



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET



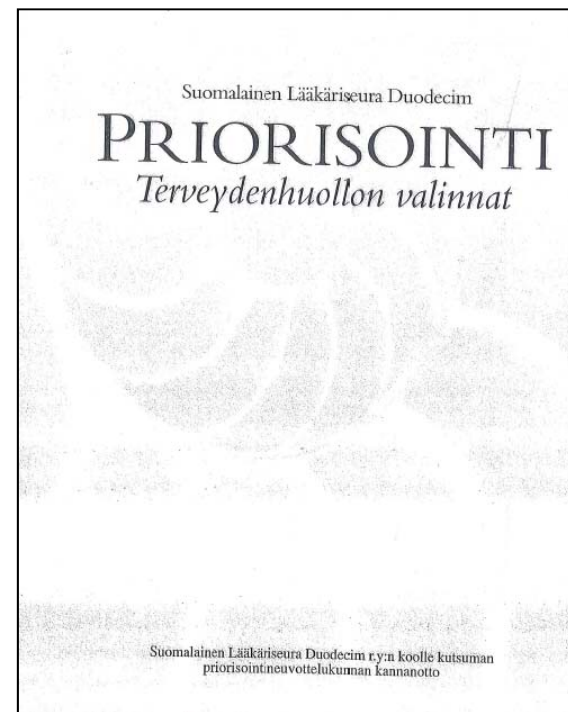
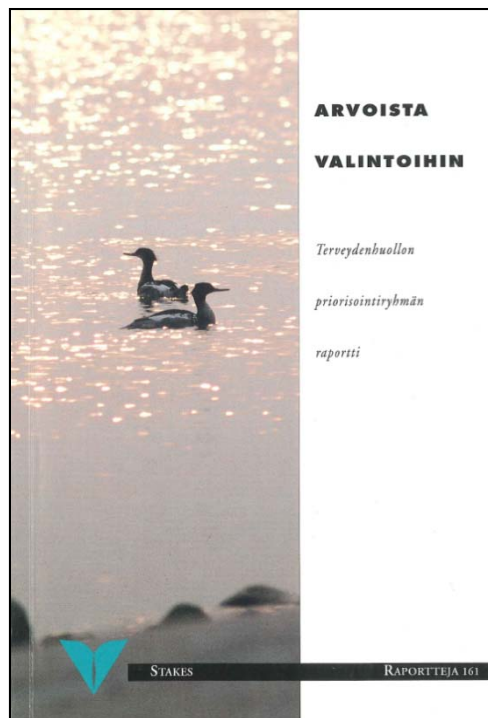
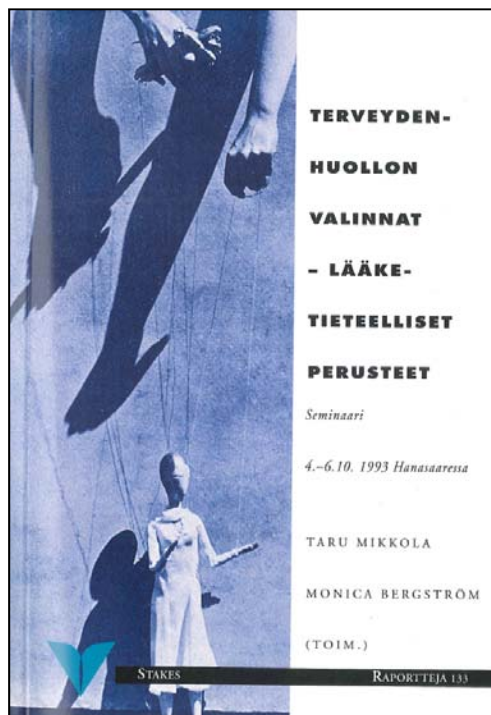
Suomen tie priorisointiseminaareista palveluvalikoiman määrittelyyn

Lauri Vuorenkoski
terveyspolitiikan asiantuntija



1990-luku

- Keskustelu terveydenhuollon priorisoinnista kunnolla käynnistyi
 - yhtenä taustavaikuttajana lama
- Keskustelufoorumeita:
 - Stakesin asettama terveydenhuollon priorisointiryhmä 1993-1994 ja seminaari Hanasaassa 1993
 - Duodecimin koolle kutsuma priorisointineuvottelukunta 1997-1999 ja seminaari Hanasaassa 1999
- Terveydenhuollon priorisoinnin tutkimusta mm. Kuopiossa
 - Tutkimuskohteena erityisesti päättäjien, ammattilaisten, potilaiden ja väestön arvot ja priorisointikriteerit





1990-luvun anti

- Foorumeiden johtopäätökset
 - terveydenhuollon valintoja ei pystytä välttämään pelkästään toimintaa tehostamalla
 - kyseessä on monimuotoinen ongelma, jonka ratkaisemiseksi ei ole yksinkertaisia ratkaisuja.
 - terveydenhuollon teknologian arvioinnilla on tärkeä merkitys terveydenhuollon päätöksenteossa
- Priorisoinnista tuli salonkikelpoinen teema terveydenhuollossa
- Stakesiin perustettiin Finohta
- Huomattiin terveystaloustieteen keskeinen merkitys, terveystaloustieteen kehittyminen
- Käypä hoito –suositusten tekeminen alkaa
- Tutustuttiin kv-esimerkkeihin



