin hoito yleensä lisää kustannuksia. Resurssit saadaan joko muualta yhteiskunnasta tai lyömällä laimin puolustuskyvyttömiä po-

tilasryhmiä. Kaikkia resursseja ei saa rahalla: asettamalla ilman siirtymäaikoja hoitotakuu toimenpiteelle, jonka toteuttamiseen ei ole riittävästi osajia, sotketaan tilanne monin tavoin.

Koska resurssit eivät riitä kaikkiin vähänkin vaikuttaviin hoitoihin, on jonkun aina päätettävä, milloin vaikutukset ovat riittävän merkittäviä ja kustannuksiltaan siedettäviä. Tätä ei nykyisellään saa kutsua priorisoinniksi tai arvovalinnaksi vaan sitä pitää kutsua esimerkiksi hoidon lääketieteellisen hyväksyttävyyden arvioinniksi.

Piilopriorisointi vaarantaa myös terveydenhuollon henkilökunnan oikeusturvaa ja työhyvinvointia. Avoimessa priorisoinnissa lääkäri sopii potilaan kanssa, miten häntä hoidetaan mahdollisimman hyvin käytettävissä olevin voimavaroin. Resurssien rajallisuus ohjaa yhteistä päätöstä. Nykysäädösten Suomessa resurssipula on yksin lääkärin murhe, jonka hän piilottaa potilaalta vetoamalla mihin kykenee. Valveutuneet potilaat löytävät lisähoitoja ja tutkimuksia, joiden rajaamiseen lääkäriltä puuttuu selkänöjä.

Avoin priorisointi ei ole laillisenakaan helppoa. Nyt poliitikko toivoo pääsevänsä pinteestä siirtämällä valtaa asiantuntijatahoille, jotka sitten piilopriorisoivat ilman yhteiskunnallista kokonaisvastuuta. Lääkärit heittävät mielellään pallon takaisin poliitikoille odottaen samalla ”oikeita” päätöksiä. Kansalaisten mahdollisuudet osallistua keskusteluun ovat vähäiset.

Aito priorisointi edellyttää keskustelua hoitojen vaikuttavuudesta, voimavaroista ja arvoista saman pöydän ääressä. Keskustelun lisäksi tarvitaan päätöksiä. Lääkärit eivät voi keskenään päättää, mitä potilaiden ja poliitikkojen tulee pitää arvokkaana. Tarvitaan yhteinen näkemys tautien seurauksista ja hoitojen



Katso myös Priorisointia arvoista keskustellen, Duodecimin toimintaa s. 739.

vaikutuksista. Tarvitaan yhdenvertaisuutta erilaisista taudeista ja hoidoista päätettäessä. On luotettava siihen, että kansalaiset ymmärtävät vaikeidenkin valintojen välttämättömyyden, kunhan päätöksenteko on avointa ja perusteltua.

Ihanteellisen priorisointimallin ominaisuuksia ovat päätöksenteon avoimuus, perustelujen hyväksyttävyyden ja mahdollisuus korjata tehtyjä ratkaisuja (Daniels 2000). Terveydenhuollon linjauksia tehdäänkin avoimesti kansallisella tasolla useissa maissa (Mørland 2008, NICE 2011).

Esimerkiksi Norjan priorisointineuvoston ja brittien NICE:n työssä yhdistyvät poliittinen päätöksenteko, lääketieteellinen asiantuntemus ja avoin kansalaiskeskustelu. Kansalliset linjaukset voivat käsitellä potilasturvallisuutta, syöpähoitoja, tautien ehkäisyä tai työnjakoa terveydenhuollossa.

Priorisointikeskustelulla on Suomessa perinteitä: Hanasaressa järjestettiin vastikään peräti neljäs priorisointifoorumi. Vaikuttavuuden arvioinnissa on edetty huomattavasti. Usko abstraktiin arvokeskusteluun priorisointiongelman ratkaisijana on kuitenkin hiipunut, niin meillä kuin muuallakin. Vaikuttavuustieto ja arvokeskustelu pitäisi nyt yhdistää ja ryhtyä käytännön päätöksentekoon. Tämä edellyttäneen uudenlaista organisaatiota, jolle annetaan selkeä tehtävä ja todellista valtaa – Norjan ja NICE:n tapaan. ETENE:n rooli terveydenhuollon arvokeskustelussa on muutenkin hämärtynyt, joten sen voisi elvyttää uudeksi ”priorisointilautakunnaksi”.

Mukaan tarvitaan sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten päättäjiä, kansalaisia ja poliitikkoja tukenaan vaikuttavuusarvioinnin ja käytännön työn asiantuntemus. Resursseja tarvitaan riittävästi, jotta päätöksenteko on

asiantuntevaa. Valtaa pitää olla niin paljon, että päätöksiä noudatetaan. Aiheita ehdottavat kaikki, tärkeysjärjestys päätetään julkisesti.

Kun terveyskeskuksissakin pitää vastata puhelimeen, pitäisi valtionhallinnon kyetä vastaamaan, annetaanko Suomessa hoitoa X vai ei, kenen päätöksellä ja miksi. On merkittävä poliittinen arvovalinta, jos terveydenhuollon lainsäädäntö ei puutu piilopriorisointiin vaan antaa sen jatkua. Potilaat ja ammattilaiset ansaitsevat parempaa. ■

KIRJALLISUUTTA

- Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ* 2000;321:1300–1.
- EOAK 921/2004. Turun yliopistollisen keskussairaalan menettely tutkimushoidossa olleiden Fabry-potilaiden lääkehoidon järjestämisessä.
- Mørland B. Norwegian Council for Quality Improvement and Priority Setting in Health Care. <http://www.kvalitetogprioritering.no/R%C3%A5det/About+us> (siteerattu 15.2.2011).
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence): About us. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/> (siteerattu 15.2.2011).



SAMULI SAARNI, LT, FT, dosentti
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveys ja päihdepalvelut
PL 30, 00271 Helsinki
ja Helsingin yliopisto ja HUS, psykiatrian toimiala



MARJUKKA MÄKELÄ, LKT, M.Sc., tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Finohta
PL 30, 00271 Helsinki

SIDONNAISUUDET

Samuli Saarni: Luentopalkkioita (Lundbeck, Astrazeneca, Orion, Pfizer, Servier, MSD, Fenomed Oy ja useat järjestöt), kongressimatka (Astrazeneca, Servier, Jansen-Cilag)
Marjukka Mäkelä: Diabetesliiton laatuöryhmän puheenjohtaja, Kööpenhaminan yliopiston professori (20 %), EU SANCO -apuraha (EUnetHTA 2010–12), luontopalkkioita useilta yrityksiltä ja yliopistoilta