

Lectio praecursoria: Terveysthuollon priorisointi käsitteenä, tutkimuskohteena ja politiikkaprosessina

Johanna Lamintakanen

Terveysthuollon valinnat ovat aina olleet osa terveysthuollon arkea. Kuitenkin vasta viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana keskustelu on tullut avoimemmaksi ja yhä useampia tahoja kiinnostavaksi. Terveysthuollon päätöksentekotilanteet ovat muuttuneet: aiemmin yksittäisen lääkärin vastuulla olleet yksittäisen potilaan hoitoa koskevat päätökset kiinnostavat nykyisin sekä yhteiskuntaa palvelujen järjestäjänä ja rahoittajana että laajemmin kansalaisia palvelujen käyttäjinä ja veronmaksajina.

Aiemmin terveysthuollon valinnat johtuivat pääosin siitä, ettei ollut tietoa, taitoa, osaamista tai soveltuvia hoitokäytäntöjä potilaiden hoitamiseksi ja lääkärit tekivät hoitopäätöksensä näiden reunaehtojen vallitessa. Tilanne on kääntynyt lähes päinvastaiseksi viime vuosikymmeninä: osaaminen uudistuu jatkuvasti, tieto ja taito lisääntyvät ja hoitomenetelmät kehittyvät koko ajan. Myös väestön tietoisuus hoitomahdollisuuksista on lisääntynyt. Samanaikaisesti päätöksenteon taloudellinen ympäristö on muuttunut hoitomahdollisuuksien, tarpeiden ja odotusten ylittäessä käytettävissä olevat voimavarat. Nykyisin terveysthuollossa joudumme valitsemaan lukuisten mahdollisuuksien joukosta parhaimmat ja / tai soveltuvimmat. Hyvyyden mittana voi olla esimerkiksi, miten valituilla palveluilla edistetään yleisten terveystpoliittisten tavoitteiden saavuttamista.

Edellä esitetty ristiriita käytettävissä olevien voimavarojen sekä odotusten ja tarpeiden välillä käynnisti keskustelun priorisoinnista (engl. prioritisation, priority setting) ja rationoinnista (engl. rationing). Kansainvälisesti terveysthuollon priorisoinnin edellä kävijöitä olivat Norja ja Alankomaat. Myös havainto siitä, että osa asukkaista jäi ilman terveystpalveluja, (kuten Yhdysvalloissa Oregonin osavaltiossa) aktivoi kansainvälistä priorisointikeskustelua. Lisäksi yksittäiset potilaspaukset toivat priorisointikeskustelun julkisuuteen muun muassa Oregonissa, Isossa Britanniassa

ja Uudessa Seelannissa.

Suomalainen priorisointikeskustelu puolestaan käynnistyi taloudellisen laman aikana, jonka vuoksi Suomessa on osin virheellisestikin ajateltu, että priorisoinnin tarve poistuu kun taloudellinen kokonaistilanne kohentuu (eli lisäresursseja on jälleen jaossa). Olemme kuitenkin jo huomanneet, ettei näin ole käynyt, vaan terveysthuollossa on tehtävä päätöksiä olemassa olevien voimavarojen kohdentamisesta mahdollisimman hyvin siitäkin huolimatta, että tiukat lamavuodet ovat jääneet taakse ja makroluvuilla mitaten terveysthuollon kustannukset ovat kasvaneet viimeisen 10 vuoden aikana. Lama leimaa suomalaista priorisointikeskustelua edelleen ja priorisointi tulkitaan usein julkisuudessa kapeasti voimavarojen leikkauksiksi.

Tutkimukseni "Terveysthuollon priorisointi käsitteenä, tutkimuskohteena ja politiikkaprosessina" jäsentää terveysthuollon priorisointia tietyssä aikakautena ja tietyssä kontekstissa. Tutkimuksessa terveysthuollon priorisointia on tarkasteltu erityisesti kymmenen vuoden ajanjaksolla 1990 - 2000 aivan viimeaikaisten poliittisten ja tutkimuksellisten muutosten jäädessä vähemmälle huomiolle. Tutkimuksen tavoitteena oli sekä analysoida terveysthuollon priorisointia poliittisen tason kysymyksenä että selvittää priorisointia käsitteenä ja tutkimuskohteena. Terveysthuollon priorisoinnin tarkastelutasoksi valittiin makro- ja mesotasot, ja siten tutkimus on terveystpoliittisen päätöksenteon tutkimusta.