TERVEYDENHUOLTO

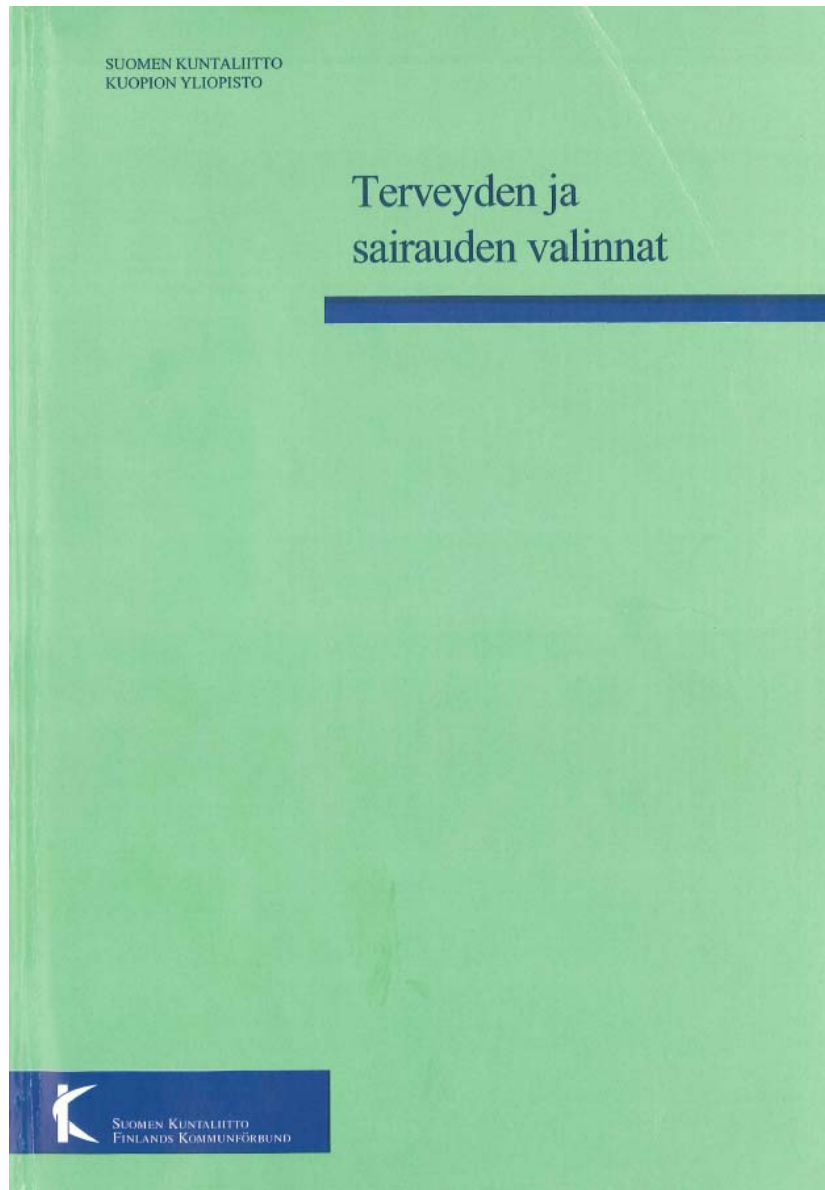
Miten priorisoida terveydenhuoltoa?

OLLI-PEKKA RYYNÄNEN • MARKKU MYLLYKANGAS

Priorisointi on tullut suomalaiseseen keskusteluun laman myötä, vaikka rahanpuute ei olekaan ainoa syy pohtia lääketieteen ja terveydenhuollon valintoja. Käytännössä Suomessa tavallisinta on ollut piilopriorisointi, joko

Terveystieteiden tutkimus on asevarustelukilpaa muistuttavassa myllerryksessä. Lääketiede on edistynyt nopeasti. Lääketieteelliset keksinnöt ja innovaatiot moninkertaistuvat yhä lyhyemmässä ajassa. Samalla käytettävissä olevat voimavarat ovat supistuneet ja väestön halukkuus maksaa uusista tutkimuksista ja hoitoista on vähentynyt.

ei pelkkänä järjestelyjonona. Priorisointia on toteutettu myös potilasmaksuin sekä tekemällä hallinnollisia päätöksiä, jolloin tiettyä palvelua ei yksinkertaisesti tarjota, tai asettamalla menoille katto, jonka alle käytännön työtä tekevien on toimintansa sovitettava. Kaikissa näissä menetelmissä



Kuntaliitto, 1997

Professori Juhani Lehto: Terveysthuolto priorisoituu ilman päättöksiäkin

Vastikään nimitetty Tampereen yliopiston sosiaali- ja terveyspolitiikan professori **Juhani Lehto** on tehnyt historiaa jo ennen kuin ehti edes avata työhuoneensa tietokoneetta: mies on alansa ensimmäinen professori Suomessa.

Jo virkaanastujaisesityksessään Lehto tuuletti suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää siihen malliin, että kuulijakunta kohotteli kulmakarvojaan. Uusi professori ei mitä ilmeisimmin halua kätkeä kynttiläänsä vakan alle vaan on valmis kritiikkiin.

Erityisesti hänen tulijaljeleen on joutunut terveydenhuoltojärjestelmän eriarvoisuus.

