

ETENE-julkaisuja 18

Tarve terveydenhuollossa -
kuka tai mikä määrittää?

ETENE:n 7. kesäseminaari
Helsinki, 29. elokuuta 2006

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

ISSN 1458-6193

ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.)

ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)

Yliopistopaino

Helsinki 2007

TIIVISTELMÄ

Tarve terveydenhuollossa - kuka tai mikä määrittää? Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), 7. kesäseminaari, Helsinki, 29.8.2006, 48 s. (ETENE-julkaisuja, ISSN 1458-6193:18) ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)

Terveydenhuollon tehtävänä on ehkäistä ja parantaa sairaita sekä lievittää kärsimystä. Suomessa terveydenhuoltojärjestelmää ohjaa terveydenhuollon lainsäädäntö. Perustuslain mukaan yhteiskunnan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Potilaslain mukaan potilas on oikeutettu terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lainsäädännössä määritellään eri terveydenhuollon toimijoiden tehtävät. Laeilla hahmotetaan terveydenhuollon palveluiden rajat, mutta luodaan myös uusia tarpeita, joista osa kohdistuu terveydenhuoltoon.

Se, mitkä ovat riittävät terveystalvet tai mitä on terveydentilan edellyttämä hoito, ei kuitenkaan ole lain määritettävissä. Terveydenhuoltoa määrittävät käytössä olevat voimavarat ja väestön sairastavuus, johon taas vaikuttavat mm. väestön ikä- ja sosiaalinen rakenne, elämäntavat sekä väestön geeniperimä. Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset vaikuttavat monin tavoin terveydenhuollon palveluiden tarpeeseen. Yhteiskuntapolitiikalla on merkittävä vaikutus siihen, miten terveystalvet tarvitaan. Terveystalvetarjonta vaikuttaa niiden kysyntään ja tarpeeseen. Palveluiden markkinointi lisää niiden kysyntää luomalla mielikuvia terveystalvet- tai sairaanhoitopalveluiden vaikutuksista markkinoinnin kohteen elämään. Kun voimavaroja saadaan terveydenhuollon käyttöön, ne myös käytetään.

Potilaan kykyä ja mahdollisuuksia määrittää tarpeitaan ja vaikuttaa terveydenhuollon palveluihin pitäisi parantaa. Potilas on oman elämänsä asiantuntija. Hän kääntyy terveydenhuollon puoleen silloin, kun hän kokee olevansa sen palveluiden tarpeessa. Tarpeisiin liittyy usein toiveita ja odotuksia, ja nämä kolme ovat usein vaikeasti erotettavissa toisistaan. Kuitenkin, jos potilaan tarpeet tulevat kuulluksi, terveydenhuollon toimijoiden on mahdollista tarjota hänelle hänen tarpeittensa mukaista hoitoa.

Tarpeella on monta määrittäjää terveydenhuollossa. Optimaalista tarvetta on vaikeaa määrittää, ja se on erilainen eri aikoina ja eri yhteisöissä ja yhteiskunnissa. Tarvitaan monien osapuolten välistä avointa keskustelua terveydenhuollon mahdollisuuksista ja rajoista, yhteiskunnan ja yksilöiden tarpeista ja siitä, miten terveydenhuolto osaltaan voi vastata näihin tarpeisiin. Potilaan merkitys oman tilanteensa, tarpeensa ja toiveidensa määrittelyssä on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa.

Asiasanat: etiikka, hoito, kulttuuri, potilaan oikeudet, potilas, terveydenhuollon lainsäädäntö, terveydenhuolto, terveystalvet, terveystalvet

SAMMANFATTNING

Behoven inom hälsovården – vem eller vad bestämmer? Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE), 7:e sommarseminarium, Helsingfors, 29.8.2006, 48 s. (ETENE:s publikationer, ISSN 1458-6193:18) ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)

Hälsovården finns till för att förhindra och bota sjukdomar samt för att lindra lidande. Hälsovårdslagstiftningen styr hälsovårdssystemet i Finland. Enligt grundlagen är det samhällets plikt att garantera alla och envar social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster i tillräcklig omfattning samt att främja folkhälsan. Enligt patientlagen är en patient berättigad till den hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Lagen bestämmer också om uppgifterna för de olika aktörerna inom hälsovården och utformar vissa gränser för hälsovårdstjänsterna. Samtidigt skapas också nya behov, och en del av dessa behov gäller hälsovården.

Emellertid kan inte lagen bestämma vilka hälsovårdstjänster som är tillräckliga och vilken vård en patients hälsotillstånd kräver. Omfattningen av hälsovårdstjänsterna bestäms av de resurser som finns och av den allmänna sjukfrekvensen, som i sin tur påverkas bl.a. av befolkningens åldersstruktur och sociala struktur, levnadsvanor och genetiska arv. De samhälleliga förändringarna inverkar på många sätt på behovet av hälsovårdstjänster. Samhällspolitikerna har en betydande inverkan på behovet av hälsovårdstjänster. Tillgången på dessa tjänster påverkas av efterfrågan och behov. Marknadsföring av tjänsterna ökar efterfrågan genom att skapa förväntningar hos dem som marknadsföringen riktar sig till. Så fort hälsovården beviljas resurser, utnyttjas de även.

