

Oslosta Wellingtoniin – mitä terveydenhuollon priorisoinnissa on tapahtunut kahden vuoden aikana?

Johanna Lammintakanen, Lauri Vuorenkoski ja Janne Nikkinen

Osallistuimme Wellingtonissa Uudessa Seelannissa 3. - 5.11.2004 pidettyyn viidenteen kansainväliseen terveydenhuollon priorisointikonferenssiin yhdessä yli 300 muun 34 eri maata edustavan osallistujan kanssa. Konferenssin pääteemoja tänä vuonna olivat: 1) Käytännön työkalujen kehittäminen päätöksentekoon; 2) Voimavarojen kohdentaminen makro- ja mesotasoilla; 3) Avaintoimijoiden rooli terveydenhuollon priorisoinnissa; 4) Järjestelmät, kannusteet ja toimintakulttuuri terveydenhuollon priorisoinnin tukena; 5) Terveydenhuollon priorisointi kehitysmaissa ja 6) Tasa-arvo, terveys ja eriarvoisuus alkuperäiskansojen näkökulmasta.

Uuden Seelannin terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja priorisointiprosessi tulivat tutuiksi intensiivisen konferenssin aikana. Uudessa Seelannissa on priorisointijärjestelmää kehitetty koko ajan kansallisen tason ohjauksessa ja painopistettä on mm. siirretty perusterveydenhuoltoon vahvistamalla perusterveydenhuollon organisaattiorakennetta. Uudessa Seelannissa kehitetään myös hoidon varaus- (booking system) ja jonojärjestelmän toimivuutta tavoitteina järjestelmän selkeys ja oikein ajoitettu hoito. Tämän hetkinen erityishaaste kansallisella tasolla on näiden uudistusten arviointi.

Konferenssin yleisesityksissä teemoina olivat 1) etnisyyden ja terveydenhuollon priorisointi ja 2) Hongkongin terveydenhuollon reagointi SARS-epidemiaan. Professori Mason Durie (Massey-yliopisto) keskittyi esityksessään kuvaamaan Uuden Seelannin priorisointijärjestelmän kehitystä ja siihen vaikuttaneita muutoksia. Eriytisesti vuoden 1993 uudistus oli merkittävä priorisoinnin kannalta lisäten prosessin avoimuutta aiempaan lähinnä jonotukseen ja ammattikuntalähtöiseen päätöksentekoon perustuvaan järjestelmään verrattuna. Priorisoinnin tavoitteiksi Durie mainitsi kustannusten realistisuuden, kan-

sallisten tavoitteiden ja arvojen toteutumisen sekä tasapuolisuuden. Lisäksi professori Durie pohti terveyden epätasa-arvon syitä. Hän piti etnisyyteen liittyviä tekijöitä (kuten perimä, tavat ja kulttuuri) merkittävämpinä terveyseroihin johtavina tekijöinä kuin sosio-ekonomisia tekijöitä. Terveydenhuollon priorisoinnilla voidaan kuitenkin vaikuttaa etnisten ryhmien terveydellisen aseman parantamiseen, kuten Uuden Seelannin maori-väestön kohdalla on tapahtunut.

Johtaja William Ho (Hong Kong Hospital Authority) kuvasi elävästi, miten Hongkongin terveydenhuoltojärjestelmä muuttui hajautuneesta järjestelmästä moderniksi infektio- ja tautien hoitoon painottuneeksi palvelujärjestelmäksi, jossa nyt SARS-epidemian jälkeen mietitään oliko muutos järkevä ja mitä tehdään epidemian aikana luodulla keskitetyillä infektiohoitoon tarkoitetuilla palveluilla. Tärkein viesti esityksessä oli kuitenkin se, että yhteistyötä tarvitaan katastrofin uhatessa niin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon kuin muidenkin sektoreiden välillä. Hongkongissa yhteistyö ulottui aina poliisivoimiin asti, yhteistyön mahdollistivat mm. uudet tietojärjestelmät.

Yleisesitysten jälkeen toteutettiin mielenkiintoinen paneeli, jossa hypoteettisen esimerkin avulla pohdittiin suolistosyövän seulonnan aloittamista. Panelisteina toimivat terveystaloustieteilijä, potilasasiamies, toimittaja, terveysministeri, terveydenhuollon viranomainen ja asiantuntijaroolissa työskentelevä henkilö. Panelistit esittivät kannanottonsa seulonnan aloittamiseen kukin omasta näkökulmastaan ja käyty keskustelu konkretisoi hyvin erilaisia argumentteja ja näkökohtia, joita tämän tyyppisessä keskustelussa eri toimijat käyttävät.

NÄKÖKULMIA TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTIIN

Rinnakkaisseisioita oli konferenssissa useita ja monet kiinnostavat esitykset jäivät kuulematta päällekkäisyyksien vuoksi (liekö järjestäjillä ollut tavoitteena opettaa priorisointitutkijoita ja -toimijoita priorisoimaan?). Tässä yhteydessä referoimme lyhyesti vain niitä esityksiä, jotka herättivät mielenkiintoa omien tutkimusintressemme näkökulmasta.