"Varsinkin 1990-luvun alun laman aikana keskusteltiin kovasti terveydenhuollon priorisoinnista. Sitä pohdittiin cettiseltä ja yhteiskunnalliselta kannalta kun tuo-



Socius, 2000



PEKKA RISSANEN

Terveydenhuollon kaikki valinnat ovat priorisointia

Priorisointi nousi viime vuosikymmenen alkupuolen taloudellisen laman ja hyvinvointipalvelujen rahoitus- ja ohjausjärjestelmien uudistusten myötä keskeiseksi puheenaiheeksi myös terveydenhuollossa. Keskusteluun ovat osallistuneet siitä lähtien aiempaa useammat ryhmät. Terveystaloustieteilijätahan ovat puhuneet näistä asioista koko olemassaolonsa ajan. Taloustiede on pohjimmiltaan valintojen tiedettä: tiedettä siitä, miten valintoja tehdään ja millaiset valinnat tuottavat kokonaisuuden kannalta parhaimman tuloksen. Valintoja on aina tehty kaikessa taloudenpidossa, myös terveydenhuollossa, ja tullaan aina tekemäänkin, niin kauan kuin

ko pieni, mutta niiden avulla vedetään potilaiden ostovoimaa muiden hyödykkeiden hankinnasta. Ne siis vaikuttavat voimavarojen kohdentumiseen koko talouden tasolla. Hammashuollon korvausjärjestelmän rakenne on valinta joka koko väestön tasolla vaikuttaa hoidon kohdentumiseen. Edelleen kahden putken rahoitusjärjestelmä, sairausvakuutuksen korvausjärjestelmä ja kunnallinen rahoitus, vaikuttaa merkittävästi voimavarojen kohdentamiseen mm. vanhustenhuollossa. Lukuisia muitakin esimerkkejä voidaan esittää keskusvallan merkityksestä terveydenhuollon valintoihin.

Vahvasta asemastaan huolimatta kuntien mah-





2000-luku, lisää askeleita ja pohdintoja

- Askeleita (eteen tai taakse):
 - Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002: hoitoon pääsyn turvaamisen → hoitoon pääsyn kriteerien määrittely 2005
 - Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 2005: kustannusvaikuttavuuteen perustuva priorisointi lainvastaista
 - Halo-ohjelman käynnistäminen 2005
- Lukuisia erilaisia keskustelufoorumeita ym:
 - ”Priorisointiaktiivien” kokoukset 2005
 - ETENE kesäseminaari 2006: Tarve terveydenhuollossa - kuka tai mikä määrittää?
 - Terveydenhuollon priorisointi ja säännöstely - teoriasta käytäntöön? lääkäripäivät 2006
 - Ryynänen ym. Priorisointi terveydenhuollossa - Mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum, 2006.
 - Hyvinvointipalveluiden priorisointi –seminaari 8–9.5.2008, Kuopio
 - joka toinen vuosi järjestetty priorisoinnin maailmankongressi



2000-luvun keskeinen kritiikki: päätöksenteon implisiittisyys (piilopriorisointi)

- Priorisointipäätöksenteko on perinteisesti ollut varsin implisiittistä
 - toteutettu muuhun päätöksentekoon verhottuna ohjailemalla ja rajoittamalla rahavirtoja
 - limittäin useilla eri päätöksenteon tasoilla
 - tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena
 - päätöksenteon kokonaisuus varsin sirpaleinen
 - lopputulos yksittäisen potilaan kannalta osittain sattumanvaraista
- Ongelmia:
 - Potilaiden yhdenvertaisuus ei toteudu
 - Potilaiden oikeusturva heikkoa
 - Resurssien käytön tehokkuus?



Priorisointipäätöksenteon kehittäminen

- Kansainvälinen trendi on siirtyminen ns. ”piilopriorisoinnista” avoimeen priorisointiin
 - priorisoinnin periaatteet ja päätöksentekoprosessit selkeästi määritely
 - päätöksenteko avointa ja systemaattista
 - mahdollisuus arvioida ja tarvittaessa korjata tehtyjä päätöksiä
- Miksi tähän suuntaan:
 - toteuttaa paremmin demokratian periaatteet
 - parantaa päätöksenteon laatua (tehokkaampi resurssien kohdentuminen)
 - parantaa potilaiden yhdenvertaista kohtelua ja oikeusturvaa



Terveydenhuollossa priorisointi takeltelee

Husin hallitus päätti taas ylittää kuntien talousraamit (HS 4. 12.). Uuissessa lueltiin sairaalan tuntuksille ongelmia, niistä yhteinä tärkeimmistä se, etteivät kuntien tilaukset ensi vuodelle vastaa totuudenmukaista käsitystä siitä, kuinka paljon kuntalaiset tarvitsevat erikoissairaanhoitoa.

Kyseessä on jo tavanomaisesti tullut alibudjetointi. Toimittaja Jaana Savolainen lopetti juttunsa kysymykseen, "olisiko poliittisten päättäjien aika antaa lääkäreille selkeät ohjeet, kuinka hoitoja priorisoidaan ja mitä jätetään hoitamatta".

Samaa kysymystä käsittelee Husin hallituksen jäsen, epidemiologian dosentti ja filosofian tohtori Jari Haukka omassa kirjoituksessaan Selvät pelisäännöt terveydenhuoltoon (HS 11. 12.).

Hänen mukaansa olisi pikaisesti luotava valtakunnalliset pelisäännöt, joilla priorisointiprosessit saadaan näkyviin, sillä terveysasiat ovat "liian arvokkaita jätettäväksi pelkästään lobbareiden päätettäväk-

"On poliittisesti tuloksellisempaa luvata hoitaa kaikki oireet ja sairaudet kuin asetella rajoja, vaikka olisi alun alkaen selvää, etteivät rahat riitä."

si". Kirjoittaja ei tainnut tietää, että pelisääntöjä on luotu, sekä pikaisesti että ajan kanssa.

Johdin Suomen ensimmäistä valtakunnallista terveydenhuollon priorisointiryhmää vuosina 1993-94. Sen asetti Stakes, ja se piti valtakunnallisen seminaarin ja julkaisi huolella mietityt johtopäätöksensä otsikolla Arvoista valintoihin. Teos käännettiin englanniksi.

Sen jälkeen olin jäsenenä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin asettamassa priorisointiryhmässä, jonka puheenjohtajana toimi arkkidiatri Risto Pelkonen. Se julkaisi oman mietintönsä Priorisointi - terveydenhuollon valinnat ja järjesti myös aihetta koskevan seminaarin 1999. Lisäksi lukuisia muita priorisointiprojekteja on ollut käynnissä sekä koti-

maassa että ulkomailla.