En patients förmåga och möjligheter att definiera sina behov och att själv inverka på hälsovårdstjänsterna bör förbättras. Patienterna är ju de som vet mest om sitt eget liv, och de vänder sig till hälsovården när de anser sig behöva hälsovårdstjänster. Behoven åtföljs ofta av förväntningar och förhoppningar, och det har visat sig att behoven, förväntningarna och förhoppningarna är ofta svåra att särskilja. Men om patienternas behov uppmärksammas, blir det möjligt för aktörerna inom hälsovården att erbjuda rätt vård i förhållande till behoven.

Det finns många parter som bestämmer om behoven inom hälsovården. Det optimala behovet är svårt att fastställa och varierar i olika grupper och samhällen vid olika tidpunkter. Det som behövs är en öppen diskussion mellan så många parter som möjligt om möjligheterna och begränsningarna, om samhällets och individens behov och om hur hälsovården själv bäst kan svara på dessa behov. Det är viktigt att uppfatta och erkänna patientens betydelse för att definiera sin egen belägenhet, sina egna behov och egna förhoppningar.

Nyckelord: etik, hälsopolitik, hälsoservice, hälsovård, hälsovårdslagstiftning, hälsovårdstjänster, kultur, patient, patientens rättigheter, vård

SUMMARY

Needs in healthcare – who or what defines them? National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE), 7th Summer Seminar, Helsinki, 29 August, 2006, 48 pp. (ETENE Publications, ISSN 1458-6193:18) ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)

The purpose of healthcare is to prevent and cure illnesses and alleviate suffering. Healthcare legislation regulates the healthcare system in Finland. The Constitution of Finland stipulates that society must guarantee adequate social, health and medical services for everyone and promote the health of the population. The Patient Act stipulates that every patient is entitled to the health and medical care required by his or her state of health. The duties of various healthcare actors are defined by law. Legislation provides a loose framework for healthcare services but also creates new needs, some of which place demands on the healthcare system.

However, legislation cannot define what constitutes adequate healthcare services or what kind of treatment is required by a patient's state of health. Healthcare is defined by the availability of resources and the morbidity of the population, which in turn is influenced by the age structure and social structure, lifestyles and genetic makeup of the population. Changes in society can influence the need for healthcare services in many ways. Social policies have a great impact on the type of healthcare services required by the population. Demand and need are also influenced by the supply of healthcare services. Service promotion increases the demand for health and medical services by creating images of the effects they can have on the life of the persons to whom they are marketed. Resources made available to the healthcare system are always put to use.

The ability and opportunities of patients to define their individual needs and influence healthcare services should be improved. Patients are the experts of their own lives. They turn to the healthcare system when they feel they need the services it provides. Patient needs, wishes and expectations are often associated and intertwined with each other, and distinguishing between these three can often be extremely difficult. However, as long as the patient's voice is heard, healthcare professionals can provide the treatment needed.

Needs in healthcare can be defined from many different perspectives. Optimal needs vary depending on the time, community and society, and finding a universal definition is difficult. We need open discussion between many different parties on the possibilities and limitations of the healthcare system, the needs of society and individuals, and the ability of the healthcare system to respond to these needs. Patients' role in defining their individual situations and expressing their needs and wishes must be recognised and acknowledged.

Keywords: culture, ethics, healthcare, healthcare legislation, healthcare policies, healthcare services, patient, patient rights, treatment

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä		3
Sammanfattning		4
Summary		5
Sisällysluettelo		7
Kuka tai mikä määrittää tarpeen terveydenhuollossa		9
Tarpeella monta määritettä ja määrittäjää		9
Suomi ja muu maailma		10
Terveydenhuollon tarpeiden määrittelijöitä		10
Eettiset näkökohdat		12
Yhteenveto		13
Tarpeen määrittäminen terveydenhuollossa	<i>Paula Kokkonen</i>	14
Tarpeista terveydenhuollossa: kansainvälisiä ja kotimaisia näkökulmia	<i>Kimmo Leppo</i>	15
Johdanto		15
Tarpeen määrittelyn rajauksista, tasoista ja näkökulmista		15
Mihin erilaisia tarpeen määrittelyjä tarvitaan?		16
Tarpeet, niihin vastaaminen ja oikeudenmukaisuus		18
Lopuksi		19
Viitteet		20
Hoidon tarve lääketieteessä	<i>Markku Myllykangas</i>	22
Kirjallisuus		23
Miten väestömuuttujilla voisi arvioida terveyspalveluiden suhteellista tarvetta?	<i>Olli-Pekka Lehtonen</i>	25
Lääkekorvausjärjestelmä ja hoidon tarve	<i>Lauri Vuorenkoski</i>	28
Sairausvakuutuslaki ja lääkehoidon tarve		28
Miten lääkehoidon tarvetta käytännössä arvioidaan?		29
Pohdintaa		30
Kulttuuri ja kysymys hoidon tarpeesta	<i>Marja-Liisa Honkasalo</i>	31
Kysymys hoidon tarpeesta		32
Hoidon tarve ja medikaalinen pluralismi		32
Lopuksi		33
Kirjallisuutta		34
Hoidon tarve potilaan näkökulmasta	<i>Jaana Hallamaa</i>	35
Minä tarvitsen hoitoa		35
Sinä tarvitset hoitoa		36
Hän tarvitsee hoitoa		36
Me tarvitsemme hoitoa		37
Te tarvitsette hoitoa		37
He tarvitsevat hoitoa		37
Terveyskeskuslääkäri hoidon tarpeen määrittelijänä	<i>Kari Eskola</i>	39
Voimavarojen merkitys hoidon tarpeen määrittämisessä ja hoitoon pääsyssä	<i>Timo Keistinen</i>	43