Ruotsalaiset tutkijat ja käytännön toimijat (21) olivat hyvin edustettuina konferenssissa verrattuna suomalaisiin (3). Muun muassa johtaja Per Carlson Ruotsin priorisointikeskuksesta esitteli sikäläisiä priorisointikokemuksia ja -ajatuksia. Ruotsissa valtionhallinnolla on ollut priorisointiin liittyvää aktiviteettia jo 90-luvulla. Ruotsin parlamentin priorisointiraportti valmistui 1995 ja priorisoinnin periaatteista kirjoitettiin maininta lainsäädäntöön. Tällä hetkellä valtionhallinnossa (Socialstyrelsen) laaditaan hoitosuosituksia, joissa hoitotoimenpiteitä priorisoidaan asteikolla 1-10. Esimerkiksi sydänsairauksien ja laskimotukosten hoitoa käsittelevät ohjeet ovat melkein valmiina.

Vuonna 2000 Ruotsin lääkäriliitto perusti työryhmän pohtimaan priorisointia. Viime helmikuussa julkaistun raportin mukaan vertikaalisen priorisoinnin tulisi olla asiantuntijoiden ja horisontaalisen poliitikkojen vastuulla. Lisäksi priorisoinnin läpinäkyvyyttä tulisi lisätä. Ruotsin ensimmäinen avoimeen priorisointiin perustuva päätöksentekojärjestelmä on ollut käytössä Östergötlandissa lokakuusta 2003 lähtien. Konferenssissa esiteltujen tutkimustulosten perusteella päätöksentekoprosessi ei ainakaan vielä täytä Danielsin ja Sabinin (2002) esittämiä priorisointiprosessin kriteerejä¹.

Professori Johan Calltorp esitteli miten priorisointiprosessia on käynnistetty Västra Götalandin alueella. Yhteensä 22 asiantuntijaryhmää on asetettu miettimään oman alansa hoitoon pääsyn kriteereitä. Näissä ryhmissä lähes jokainen toimenpide on arvioitu valtionhallinnossakin käytettävällä 1-10 asteikolla. Seuraava vaiheessa poliittisesti päätetään horisontaalisesta priorisoinnista näiden arviointien perusteella.

Konferenssissa käsiteltiin myös jonkin verran jo toteutuneita priorisointikokeiluja, joista kansainvälisesti tunnetuin lienee Oregonin malli Yhdysvalloista. Mallissa priorisoidaan Medicaid

-terveysohjelman puitteissa osalle köyhistä annettavia terveyspalveluja Oregonin osavaltion alueella. Kokeilun nykytilannetta tarkasteli kriittisesti professori Dan Wikler (Harvardin yliopisto). Wiklerin mukaan Oregonin mallin tarkastelu on -kaikesta tähänastisesta julkisuudesta huolimatta - edelleen kiinnostavaa siksi, että mallin kehittäjät ovat väittäneet onnistuneensa kokeilun tavoitteissa sekä keinoissa tavoitteen saavuttamiseksi. Näillä keinoilla Wikler tarkoitti sitä, että kansalaisten mielipiteet ja arvostukset sekä näyttöön perustuva lääketiede olisivat vaikuttaneet Medicaid -ohjelman puitteissa annettavaan terveydenhuoltoon Oregonissa.

Oregonin mallia tulee arvioida osana Yhdysvaltojen terveysjärjestelmää, joka on tunnetusti kalleudestaan huolimatta huomattavan tehoton – noin 25 % terveysmenoista kuluu jo pelkkään hallintoon ja noin puolet kaikista tutkimuksista tehdään "varmuuden vuoksi". Wiklerin mukaan Oregonissa ei saavutettu priorisoimalla merkittäviä kustannussäästöjä, vaan Oregonin Medicaid -rahoitusta lisättiin ja asiakkaita siirrettiin muiden terveysvakuutusten piiriin onnistumisen illuusion luomiseksi. Oregonilaisten mielipiteet eivät todellisuudessa vaikuttaneet priorisointimallin kehitykseen ja toteutukseen - priorisointiperiaatteet muuttuivat kokeilun edetessä ilman, että kansalaisia olisi asiassa juurikaan kuultu. Lisäksi lopulta toteutunutkin malli oli enemmän vastausyritys tiettyihin Yhdysvaltojen terveysjärjestelmän sisäisiin ongelmiin, kuin mikään todellisiin kustannussäästöihin kykenevä varsinainen priorisointimalli.