Vähänpä näihin huolella punnittuihin puhevuoroihin ja suosituksiin on terveyspoliittisissa keskusteluissa viitattu, ja vähäiset näytävät olleen niiden vaikutukset.

Miksi näin? Ovato esiin nostetut asiat liian kipeitä julkiseen keskusteluun?

Tärkein syy on mielestäni se, että koska terveydenhuolto on kuntien vastuulla, siitä vastaavat ensisijaisesti kunnallispoliitikot. Savolaisen hyvää tarkoittava kehotus päättäjille on mitä aiheellisin, mutta kokemukseni mukaan päättäjät siirtävät vastuun lääkäreille.

Kymmenet kerrat poliitikot ovat opastaneet minua, että heidän tehtävänsä on vain jakaa rahaa ja että potilaiden tärkeysjärjestykseen asettaminen kuuluu lääkäreille.

Toinen syy päättäjien pidättäytyvään asenteeseen on se, että äänestäjiltä on ikävä kieltää mitään.

On poliittisesti tuloksellisempaa luvata hoitaa kaikki oireet ja sairaudet kuin asetella rajoja, vaikka olisi alun alkaen selvää, etteivät rahat riitä. Kun ne sitten loppuvat kesken, voi-

daan sairaalan henkilökuntaa moittia tuhailusta. Lääkäreiden huomautukselle siitä, etteivät he voi jättää sairaalaan tuotuja potilaita hoitamatta, osoitetaan harvoin ymmärrystä.

Tärkeä syy priorisoinnin takelteluun on myös terveydenhuollon valtakunnallisesta suunnittelusta vastaavan keskusviraston puute. Maassamme on lähes 450 kuntaa, joilta kaikkialta ei voida edellyttää alan asiantuntemusta.

Sen jälkeen kun Lääkintöhallitus lakkautettiin, maastamme puuttuu terveydenhuollon koordinoitu suunnittelu. Kunnat tekevät helposti paniikkiratkaisuja tai seikkaillevat budjetivuoden läpi miten parhaaksi katsovat.

Suomalaisen sairaudet tunnetaan kuitenkin niin tarkasti, että sairauksien ilmaantuvuudessa ei juuri tapahdu yllätyksiä, kuten varmaan myös dosentti Haukka tietää. Tältä osin priorisoinnissa ei pitäisi olla ongelmia.

Todellinen ongelma on oman kokemukseni perusteella se, ettei ole oireita tai sairautta, jolle ei löytyisi omaa

"tukiryhmäänsä", esimerkiksi potilasjärjestää, jos sen asemajulkisin varoin rahoitetussa priorisointiprosessissa on uhattuna.

Niinpä hampaiden oikomista ja esteettistä kirurgiaa on tuettava, koska jollekulle virheetön ulkonäkö on elämän keskeinen arvo. Hedelmättömyyden hoitoa on tuettava, vaikka sitä ei voikaan pitää sairautena.

Vuotia kestävä yksilöllistä psykoanalyysia on tuettava, vaikka yksi psykiatri pystyy hoitamaan kerrallaan alle kymmentä potilasta. Syömishäiriöt, huumeidenkäyttö, unihäiriöt ja monet muut häiriöt heijastavat ihmisyhteisön ongelmia, tuloksena yhteiskunnan vastuu niiden korjaamisesta jne.

Entäpä priorisointi elämän loppupäässä, jonka Joroisten terveyskeskuslääkäri Pekka Lanto on nostanut esiin (mm. HS 12. 12.)?

En tunne häntä enkä hänen terveyskeskuksensa tapahtumia, mutta yhdyin hänen käsitykseensä siitä, että on paljon avuttomuutta pelkääviä ja järjkevin perustein kuolemaa toi-

vovia potilaita. Se, että jo pitkään kuolemaa odottanut potilas siirretään tilan lopulta huononnutta vanhainkodista tai terveyskeskuksesta erikoissairaanhoitoon, viittaa myös eräänlaiseen paniikkiratkaisuun ja siten huonoon elämän loppuvaiheen hoidon suunnitteluun.

Monissa tuntemissani tapauksissa vaikeasti dementoitunut potilas on tuotu esimerkiksi äkillisten mahaoireiden takia keskussairaalaan, mihin hän on jäänyt päivä- ja jopa viikkokausiksi ilman että hän olisi perillä siitä, kuka hän on, ketkä hänen läheisensä ovat tai missä hän on.

Hoitotahdon, selkeiden hoitosuosituksen ja omaisten kanssa käytyjen keskustelujen avulla moni kiperä ja turhauttava tilanne olisi voitu välttää. Meilahden sairaalassa tällaiset suositukset ovat olleet käytössä noin kymmenen vuotta. Husin hallituksen laatimia pelisääntöjä odoteltaessa priorisointi voidaan aloittaa vaikkapa soveltamalla niitä.

Jorma Palo
neurologian emeritusprofessori
Helsinki

1. PRIORISAINTI

HELSINGIN SANOMAT

KAUPUNKI, PL 65, 00089 SANOMAT
(09) 122 3511, FAKSI (09) 122 622, hs.kaupunki@sanoma.fi

KAUPUNKI

► KULTTUURI B 8-B 10 ► KAUPPAPAIKKA B 3-B 7

Hoidettavat potilaat pakko valikoida

► Päätäjät ja lääkärit pallottelevat terveydenhoidon potilasvastuulla

Kaija Aho
HELSINGIN SANOMAT

► Lääkärit ja poliittiset päättäjät pallottelevat potilaitten hoidon priorisoinnin vastuukysymyksiä. Kumpatkaan eivät halua päättää, ketä tai mitä tauteja hoidetaan. Potilaita valitaan päivittäin, mutta yhteisiä pelisääntöjä ei ole saatu aikaan.