Voimavarat ja tarve eivät kohtaa	43
Voimavarojen kohdentaminen tärkeää	44
Terveysthuollossa tavoitteena oikeudenmukaisuus	44
ETENE:n jäsenet ja varajäsenet	46
ETENE-julkaisut	47

Kuka tai mikä määrittää tarpeen terveydenhuollossa

Tarpeella monta määritettä ja määrittäjää

Terveydenhuollossa kohtaavat potilas ja häntä hoitavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Potilas ohjautuu terveydenhuoltoon usein jonkin vaivan vuoksi, joka muuttaa hänen arkipäiväänsä niin merkittävästi, että tarvitsee siihen ulkopuolista apua. Osalla ihmisistä tarvitsee terveydenhuollon apua syntymästään saakka. Sairaus tai vamma laskee ihmisen toimintakykyä ja vaikeuttaa arkea. Tarpeen terveydenhuollon palveluihin voi aiheuttaa myös ulkopuolinen taho kuten työnantaja, joka edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön varmennusta sairastumiselle. Vakuutusyhtiöt edellyttävät joidenkin vakuutusten tai etujen saannille lääkärin lausunnon. Tutkimuksiin mennään myös ennaltaehkäisevästi, ikäkausi- tai työhöntulotarkastuksiin, seulontatutkimuksiin tai muihin vastaaviin. Lääkäriltä joskus halutaan vastausta irrationaaliseen pelkoon, selvennystä epämääräiseen ahdistukseen, lohdutusta murheeseen.

Yhteiskunnalla on tarve pitää kansalaisensa terveinä ja suorituskykyisinä mahdollisimman pitkään. Samaa toivovat työnantajat työntekijöilleen ja vakuutusyhtiöt asiakkailleen.

Mitä monimutkaisemmaksi yhteiskuntamme muuttuu, sitä monimutkaisempia ovat myös terveydenhuoltoon vaikuttavat tekijät. Lääketieteen kehitys, elintason nousu, samoin kuin monet muut tekijät ovat pidentäneet merkittävästi väestön elinikää viimeisen vuosisadan aikana. Väestön vanhetessa tarve terveydenhuollon palveluihin, lääkehoitoon sekä hoivapalveluihin, kasvaa. Moni toivoo elävänsä itsenäistä, hyvää ja monipuolista elämää mahdollisimman pitkään.

Toisaalta terveydenhuollon monet toimijat ja toiminnot aiheuttavat tarpeiden kasvua terveyssektorilla. Vaikka lääketieteen ja teknologian kehityksellä tuotetaan lääkkeitä ja laitteita vakaviin sairauksiin, lääkemarkkinoille kehitetään tuotteita sairauksien ehkäisyyn sekä myös aiemmin normaaleiksi katsottaviin ilmiöihin. Kokemus siitä kuinka lääke tai laite helpottaa arkea, on tällöin marginaalinen. Uusia palveluita markkinoitaessa luodaan tarpeita, toiveita ja mielikuvia siitä, miten jokin terveydenhuollon toimenpide voi muuttaa omaa elämää. Tarjonta luo myös tarpeita. Myös kaupallinen maailma luo illuusioita esimerkiksi kauniiden, hoikkien ja rypyttömien menestymisestä elämässään paremmin kuin hahmo, jonka tavallinen kansalainen näkee peilistään. Kun ihminen näkee toiveensa ja realiteettinsa välisen erotuksen, terveydenhuollosta odotetaan tämän kuilun täyttäjää. Mitä helpompaa on pääsy terveyspalveluihin, sitä enemmän niitä käytetään.

Kuka siis määrittää tarpeen terveydenhuollossa, kansalainen, käyttäjä, tuottaja, ostaja, maksaja vai asiantuntija? Mitä on terveys ja mitä sairaus, ja mitä mitataan? Onko kyseessä terveystarpeet vai hoidon tarpeet, millä tasolla tarpeita määritellään, yksilö-, yhteisö- vai väestötasolla, kuka määrittää, mikä on koettu tarve, onko tarve ammatillisesti arvioitu, ja onko se suhteellinen vai verrataanko sitä johonkin.

Miten erotetaan toisistaan tarpeet, toiveet ja haaveet? Objektiivinen ja subjektiiv-

nen, koettu ja ilmaistu tarve eroavat toisistaan. Objektivistista tarvetta on vaikea määritellä, vielä vähemmän mitata. Palvelujen kysyntä ei välttämättä korreloi tarpeisiin. Palveluiden käyttö ja markkinointi kertovat taas usein palveluiden tarjonnasta, ei välttämättä niiden tarpeesta. Tällaisilla terveydenhuollon markkinoilla tarvittaisiin sekä lahjomattomia toimijoita että valitsemiskykyisiä asiakkaita.

Koska terveydenhuollon rakentamisessa ja suunnittelussa keskeinen periaate on tarve ja sen mukaiset palvelut, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta halusi ottaa tarpeen määrittämisen keskustelunaiheekseen sisäisessä seminaarissaan keuhalla 2006. Tarvetta tarkasteltiin terveydenhuollon järjestäjien ja käyttäjien, viranomais-ten ja tutkijoiden silmin ottaen huomioon kansainväliset ja kulttuuriset näkökulmat.