Sharon Levine Kaiser Permanentesta (KP) kuvasi organisaatiokulttuurin yhteyttä terveydenhuollon priorisointiin. USA:ssa priorisointi ei ole yleisesti hyväksyttyä - ei myöskään näyttöön perustuva toiminta, sillä se mielletään priorisoinniksi. Koska asiasta ei voida puhua julkisesti, on kehitettävä muita keinoja, joilla priorisointia toteutetaan. KP on omaksunut toiminta-ajatukseen jaettuun vastuun periaatteen, joka on lähes vastakkainen muuten maassa vallitsevalle kilpailuun perustuvalla terveydenhuollon toimintatavalle. Jaettu vastuu perustuu päätöksenteon demokraattisuudelle, tiimityöskentelylle, avoimuudelle, jatkuvalla oppimisen ideologialle ja yhteisvastuulle. Yhteispäätöksin pohditaan miten saadaan terveysdollarit parhaaseen mahdolliseen käyttöön. Sharon Levine esitteli, miten tutkimustieto ja toiminta yhdistetään KP:ssa. Kol-

mannes toiminnasta on oikean asian identifiointia esimerkiksi tutkimuksen avulla. Kuitenkin suurin osa resursseista menee sen varmistamiseen, että oikea asia tehdään. Lisäksi tarvitaan organisaation tukea (esim. tietojärjestelmiä), joka mahdollistaa oikean asian tekemisen helposti.

Professionalismi nousi keskustelun kohteeksi Uuden Seelannin terveysministeriön viranhaltijan Colin Feekin kommentoimissa edellä esitettyä tapaa sitouttaa ammattilaiset yhtiön toiminta-ajatukseseen. Colin Feek totesi, että Uudessa Seelannissa kvasimarkkinoiden ja nk. managerialismin periaatteiden toimeenpano vieraannutti terveydenhuollon ammattilaiset terveyspalvelujärjestelmästä. Hippokrateen vala ei enää sovellu nykyiseen terveydenhuoltoon, sillä se ei ota huomioon kolmatta, maksavaa osapuolta, ei kunnioita potilaan itsemääräämisoikeutta ja lisäksi se painottaa lääkäriprofессиota ja sen autonomiaa. Feekin mielestä olisikin aika pohtia mihin pohjautuu ja mistä koostuu uudenlainen professionalismi.

Helen Wyn - myös Uuden Seelannin terveysministeriöstä - analysoi mielenkiintoisesti priorisoinnin ongelmaa organisaatioteorian näkökulmasta. Hänen mukaansa priorisoinnin hankaluus johtuu siitä, että priorisoinnin määritelmää on useita, ratkaisut ovat epäselviä, ratkaisut johtavat uusiin ongelmiin ja päätökset ovat moniselitteisiä. Näistä syistä terveydenhuollon priorisoinnissa tarvitaan osallistuvaa, vuorovaikutteista, yhteistä todellisuutta rakentavaa prosessia, joka huomioi myös organisaatioiden dynamiikan.

MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Konferenssin odotetuimpiin puheenvuoroihin kuului jo perinteeksi muotoutunut professori Chris Hamin (Birminghamin yliopisto) katsaus missä olemme nyt ja mihin olemme menossa. Ham korosti voimakkaasti priorisoinnin tutkijoiden ja päätöksentekijöiden vuorovaikutuksen tiivistämistä ja hän kuvasi oman kokemuksensa perusteella poliittisten päätöksentekijöiden ja tutkijoiden maailmojen eroa. Ham peräänkuulutti realistisen priorisoinnin tarvetta. Realistinen priorisointi koostuu terveydenhuollon priorisoinnin käytännön kuvauksista sekä toimintatutkimuksellisen otteen soveltamisesta yhä enemmän priorisointitutkimukseen normatiivisten kuvausten (esim. Danielsin ja Sabinin Accountability for

Reasonableness) lisäksi. Realistinen priorisointi yhdistää käytännön politiikan ja tutkimuksen:

- Tieteellinen tieto on tarpeellista, muttei riittävä yksin
- "Muddling through" (päivästä toiseen selviytyminen) on tarpeellista, muttei yksin riittävä
- Organisaatiotasoisia innovaatioita (kuten NICE² Englannissa) tarvitaan, sillä nämä organisaatiot mahdollistavat systemaattisemman päätöksenteon
- Tarvitaan myös eri toimijaryhmien osallistumista ja neuvotteluja sekä kompromissien hakemista.

Tulevaisuudessa tutkimuksen haasteena on kuroa tätä kuilua umpeen, kuten esim. Kanadassa ja Uudessa Seelannissa on jo tehty. Chris Ham odottaa kuulevansa seuraavassa priorisointikonferenssissa Torontossa (20. - 22.9.2006) enemmän kuvauksia ja analyyseja terveydenhuollon priorisoinnista käytännössä sekä erityisesti mikrotason päätöksenteon tutkimusta ja siihen luotujen työkalujen esittelyä. Nähtäväksi jää missä määrin Hamin toive korostaa hallinnon ja politiikan tutkimuksen näkökulmaa terveydenhuollon priorisoinnin tutkimuksessa.

VIITTEET

¹ Kriteerit ovat: 1) julkisuus (publicity), 2) merkityksellisyys (relevance), 3) korjattavuus (revisability) ja 4) toimeenpano (enforcement), ks. esim. Hetemaa ym. 2003.

² National Institute of Clinical Excellence

LÄHTEET

Daniels, Norman & Sabin, James E. Setting limits fairly: can we learn to share medical resources? Oxford University Press, Oxford 2002.

Hetemaa, Tiina, Vuorenkoski, Lauri & Keskimäki, Ilmo. Priorisointi ja jonoasettamisindikaatiot: kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003.