"Potilaitten ja hoitojen valintaa on pakko tehdä. Jos ihmishengen pelastaminen on ainoa tärkeä asia, kaikki liikkenevät voimavarat voidaan tekniikkojen kehittyessä käyttää vaikkapa elinsiirtoihin", sanoo yli lääkäri, professori Martti Kekomäki.

Kekomäki vastaa osaltaan Helsingin Sanomissa käynnistyneeseen keskusteluun ter-

vaikuttavuus on suurinta." Kekomäki muistuttaa, että on priorisointia, kun Helsinki päättää antaa tietyn summan erikoissairaanhoidon.

"Poliitikkoja ei saa kuitenkaan päästää näin helpolla. Heidän pitää olla mukana päättämässä, miten rahat käytetään."

Kekomäen mielestä sairaanhoito ei ole ainoa ihmisen terveyteen vaikuttava asia. "Siinä vaikuttavat muun muassa vaikkapa pururadat ja liikuntahallit tai rahojen karsiminen erityisopetuksesta."

Kekomäki tahtoo, että tavalliset kansalaiset ja poliitikot ryhtyivät keskustelemaan asiasta. "Tähän saakka priorisoinnista ovat keskustelleet lääkärit

ja elämäntaata parantaviin hoitoihin, kuten kaihileikkauksiin tai tekonivelleikkauksiin."

Msallikko ei voi HUS:n hallituksen puheenjohtajan Ritva Laurilan (kok) mielestä päättää, milloin hoito on tehokasta. "Nämä ovat hirvittävän vaikeita asioita. Valinnat on tehtävä siten, että kaikki hoidetaan, jos on olemassa kiistatonta tietoa siitä, että potilas hyötyy hoidosta."

HUS ei poista tatuointeja tai tee kauneusleikkauksia. "Kes-

kustelu on myös siitä, pitääkö lapsettomuushoitoja antaa yhteiskunnan rahoilla yli kaksi vuotta", Laurila miettii.

"Dementoituneen pitkäaikaisairaana keuhkokuumetta tai flunssaa ei hoideta antibiooteilla. Hän saa vain kipua ja tuskaisuutta lievittäviä lääkkeitä. Ratkaisut ovat aina yksilöllisiä. Harva kee hoitorestamentin."

"Esimerkiksi syöpäpotilaan järki ja tajunta ovat tallella viimeiseen asti. Viimeiset päivät ovat tarpeen potilaan ja hänen omaistensa välisten asiointien

selvittämiseen", Laurila miettii. Suomen lääkäriunionin toiminnanjohtaja Santeri Kujala sanoo, että hiljaisia käytäntöjä priorisoinnista on. "Vuosikausia vuoteessa maammeen potilaan, jolla aivonkotoimintaa on sen verran että hengitys kulkee, keuhkokuumetta ei enää välttämättä ryhdytä hoitamaan antibiooteilla."

Keskustelu priorisoinnista näyttää olevan vaikeaa. Sitä kuitenkin käydään jatkuvasti. Lääkärit eivät mielellään lähde paniikkiratkaisuihin, jos rahojen ilmoitetaan olevan lopussa.

Poliitikot eivät rohkene päättää tällaisista asioista.

"Pattitilanne on, jos lääkäreitä vaaditaan yksin päättämään, eikä asiassa päästä yhteiseen pohdintaan", sanoo Duodecimin priorisointiryhmän sihteerinä toiminut Nokian työterveyslääkäri Jan Schugk.

"Neuvorttelukunta esitti seminaarin järjestämistä asiasta. Esitys ei ole ottanut tulta. Se olisi aika jo pitää."

Priorisointikeskustelun käynnisti Helsingin kaupungin hallituksen puheenjohtaja Harry Bogomoloff (kok), joka vaati HUS:ia sopeuttamaan toimintansa väheneviin rahoihin. "HUS:n hallituksessa on enemmän humanisuutta kuin taloudellisuutta", Bogomoloff lausui keskiviikkona Helsingin Sanomissa.

Tiukasti eri linjoilla on HUS:n hallituksen jäsen, mäntsäläläinen Heli Kiviranta

Priorisointi – rationaalisia valintoja vai hoitamatta jättämistä?

HARRI TOHMO • IRMA PAHLMAN

**Priorisointi on ensisijais-
tamista sekä valintojen
tekemistä tärkeiden ja
vähemmän tärkeiden asioi-
den välillä. Priorisointi on**

Hyvinvointiyhteiskunta kä-
sittää hyvinvointivaltion,
kunnat ja kolmannen sek-
torin. Hyvinvointiyhteiskunnan tu-
lee taata kansalaisilleen maantieteel-
lisesti ja terveydenhuollon osa-
alueittain tasa-arvoinen, oikeuden-

erityistekijää: 1) suomalaiset siirty-
vät myöhään työelämään, koska
opinnot kestävät pitkään; 2) suoma-
laiset siirtyvät varhain eläkkeelle; 3)
työttömyys on eurooppalaisittain
poikkeuksellisen korkealla tasolla.
Tilannetta pahentaa se, että ikäpyra-

KOLUMNI

MARKKU MYLYKANGAS

Nuori lääkäri 11/2001

Priorisoinnin ilosanomaa julistamaan!



Kuopion Yliopiston terveys sosiologian dosentti Markku Mylykangas on ottanut julkisuudessa aktiivisesti kantaa moniin terveyspoliittisiin kysymyksiin. Saatamme lukea hänen kirjoituksiaan tällä palstalla muutaman numeron väleä.