Suomi ja muu maailma

Julian Tudor Hart väitti vuonna 1971 Lancetissa julkaistussa kirjoituksessaan ”Inverse Care Law”, että hyvän terveydenhuollon saatavuus on kääntäen verrannollinen väestön tarpeeseen. Tämä tuntuu pitävän yleisesti ottaen paikkaansa niin kansainvälisesti kuin kotimaassakin. Hyvin toimeentuleva väestönosa saa ja käyttää terveystalvueluita runsaasti ja monipuolisesti, köyhempi ja monin tavoin sairaampi väestönosa on monien terveystalvueluiden ulkopuolella. Tähän terveystalvueluiden ja terveyden epätasavertaisuuteen on kiinnitetty huomiota monella taholla, viimeksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmän OECD-raportissa (OECD Reviews of Health Systems – Finland. OECD 2005). Yksi merkittävä epätasavertaisuutta aiheuttava tekijä on hyvin kehittynyt työterveyshuolto, jonka palveluihin kuuluvat pääsevät sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon merkittävästi helpommin kuin työterveyshuollon ulkopuolella olevat. Toisaalta viimeisen viidentoista vuoden aikana lukuun ottamatta työterveyshuollon määrääkaistarkastuksia ennaltaehkäisevä terveydenhuollon on määrällisesti vähentynyt: neuvolan terveystarkastuksia on vähennetty, kouluterveydenhuollon voimavarat on vähentyneet merkittävästi. Terveydenhoitajien väestömäärät ovat usein huomattavasti suuremmat kuin suositellut. Samanaikaisesti eri väestöryhmien terveyserot ovat kasvaneet.

Terveydenhuollon tarpeiden määrittelijöitä

Terveydenhuollon järjestäjät: Suomessa kunnilla on lakisääteinen velvoite järjestää asukkailleen terveydenhuollon palveluita. Terveystalvueluiden tarve määritellään usein asukasluvun ja väestön ikärakenteen perusteella. Terveystalvueluiden tarjonta sekä sen kustannukset vaihtelevat merkittävästi eri kunnissa myös riippumatta väestön ikärakenteesta tai asukasluvusta. Kuntatalous määrittelee myös terveystalvueluiden määrää, samoin työvoiman tarjonta ja erityisesti työvoimapula. Köyhän syrjäseutukunnan terveystalvueluiden tarjonta on aivan toista kuin Ruuhka-Suomen suuren kaupungin. Pienissä kunnissa terveydenhuollon kustannusten vuosittainen vaihtelu on myös suurta johtuen sairastavuuden satunnaisuusvaihteluista sekä siksi kustannusten ennustamisen vaikeudesta.

Yksityinen sektori täydentää julkisen sektorin palveluita lähinnä työterveyshuollon mutta myös muita terveydenhuollon palveluita tarjoten. Voidaan ajatella, että monilla alueilla yksityinen sektori voi vähentää julkisen sektorin ruuhkia. Tämä ei näytä toteutuvan, vaan terveystalvueluiden käyttö näyttää olevan sitä suurempaa, mitä enemmän niitä on käytössä, Yksityisellä sektorilla terveydenhuollon palveluita tarjotaan jonkin verran myös terveille muilla kuin terveyssyillä (mm. esteettinen kirurgia).

Terveydenhuollossa tarjotaan sitä, mitä diagnostiikka ja hoitoteollisuus pystyy järjestämään, ei välttämättä sitä mitä tarvitaan. Terveydenhuollon tarjonta kasvaa koko ajan. Terveyspalvelut ovat usein tuottajakeskeisiä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt: Potilaan hoidon määrää lääkäri, samoin hänen toimenpiteensä määräävät sen, mitä hoitoa potilas saa. Lääkärin päätöksentekoon vaikuttavat paitsi oma kokemus ja koulutus, oman ammattikunnan verkosto ja konsultaatiomahdollisuudet myös mm. kansalliset ja alueelliset hoitosuositukset, sekä viime vuosina myös kansalliseen terveystyöprojektiin liittyvät hoitoon pääsyn kriteerit.

Terveydenhuollon ammattihenkilö voi toimia myös terveystyöpalveluiden tuottajana. Tällöin hänen näkemykseensä terveystyöpalveluiden tarpeesta vaikuttaa paitsi oma ammattitietäminen myös oma toimintaympäristö ja miten siinä tarjonta vastaa palvelun kysyntää.

Viranomaiset: Erilaiset valvontaviranomaiset tekevät varsin paljon maamme terveydenhuoltoa määritteleviä päätöksiä. Sairausvakuutusjärjestelmä määrittelee lääkkeille korvausryhmät, jotka vaikuttavat lääkkeiden käyttöön. Kanteluista syntyy ennakkopäätöksiä, joilla on merkitystä valtakunnallisesti. Valtakunnalliset päätökset mm. lääkkeiden hinnan korvattavuudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista, maksukatoista, erityiskorvauksista tai erilaisten tukien perusteista ja määrästä vaikuttavat myös terveystyöpalveluiden saatavuuteen ja jakautumiseen. Viime kädessä kansan valitsema eduskunta sekä valtioneuvosto päättävät terveydenhuoltoon käytettävien palveluiden määrästä ohjaamalla sinne suuntautuvia verovaroja. Monien sosiaalietuuksien ja myös kuntoutuksen korvauspäätöksiin tarvitaan lääkärintodistuksia.