Tutkimukseni koostuu kolmesta osatutkimuksesta. Ensin tarkastelin terveysthuollon priorisointia empiirisenä kysymyksenä ja selvitin eri toimijaryhmien asenteita terveysthuollon priorisointiin pyytämällä heitä asettamaan tietyt terveystpalvelut tärkeysjärjestykseen. Tämä tutkimusaineisto koottiin laajassa kuopiolaisessa terveysthuollon priorisointitutkimusprojektissa (PRIHC). Vertasin lisäksi kuntatason poliittisten päättäjien tärkeysjärjestystä Sotka -tilastotieto-

kannasta hankittuun aineistoon, josta ilmeni, miten kunnissa oli tehty voimavarapäätöksiä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa analysoin terveydenhuollon priorisointiin liittyvää aikaisempaa kansallista ja kansainvälistä empiiristä tutkimusta ja selvitin, millainen on terveydenhuollon priorisointitutkimuksen paradigma ja millaista tietoa aiemmista tutkimuksista on saatu poliittisen päätöksenteon tueksi.

Monitieteisenä priorisoinnin käsitteen ala ei ole täysin selkeytynyt verrattuna esim. rationing-käsitteeseen. Sen vuoksi kolmannessa osassa tarkastelin terveydenhuollon priorisointia nimenomaan käsitteenä, sillä käsitteelle on annettu erilaisia merkityksiä niin tutkijoiden kuin väestönkin puheessa. Käsiteanalyysissä sovelsin Rodgersin evolutionaarista käsiteanalyysimallia, joka mahdollistaa sekä systemaattisen tavan lähestyä valittua käsitettä että mahdollisuuden tarkastella sitä eri tieteenalojen näkökulmasta ja selvittää käsitteen käytön kehittymistä valitulla aikavälillä. Näiden analyysien perusteella jäsenin terveydenhuollon priorisointiin kohdistuvaa poliittista päätöksenteon prosessia laatimalla alustavan mallin.

Tämän tutkimuksen päätuloksina voidaan todeta, että terveydenhuollon priorisointi on kontekstisidonnainen ilmiö. Käsitteellisesti priorisoinnin kehittyminen on ollut yhteydessä yhteiskunnan muutoksiin. Esimerkiksi kun aiemmin terveydenhuollon priorisoinnin yhtenä lähtökohdana katsottiin olevan potilaiden tarpeet, niin 2000-luvulle tullessa asiakkaiden odotuksia ja toiveita pidetään priorisoinnin lähtökohtana.

Kontekstisidonnaisuus heijastuu myös siihen, miten ja millaisiin oletuksiin vastaajilta kysytään esimerkiksi terveystalvelujen tärkeysjärjestystä. Tässä tutkittujen neljän vastaajaryhmän tärkeysjärjestys muuttui sen mukaan oletettiin voimavarat väheneviksi vai lisääntyviksi. Vähenevien voimavarojen tilanteessa vastaajat pitivät erikoissairaanhoidon palveluja tärkeimpinä, kun taas lisääntyvien voimavarojen tilanteessa ennaltaehkäisevät palvelut korostuivat. Kotisairaanhoidon tärkeys ei ole yhteydessä käytettävissä oleviin voimavaroihin, vaan se koetaan joka tapauksessa tärkeänä. Poliittisten päätöksentekijöiden asenteet ja kunnallinen toiminta eivät aina vastaa toisiaan. Poliitikot priorisoivat ennaltaehkäiseviä palveluja lisääntyvien voimavarojen tilanteessa, mutta allokointi tapahtuu kuntien arkitodellisuudessa erikoissairaanhoidon suosien. Tutkimuk-

sessä ei kuitenkaan haettu vastauksia siihen, miten ja millä perustein päätöksenteko ja päätösten toimeenpano kunnissa tapahtuu.

Tarkasteltaessa terveydenhuollon priorisointiin kohdistunutta aikaisempaa tutkimusta voi todeta, että tutkimusparadigma on ollut monitieteinen ja määrällistä tutkimusta suosiva. Aikaisempien tutkimusten tulokset eivät kuitenkaan anna kestäväää pohjaa poliitiikkaprosessille ja niiden antamat suositukset ovat poliittisen päätöksenteon näkökulmasta ristiriitaisia. Terveydenhuollon ammattilaisilla, poliittisilla päättäjiillä ja kansalaisilla on ristiriitaisia näkemyksiä esimerkiksi terveydenhuollon tavoitteista, hoidollisessa päätöksenteossa käytettävistä kriteereistä (kuten saako ikä vaikuttaa hoitopäätökseen) ja siitä, kenen ylipäätään tulisi osallistua terveydenhuollon valintojen tekoon. Tulosten hyödyntäminen poliittisessa päätöksenteossa näyttöön perustuvan toiminnan ideologian mukaisesti on vaikeaa. Aikaisempi tutkimus ei myöskään anna selkeää tieteellistä pohjaa integroida potilastason kliinis-lääketieteellisiä ja poliittikatason priorisointipäätöksiä.