Synkkiä pilviä on pitkään kasautunut terveydenhuollon taivaalle niin Suomessa kuin kaikissa muissakin rikkaissa teollisuusmaissa. Joissakin maissa priorisointimalleja alettiin kehittää jo 1980-luvun lopulla. Toimivia ratkaisuja on silti vielä harvassa. Käyttökelpoisin priorisointijärjestelmä on toistaiseksi Oregonin osavaltiossa Yhdysvalloissa. Tosin sekin koskee vain muutamaa sataa tuhatta Medicaidin piirissä olevaa ihmistä.

Meillä priorisointikeskustelut polkaistiin käyntiin 1990-luvun alkupuolella. Järjestettiin muutamia näyttäviä kokouksia ja arkkiaatri Pelkosen johdolla istui neuvottelukunta pähkiäilemässä terveydenhuollon ongelmia. Vuosikymmenen mittainen puuhastelu poiki niukasti kättä pidempää. Puhetta oli paljon, tekoja vähän. Ehkä konkreettisin saavutus oli FinOHTAn perustaminen, tosin liian pienin resurssein varustettuna. Terveydenhuollon toimien vaikutavuus selvitykset ovat myös menneet kau-

Kansalaisille priorisointi on kirosana. Eikä ihme. Priorisoinnista alettiin puhua keskellä talouslamaa. Lisäksi takavuosina säästettiin ja juustohöylättiin, ja näitä onnettomia tempauksia kutsuttiin totuutta vääristellen priorisoinniksi. Priorisointi tarkoittaa kokonaan uuden terveydenhuoltokulttuurin luomista. Se on setisesti oikein ja siitä hyötyvät lopulta kaikki.

Viime aikoina on tyydytty hätäratkaisui-

lääkärit on myös saatava innostumaan asiasta. Kinkkisin kohta saattaa olla tavallinen kansa. Miten se saadaan ymmärtämään priorisoinnin hyödyllisyys ja välttämättömyys? Priorisointihan johtaa aina joidenkin tutkimusten ja hoitojen säännöstelyyn, mikä äkkisistään voi tuntua ikään kuin subjektiivisten oikeuksien riistämistä, tikkarin viemiseltä lapselta.

"Priorisoinnin ilosanomaa levittävät tupailat pystyyn maalaisliittolaisessa hengessä. Kansalaisille on ujutettava ainakin illuusio, että he ovat saaneet itse osallistua uuden, entistä uljaamman terveydenhuoltokulttuurin luomiseen."

Oregonissa ja Uudessa Seelannissa väestöä pehmitettiin priorisoinnille suopeaksi massiivisilla tiedotuskampanjoilla. Medi-

Nuori lääkäri, 2001

Miten käy poliitikolta priorisointi?

Terveystieteiden tutkimuskeskus on jähmettynyt budjettikatatoniaan ilman konkreettista parannusotetta. Kunnat taas taaplaavat ja tempoilevat jonotusongelmissaan ja lisääntyvää velkaantumistaan miten kukaan ei...

tään hoitovaihtoehtoista ja potilassiirroista painaa raastupaan ja loppuunpalamiseen saakka kenipä reaalisesti vaikuttamaan siihen tai ei. Kansalaisen osa on muuttua potilaaksi ja koulutukseen terveydenhuollon laatuun. Terveystieteiden tutkimuskeskus on jähmettynyt budjettikatatoniaan ilman konkreettista parannusotetta. Kunnat taas taaplaavat ja tempoilevat jonotusongelmissaan ja lisääntyvää velkaantumistaan miten kukaan ei...



Pisteillä hoitoon

*Jonotuttamisen tilalle uusi
priorisointijärjestelmä*

Mikä on terveydenhuollon oleellisin ongelma? Se ei ole rahan eikä henkilöstön puute. Kumpaakin on enemmän kuin koskaan ennen. Terveydenhuolto on kuin ahkera ja osaava työntekijä, jolle jatkuvasti annetaan uusia tehtäviä ja joka myös ottaa ne vastaan. Näitä tehtäviä tulee, kun lääketiede keksii uusia asioita, terveydenhuollossa ryhdytään hoitamaan aina vain vähemmän sairaita potilaita, väestö ikääntyy ja vaatimustaso nousee. Liian hyvä työntekijä tukehtuu töihinsä, ja terveyden-

den jonotuksella. Käytännössä jono karsii potilaita. Osa potilasta poistuu jonosta hoidattamalla itsensä muualla, muuttamalla, paranemalla tai kuolemalla. Osalle jono on tarkoitettu ikuisuusratkaisuksi. Heitä on huijattu lupaamalla hoitoa, jota ei ole tarkoitukseen antaa. Pelkkä tietoisuus jonosta on rajoittava tekijä. Ylipitkään jonoon ei haluta lähteä.

Jonottaminen on tuskallista ja kalvaa kansalaisten luottamusta terveydenhuoltoon. Jonon pituuteen vaikuttavat paikalliset intressit ja kil-

Avointa priorisointia ja uudelleenjärjestelyjä Länsi-Ruotsin sairaanhoidossa

Meidän osaltamme priorisoinnit ovat merkinneet "etusijalle asettamista" eli terveydenhuollon luokittelua tavalla, jonka kaikki ymmärtävät ja jonka kaikki voivat hyväksyä, sanoo Johan Calltorp.