Kansantalous: 90-luvulla nähtiin, että vaikka terveydenhuoltoon käytettävät rahat vähenivät, terveys ei huonontunut. Lääkkeiden kulutus jatkoi nousuaan, mutta terveydenhuollon kokonaiskustannukset laskivat merkittävästi. Vastoin ennako-odotuksia itsemurhien määrä pieneni, toisaalta alkoholin ja tupakan kulutus pieneni ja sen seurauksena myös niistä aiheutuvat sairaudet vähenivät. Laman väistyessä terveystyöpalveluiden tarve kasvoi tarjonnan lisääntymisen myötä. Kasvavat voimavarat otettiin tehokkaasti käyttöön. Ilmiö on tunnettu myös muualla.

Potilas itse: Potilas itse ilmaisee terveydenhuollon tarpeensa menemällä lääkäriin, terveystyökeskukseen tai yksityiselle palveluntarjoajalle. Syy hakeutumiselle terveystyöpalveluihin voi olla sairauden hoito, sen ennalta ehkäisyyn tarve tai pelko, tai tarve muutokseen terveydentilassa. Potilas voi tarvita todistusta työpaikalle, oppilaitokseen, tai vaikka ajokortin hankintaan. Joskus lääkäriä tarvitaan myös tilanteissa, joissa poissaolon syy ei ole oma terveys tai sairaus vaan lähiomaisen vakava sairaus tai kuolema. Lääkärintodistusta tarvitaan usein näiden selvittelyyn ja työstä poissaoloon. Potilaan kokemus on hänelle tosi. Ahdistus ja arkielämän vaikeudet näkyvät toisinaan oireina, joille ei löydy elimellistä syytä. Potilaalla on tarve saada helpotusta arkeensa, tavalla tai toisella. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi toimia olkapäänä, tai olla mukana järjestämässä kevennystä potilaille ylivoimaiseen arkeen. Syy kyvyttömyyteen tehdä arkityötä ei välttämättä ole sairaus.

Työnantaja: Työnantajalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää työterveydenhuolto yrityksessään. Tietyissä tilanteissa työntekijä voidaan velvoittaa terveystarkastukseen. Työnantaja vaikuttaa terveystyöpalveluiden käyttöön myös määräämällä esimerkiksi että ensimmäisestä sairauslomapäivästä lähtien sairaus on todettavalääkärintodistuksella. Tällöin potilas hakeutuu lääkärin vastaanotolle myös sellaisissa ohimenevissä ja itsestään parantuvissa sairauksissa, jotka muuten eivät tarvitsisi lääkärin hoitoa.

Terveys- ja muut palvelut markkinoitavina tuotteina: Terveyspalveluita myös markkinoidaan. Yksityiset palveluiden tarjoajat ovat yrityksiä, joiden tehtävä on tuottaa voittoa. Terveyspalveluiden markkinointia säätelee terveydenhuollon lainsäädäntö ja valvontaviranomaiset, ammattieettiset säännöt sekä myös ammattijärjestöjen omat toimielimet. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa valvoo terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Lääkkeiden markkinointi on tarkkaan säänneltyä ja valvottua. Markkinointia valvoo Lääkelaitos sekä lääketeollisuuden sisäinen Lääkemarkkinoinnin valvontakunta ja sen kaksi tarkastusvaliokuntaa. Muut terveyteen liittyvät palvelut ovat kuluttajansuojalain ja kuluttajaviranomaisten valvonnassa. Esimerkiksi luontaistuotteiden markkinointiin tai muiden kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaan ei ole erityissäännöksiä. Luontaistuotteiden markkinoiden arvioidaan ylittävän 800 miljoonaa markkaa. Suurin osa 15-74-vuotiaista käyttää tai on käyttänyt luontaistuotteita.

Kulttuuriset tekijät: Sairauden kokeminen on kulttuurinen ilmiö. Kulttuuriset tekijät vaikuttavat suhtautumiseen erilaisiin sairauksiin ja eri sairauksia sairastaviin potilaisiin. Suomalaiseen kulttuuriin on kuulunut yleisesti sairauksista vaikeneminen. Mielenterveyden häiriöitä on kulttuurissamme hävetty, samoin päihderiippuvuutta, ja näitä sairastavat potilaat on usein jätetty yksin tai eristetty. Mielenterveyden häiriöistä vaietaan myös monissa muissa kulttuureissa. Taudin kokeminen häpeäksi tai kunnialliseksi vaikuttaa kokemukseen sairaana tai sairastuneena ihmisenä ja yhteiskunnan jäsenenä. Kulttuuriset tekijät vaikuttavat myös eri sukupuolten sairastavuuteen. Naiset sairastavat tilastojen mukaan enemmän kuin miehet, mutta kuolevat myöhemmin. Hakeutuminen aiemmin terveydenhuoltoon sairauksien selvittelyyn ja hoitoon voi suojata naisia ennenaikaiselta kuolemalta. Ilmiö tunnetaan monissa maissa ja kulttuureissa.