Käsitteellisesti terveydenhuollon priorisointi on muuttunut ajan kuluessa. Analyysin perusteella voi todeta, että tunnemme hyvin terveydenhuollon priorisointiin johtavat tekijät (eli lisääntyneet odotukset, kustannusten hillintäpyrkimykset, median esiin tuomat yksilötapaukset jne.) ja myös toiminnan eli terveydenhuollon priorisoinnissa tehdään valintoja vähintään kahden asian (potilasryhmän, hoitomuodon, palvelun) väliillä tiettyjä kriteerejä käyttäen ja tietoperustaa hyödyntäen, mutta mitä sen jälkeen tapahtuu, on melko epäselvää. Aikaisempi kirjallisuus tunnistaa melko vähän priorisoinnin vaikutuksia ja lisäksi saatujen tutkimustulosten perusteella vaikutusten oletetaan usein olevan keskenään ristiriitaisia. Kuitenkin poliittiset päätöksentekijät haluavat tietoa myös mahdollisista vaikutuksista ja seurauksista tehdessään terveydenhuollon valintoja.

Tutkimuksellisesti terveydenhuollon priorisointi on haasteellinen ilmiö. Ilmiökenttä on monimuotoinen ja siksi tarvitaan monitieteistä lähestymistä sen haltuun ottamiseksi. Tässäkin tutkimuksessa heijastuu monimuotoisuus; pitäytymällä vain yhdessä lähestymistavassa tutkimus olisi voinut olla kokonaisuutena ehyempi, mutta samalla riskinä olisi ollut tutkimuksen liiallinen kapeutuminen. Teoreettis-metodologista kehittelyä tarvitaan myös terveydenhuollon priorisoinnin alueella, jotta päästään pureutumaan syvemmälle reaali-

maailman ilmiöihin.

Terveysthuollon priorisointi on myös käytännössä haasteellista. Elämme terveyspolitiikassa parhaillaan murroksen aikaa. Lainsäädäntö muuttui maaliskuun alusta siten, että laissa säädetään maksimialoista, jonka puitteissa asiakkaan on päästävä hoidon tarpeen arviointiin. Tähän "hoitotakuuseen" liittyy sopiminen kansallisista hoitoon pääsyn kriteereistä. Suomikin on siten ottanut yhden askeleen lähemmäksi avointa terveydenhuollon priorisointia. Kansainväliset esimerkit kuitenkin osoittavat, ettei tie ole helppo: Ruotsissa kaihijonot palautuivat ennalleen kahden vuoden kuluessa, sillä jonoon asettamiskriteerit väljenivät, kun taas Uudessa Seelannissa hoitokriteereiden toimeenpano jäi keskeneräiseksi ja alueelliset erot hoitoon pääsyssä säilyivät.

Suomalaisen terveyspolitiikan mielenkiintoinen kysymys onkin, miten em. uudistus toimeenpannaan koko maan kattavaksi käytännöksi, sillä hoitotakuun tavoitteena on, että koko maassa pääsee hoitoon yhtenäisin perustein. Toimeenpanon kysymykset ovat osoittautuneet terveydenhuollon priorisointikeskustelussa vähemmän pohdituiksi. Keskustelu on kohdistunut "oikeanlaisen" priorisointiprosessin kriteereiden etsimiseen, joista tunnetuimmat lienevät Danielsin ja Sabinin esittämät julkisuus, merkityksellisyys, korjattavuus ja säätely. Kuitenkaan oikealla tavalla toteutettu priorisointiprosessi ei takaa sitä, että päätökset toimeenpannaan ja ne muuttuvat siten osaksi terveydenhuollon käytäntöä.

Terveyspoliittisen päätöksenteon tutkimus on olennaista päätöksenteon luonteen, käytettävien argumenttien ja toimeenpanoprosessien ymmärtämiseksi. Jatkotutkimuksena aion tarkastella terveydenhuollon priorisointia osana terveyspoliittista päätöksentekoa tässä tutkimuksessa luomani alustavan mallin avulla.

FT Johanna Lammintakasen terveyshallintotieteen alaan kuuluva väitöskirja Health care prioritisation - evolution of the concept, research and policy process tarkastettiin 11.2.2005 Kuopion yliopistossa. Vastaväittäjänä toimi professori Juhani Lehto Tampereen yliopistosta ja valvojana professori Juha Kinnunen Kuopion yliopistosta