Länsi-Götanmaalla on vastikään saatu päätökseen kaksi rinnakkaisesta kehitysprojektia. Toisessa esitetään kattavasti - Ruotsissa ensimmäistä kertaa - miten tärkeimmäksi luokiteltu sairaanhoito turvataan ennen muuta hoitoa. Toinen on ehdotus Länsi-Götanmaan sairaan-

Aitoa ja epäaitoa turvallisuutta

Rakennekysymystä on ajettu yhtäjaksoisesti kevästä 2000 alkaen. Nyt tehdyn esityksen mukaan taso 1, eli Sahlgrenskan yliopistollinen sairaala (johon kuuluvat myös Östra sjukhuset ja



Itä-Götanmaan priorisointilista voimaan tammikuussa

■ Sanna Kangasniemi

Itä-Götanmaan sairaanhoitopiiri Ruotsissa on esitellyt ensimmäisenä Pohjoismaissa listansa sairauksista, joita se ei enää aio hoitaa vuodenvaiheesta alkaen. Priorisointilistalla on 50 sairautta, joiden hoitokustannukset jäävät potilaan vastuulle.

Näitä sairauksia ovat muun muassa suonikohjut kosmeettisena ongelmana, niskasärky, miesten sterilisointi, keisarinleikkaukset ilman psyykkistä tai lääketieteellistä syytä, hyvänlaatuiset kasvaimet, lievät prostatavaikeudet, vanhusen ylipaino ja peräpukamat.

Itä-Götanmaa laskee voivansa listan avulla säästää 37,6 miljoonaa kruunua. Ensimmäinen priorisointilista on syntynyt tilanteessa, jossa verotuloja ei tule riittävästi, jotta Ruotsi pystyisi pitämään yllä entisenkaltaista terveydenhuoltoa.

Itä-Götanmaan lista ei jääne viimeiseksi. *Mediuutisten* sisarlehden *Dagens Medicin* tekemässä kyselyssä 14 sairaanhoitopiiriä 21:stä pitää hyväksyttävänä

sitä, että potilaat maksavat tietyistä sairauksista itse.

Puolesta ja vastaan

Ensimmäinen priorisointilista on nostanut Ruotsissa kiivaan keskustelun puolesta ja vastaan. Esimerkiksi *Dagens Medicin* käytti viime numerossaan seitsemän sivua aiheen uutisointiin ja mielipidekirjoituksiin.

Listaa vastustavat huomauttavat, että terveydenhuollossa säästämisen siirtää kuluja toisaalle yhteiskuntaan.

Kosmeettisten leikkausten tekemättä jättäminen on ymmärrettävää, mutta se, että potilas ikänsä takia ei saa apua, on vastoin terveydenhuoltolakeja. Jos vanhus ei saa apua polvivaivaansa, niin paljonko "säästö" tuleekaan maksamaan, jos lasketaan inhimillistä kärsimystä tai kotiavun ja kipu-lääkkeiden kustannuksia? kysyy kolme valtiopäivien sosiaalilautakunnan jäsentä kirjoituksessaan.

Priorisoinnin kannalla sen sijaan on Ruotsin lääkäriyhdistyksen puheenjohtaja **Thomas Ihre**, joka luonnehtii Itä-Götanmaan listaa suureksi läpimurrokksi.

– Poliitikot ovat nyt avoimesti myöntäneet, ettei entisenkaltaiseen terveydenhuoltoon ole taloudellisia edellytyksiä. Tämä on täysin linjassa vuonna 1997 säädetyn terveydenhuoltolain kanssa.

Ihre korostaa, että lääkäriyhdistys on tehnyt vuosia yhteistyötä priorisointityöstä päättävien kanssa.

– Meillä on yhteinen näkemys priorisoinnin tarpeellisuudesta. Meillä on myös yhteinen maali, eli se, että potilaat joutuisivat kärsimään mahdollisimman vähän.

Lääkärit hämmentyneitä

Tunnelmat Itä-Götanmaalla ovat sekavat. Vaikka vuodenvaihteeseen on aikaa vain puolitoista kuukautta, ei maakäräjien johdolla ole suunnitelmia siitä, mien lääkäreitä tulaa informoidaan uudesta tilanteesta. Peruspalve-



Kartta: ELIN BRANDER
Lähde: Mattias Grundström Miltz, Stefan Helte, Henrik Kennedy, Annika Lund ja Annica Lundback

Onko oikein, että potilas maksaa osan itse?

Mediuutisten sisarlehti Dagens Medicin kysyi Ruotsin kaikkien maakuntien johtavilta maakuntaneuvoksilta, onko hyväksyttävää, että potilaat maksavat enemmän itse tietyillä terveydenhuollon osa-alueilla.

lujohtaja neuvoo lääkäreitä viemään maakäräjien internetisivuilla, joilta löytyy yleistä tietoa priorisoinnista.

Linköpingin terveyskeskuksen lääkäri **Ebba Curman** vahvistaa täydellisen hämmennyksen. Ilman lisäresursseja perusterveydenhuolto ei selviydy uudesta tilanteesta.

Tarvitaan vastaanottokäynti, jotta priorisoinnista voidaan päätää. Me yleislääkärit saamme harvillemme sen raskaan vastuun, että meidän pitää kertoa potilaalle saako hän erikoishoitoa vai ei.

Terveydenhuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä

Artikkelin tarkoituksena on analysoida terveydenhuollon priorisoinnin käsitettä ja sen kehittymistä ajallisesti sekä pohtia käsitteellisen kehityksen yhteyttä terveydenhuollossa ja laajemminkin yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin. Käsiteanalyysissä sovellettiin Rodgersin evolutionaarista käsiteanalyysimallia, joka ohjaa tarkastelemaan valittua käsitettä ja sen ajallista kehittymistä systemaattisesti aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Käsiteanalyysiin valittiin 53 pääsääntöisesti kansainvälistä artikkelia, jotka analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä. Terveydenhuollon priorisointi osoittautui ajassa muuttuvaksi sekä käsitteenä että ilmiönä. Sekä priorisointia edeltävät tekijät että käsitteen ominaisuudet heijastelevat viime vuosikymmenten yhteiskunnallisia ja terveyspalveluissa tapahtuneita muutoksia. Terveydenhuollon priorisoinnin seurauksia ei juurikaan tunnusteta. Terveyspolitiikan näkökulmasta käsitteen selkeyttäminen on tarpeellista, jotta poliittisessa päätöksenteossa ymmärretään paremmin, mistä terveydenhuollon priorisoinnissa on kyse.