Eettiset näkökohdat

Oikeudenmukaisuus: Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Hoidon määrää hoidon tarve ja potilaan terveydentila. Yhdenvertaisessa hoidon tarpeessa oleviin pitäisi suhtautua tasavertaisesti. Terveydenhuollon voimavarat vaihtelevat kuitenkin merkittävästi eri puolilla maataamme. Esimerkiksi Pelkosenniellä ja Tampereella asuvien suomalaisten mahdollisuudet hoitoon ovat aivan erilaiset. Toisaalta hoidon tarve ja kynnys lähteä hoitoon voi olla eri puolella Suomea asuvilla kansalaisilla erilainen. Millä lailla turvattaisiin kansalaisten yhdenvertainen pääsy hoitoon?

Kansallinen terveysprojekti ja yhtenäiset hoitoon pääsyn kriteerit ovat viime vuosina selventäneet kriteereitä, joilla potilas hoidettaisiin erikoissairaanhoidossa, ja milloin hoito toteutuisi perusterveydenhuollossa. Jatkossa lienee tarvetta lisätä yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoidon tarpeen määrittely on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi erityisesti edellä mainituilla mielenterveys- ja päihdesektorilla, joissa tarve ja avun tarjonta eivät usein kohtaa.

Itsemääräämisoikeus: Potilaalla on oikeus osallistua omaa hoitoansa koskevaan päätöksentekoon. Potilaalla on oikeus joko antaa suostumus hoitoon tai kieltäytyä tarjotusta hoidosta. Potilaan oma kertomus sairaudestaan ja kokemuksestaan on hänelle itselleen tosi, ja kertomukseen vaikuttavat hänen kasvuympäristönsä ja kulttuurinsa. Hakeutumiseen terveydenhuoltoon potilaalla on aina jokin tarve. Odotukset siitä, miten terveydenhuolto voi vaikuttaa potilaan elämän muuttumiseen voi olla epärealistiset. Yh-

teisyymmärrys potilaan ja häntä hoitavan terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa on tärkeää. Potilaalla on oikeus olla potilas terveydenhuollossa, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii hänelle ikään kuin peilinä. Potilaan mahdollisuus osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon toteutuu vain hänelle annettavan ymmärrettävän tiedon pohjalta. Terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat keskeisiä tämän tiedon jakamisessa.

Hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen: Terveydenhuollon tehtävä on terveyden edistäminen, sairauksien hoito ja kärsimysten lievittäminen. Terveydenhuollon hoitotoimenpiteiden tulee perustua siihen, että niistä koituva odotettava hyöty on suurempi kuin niistä arvioidut riskit ja niiden todennäköisyys. Siksi hoidon pitäisi perustua mahdollisimman paljon todennettuun tietoon hoidon vaikutuksista. Hakeutuminen hoitoon ja hoidon tarpeen määrittely on siksi olennainen osa terveydenhuollon päätöksentekoa.

Yhteenveto

Tarve on perusta terveydenhuollon palveluille. Terveydenhuollon tarvetta määrittävät ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Yhteiskunta valvoo ja pääsääntöisesti myös kustantaa terveydenhuollon toimintaa. Erilaiset säännökset vaikuttavat terveydenhuollon palveluiden tarpeeseen. Sekä julkinen että yksityinen terveydenhuolto määrittävät tarjonnallaan terveydenhuollon tarvetta ja kysyntää. Markkinointi voi vaikuttaa terveydenhuollon kysyntään. Viranomaiset säätelevät terveyspalveluiden määrää ja laatua monenlaisin säännöksin.

Terveydenhuoltoa ohjaavat pääsääntöisesti käytettävissä olevat voimavarat. Voimavaroihin vaikuttavat monet tekijät yhteiskunnallisesta kehityksestä päättäjien ja koko yhteiskunnan arvoihin. Potilas unohtuu helposti terveydenhuollon tarpeen ja tarjonnan määrittäjänä, vaikka potilaiden sairauksien hoito, niiden ennaltaehkäisy ja kärsimyksen lievittäminen kuuluvat terveydenhuollon perustehtäviin. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, ja hänen hakeutumisensa terveydenhuollon palveluihin määrittyy hänen hoidon tarpeidensa perusteella. Hakeutumiseen vaikuttavat myös hoidolle asetettavat odotukset ja toiveet. Niiden erottaminen toisistaan eri tilanteissa on vaikeaa, vaikka ei välttämättä mahdotonta. Pääsy tarpeen mukaiseen hoitoon vaihtelee eri puolilla Suomea ja erikoisaloittain.

Tarpeella on monta määrittäjää terveydenhuollossa. Kukaan näistä määrittäjistä ei yksin pysty arvioimaan tarvetta terveydenhuoltoon optimaalisesti. Tarvitaan monien osapuolten välistä avointa keskustelua terveydenhuollon mahdollisuuksista ja rajoista, yhteiskunnan ja yksilöiden tarpeista ja siitä, miten terveydenhuolto osaltaan voi vastata näihin tarpeisiin. Potilaan merkitys oman tilanteensa, tarpeensa ja toiveidensa määrittelyssä on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa.

Tarpeen määrittäminen terveydenhuollossa

ETENEn eräs tärkeä tehtävä on herättää keskustelua terveydenhuollon etiikan aiheista. Tämän seminaarin aihetta on omassakin keskuudessamme pidetty vaikeana, mutta se ei ole onneksi estänyt nostamasta sitä tämän päivän seminaarimme aiheeksi.