JOHANNA LAMMINTAKANEN, JUHA KINNUNEN, JARI KYLMÄ

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 2006

Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:6

Priorisointi ja jonoonasettamisindikaatiot
-kirjallisuuskatsaus

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2003

STM, 2003



JOHANNA LAMMINTAKANEN

Health Care Prioritisation

Evolution of the Concept, Research and Policy Process

Doctoral dissertation

To be presented by permission of the Faculty of Social Sciences of the University of Kuopio for public examination in Auditorium L2, Canthia building, University of Kuopio, on Friday 11th February 2005, at 12 noon

Department of Health Policy and Management
University of Kuopio



KUOPION YLIOPISTO

KUOPIO 2005

Kuopion yliopisto, 2005

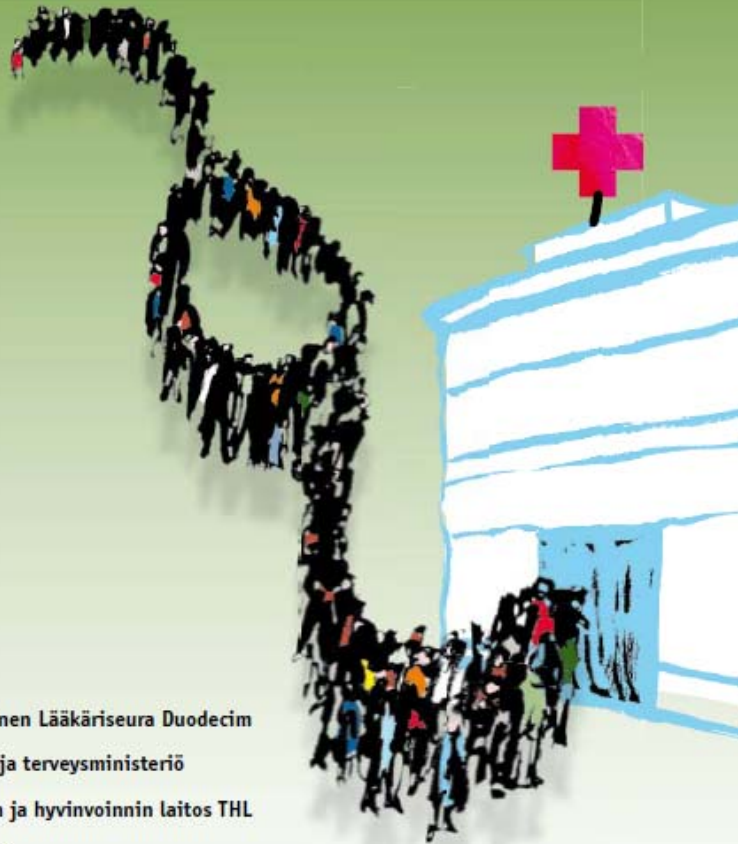


2010-luku, Terveysfoorumeita

- Duodecimin Terveysfoorumi ”Terveystenhuollon valinnat”
3–4.2.2011 Hanasaassa
 - tavoitteena käynnistää priorisointikeskustelua taas uudelleen
 - laajapohjainen yhteistyö: STM, Kuntaliitto, THL, Lääkäriliitto
 - foorumissa tunnistettiin potilasdirektiivin tuoma haaste
- Potilasdirektiivin toimeenpano käynnistettiin 6/2011
 - ohjausryhmän alaisuuteen perustettiin ”palvelukori” alatyöryhmä
- Terveysfoorumi sarja jatkui:
 - 11.5.2012, 4.12.2012, 4.6.2013, 3.12.2013, 20.5.2014

Terveysfoorumi 2011

Terveydenhuollon valinnat
3.–4.2.2011 • Hanasaari, Espoo



Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
Sosiaali- ja terveysministeriö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL
Kuntaliitto





Potilasdirektiivi ja priorisointimekanismien uudistaminen

- Suomalaisessa järjestelmässä priorisointipäätökset on tehty pitkälti tuottajatasolla (terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit)
- Tämä periaate tulee varsin ongelmalliseksi kun potilailla mahdollisuus valita tuottaja
 - jos priorisointi tuottajatasoista potilaille kannuste hakea laajimman palveluvalikoiman tuottajaa, vaikkapa sitten ulkomailta
 - järjestelmän kustannustenhallinta rapautuu
- Kyse ei ole enää pelkästään tehokkuuteen tai oikeudenmukaisuuteen liittyvästä ongelmasta, vaan myös ylipäätään järjestelmän toimivuudesta ja kustannustenhallinnasta
 - priorisointipäätöksenteko on nostettava järjestämis- ja rahoitusvastuun tasolle
 - palveluvalikoima joudutaan määrittelemään avoimesti
- Siirrytään tarjonnan säätelystä potilaan oikeuksien määrittelyyn



Lopuksi

- Palveluvalikoimaneuvoston perustamisen taustalla on pitkä prosessi ja paljon keskusteluita
- Prosessi mennyt eteenpäin osana terveydenhuollon kehitystä
 - suuntaa katsottu myös muista maista
- Pitkään on kuljettu, mutta vielä ei olla maalissa
 - palveluvalikoiman määrittely ja toimeenpano tulee olemaan iso urakka