Kuka tai mikä määrittää tarpeen terveydenhuollossa? Kansalainen, käyttäjä, tuottaja, ostaja, maksaja, asiantuntija?

Mitä on terveys? Onko se Alma Atan kuuluisan määritelmän mukainen tila vai jokin muuta?

Mitä on terveyden puute? Mitä on sairaus? Ovatko riskitekijät sairauksia? Kiinnitämmekö me ”tarpeisiin” vastatessamme huomiota terveyshyötyyn ja hyvinvointiin vai tilastollisiin suoritteisiin?

Miten määritellään tarve terveydenhuollossa? Maslowin tarvehierarkian mukaisesti? Perustarpeista voitaneen sinänsä olla samaa mieltä siitä, mitä ne voisivat Maslowin asteikolla olla meidän olosuhteissamme. Mutta jo siitä, mihin mittaani asti ne on tyydytettävä, saatamme olla eri mieltä.

Miten erotetaan toisistaan tarpeet, toiveet ja haaveet on askarruttanut minua vuosikymmenet erilaisissa tehtävissä toimiessani ja eri näkökulmista terveydenhuollon toimintaa ja toimijoita arvioidessani.

Objektiivinen tarve, subjektiivinen tarve, koettu tarve, ilmaistu tarve eroavat toisistaan. Objektiivista tarvetta on vaikea määrittellä saati mitata. Koska palvelujen kysyntä on säätelemätöntä, vaatii palvelujen tarpeen arviointi tutkimuksellista otetta.

Suunniteltaessa terveystarpeita käytännössä tarpeen arviointi näyttää tapahtuvan toteutuneen palvelujen käytön tai ”markkinoinnin” perusteella. Käyttö ja ”markkinointi” taas kertovat palvelujen tarjonnasta, eivät välttämättä niitten tarpeesta.

Kun on seurannut viime vuosina toimintaa käytännön tasolla, on tullut mieleen, että markkinakuri ja markkinamoraali edellyttäisivät lahjomattomia toimijoita ja valitsemis- ja ehkä jopa vastustuskykyisiä asiakkaita.

Me olemme saaneet eturivin asiantuntijoita jälleen alustajiksi, mistä jokaiselle heistä lämpimät kiitokset. Olen vakuuttunut siitä, että päivästä tulee mielenkiintoinen. Valmista, lopullista vastausta tuskin saamme, mutta toivon, että tämä päivä edesauttaa keskustelua paitsi terveydenhuollon tarpeista myös demedikalisaation ja deprofessionalisaation tarpeesta.

Paula Kokkonen

ETENE:n puheenjohtaja

Tarpeista terveydenhuollossa: kansainvälisiä ja kotimaisia näkökulmia

Johdanto

Tarpeen käsite terveydenhuollossa on monimerkityksinen. Sitä määriteltäessä, tutkittaessa tai arvioitaessa on kysyttävä kenen tarvetta määritellään, kenen toimesta, ja mihin tarkoitukseen.

Tarve tai tarpeet voivat olla hyvin erilaisia eri näkökulmista.

Tämän esityksen pääpaino on terveystaloudellisesti tärkeässä kysymyksessä, onko hoidon saatavuus ja käyttö tarpeenmukaista. Lähestyn kysymystä kansainvälisten ja kotimaisten esimerkkien valossa. Aluksi on kuitenkin syytä jäsentää tarpeen käsitettä eri tasoilla ja eri näkökulmista.

Tarpeen määrittelyn rajauksista, tasoista ja näkökulmista

Mistä tarpeesta tai tarpeista puhumme? Laajimmillaan saatetaan puhua terveystarpeista, jolloin käsite sisältää terveyden edistämisen ja ylläpitämisen, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn, sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeet. Yleisemmin puhutaan suppeammin, tarpeenmukaisesta hoidosta ja sen saatavuudesta.

Toiseksi, millä tasolla tarpeesta ollaan kiinnostuneita, yksittäisen ihmisen, perheen, yhteisön, vai koko väestön tai väestöryhmän tasolla? Jokainen näistä tasoista voi olla perusteltu riippuen siitä, mihin pyritään. Terveydenhuollon klinisen työn näkökulmista yksilön ja perheen näkökulmat ovat keskeisiä. Kansanterveyden ja terveydenhuollon suunnittelussa lähestytään kysymystä väestö- ja väestöryhmittäin.

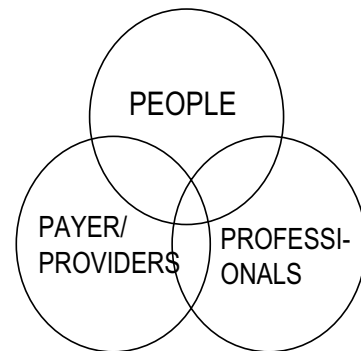
Kolmas kysymys kuuluu: kuka tarpeen määrittää: yksilö itse, terveydenhuollon ammattihenkilö vai kustannuksista vastaavat virkamiehet tai poliitikot, vai joku muu? Terveydenhuollon toimintaa tarkasteltaessa on yleensä syytä katsoa erityisesti kolme toimijaryhmää riippumatta siitä, millä tasolla liikutaan. Nämä kolme ryhmää ovat: yksilöt kansalaisina (kuntalaisina), potilaina tai asiakkaina ja veronmaksajina, jotka haluavat rahoillensa vastinetta; ammattihenkilöstö asiantuntijoina, joilla on ammatillinen ja eettinen vastuu toiminnastaan, sekä kustannuksista vastaava taho eli maksaja (yleensä kunta, vakuutuslaitos tai näitä edustava poliittis-hallinnollinen organisaatio). Jos eri tahojen arviot ovat lähellä toisiaan, tilanne on hyvä (kuva 1). Jos ne ovat keskenään ristiriitaisia (mahdollisuuksia on monia), syntyy yleisesti esiintyviä hankaluuksia ja jännitteitä (kuva 2).

Kuva 1: Terveydenhuollon tarpeita määrittävien osapuolten ideaalitalanne

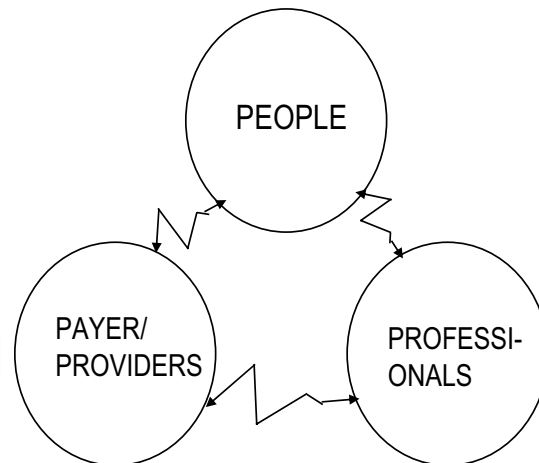
PEOPLE: potilaat, kansalaiset, kuntalaiset, veronmaksajat, äänestäjät

PROFESSIONALS: alan ammattihenkilöstö

PAYER/PROVIDERS: maksaja/järjestäjä, kunnat/valtio, vakuutus



Kuva 2: Terveydenhuollon tarpeita määrittävien osapuolten ristiriita/jännitetilanteita
PEOPLE: potilaat, kansalaiset, kuntalaiset, veronmaksajat, äänestäjät
PROFESSIONALS: alan ammattihenkilöstö
PAYER/PROVIDERS: maksaja/järjestäjä, kunnat/valtio, vakuutus



Neljäsikin kysymys on tarpeen herättää: puhummeko absoluuttisesta vai suhteellisesta tarpeesta?

Yksilön kohdalla tarve voi joskus olla absoluuttinen, esimerkiksi välitön hengenvielästä toimenpide. Yksilöiden hoidon tarpeen arvioinnissa on yleensä kyse suhteellisesta kiireellisyydestä (etusijajärjestyksestä tai priorisoinnista samaa terveysongelmaa kokevien välillä). Väestöryhmittäisessäkin tarkastelussa on joskus syytä paneutua paitsi ryhmien suhteellisiin myös absoluuttisiin eroihin ja niistä johtuviin tarpeisiin (Valkonen & Martikainen 2006).

Mihin erilaisia tarpeen määrittelyjä tarvitaan?

Monesti esiintyy vastakkainasettelua esimerkiksi koetun ("subjektiivisen", itsearvioitun) ja ammatillisesti arvioitun ("objektiivisen", normatiivisen, ulkopuoliseen arvioon pohjautuvan) tarpeen välillä. Molemmilla on käyttöä ja merkitystä, mutta eri tarkoituksiin. Eräät tutkijat suhtautuvat täysin kielteisesti itsearviointiin (esim. Culyer 1976), mutta laajentavat ulkoisen arvioinnin ammatillisesta poliittiseen päätöksentekoon asti.

Yksilötasolla koettu tarve on kuitenkin monin tavoin tärkeä suure. Koettu tarve tai terveysvajae virittää hoidon tarpeen ja hoitoon hakeutumisen riippumatta siitä, vastaako se lääketieteellisesti todennettua tarvetta. Näin ollen koettu terveys/terveysvajae on ratkaisevan tärkeää tutkittaessa esimerkiksi terveyspalvelujen käyttöä. Jos yksilö kokee itsensä sairaaksi, hän todennäköisesti hakeutuu hoitoon, vaikkei lääkäri hoidon tarvetta toteaisikaan. Vastaavasti hän ei hakeudu hoitoon, jos hän tuntee itsensä terveeksi sairaudesta huolimatta.

Koettu tarve ja koettu terveys ovat näin ollen olennaisia palvelujen käytön määrittäjiä. Niitä on useimmiten käytetty esimerkiksi keskeisissä kotimaisissa ja kansainvälisissä terveydenhuoltotutkimuksissa (Purola ym. 1971, Kohn ja White 1976, Kalimo ym. 1982, Doorslaer 2005).

Erityisen suuri merkitys koetulla tarpeella on perusterveydenhuollossa, jossa potilasaineisto on valikoimaton. Potilas kuvaa vaivansa ja tarpeensa lääkärille, tämä määrittelee käsityksensä potilaan tilasta (diagnoosi) ja hoidon tarpeesta ja ryhtyy sen mukaisiin toimiin. Erikoissairaanhoidossa toimitaan usein ammatillisesti tunnistetun tarpeen (diagnoosin) perusteella, lukuun ottamatta päivystyksen akuuttitilanteita.

Yksilön tai väestöryhmän tasolla koettu tarve on myös tärkeä siksi, että sillä on osoitettu ainakin tietyissä oloissa olevan jopa kliinisiä mittauksia parempi ennustearvo (Mossey 1982, Heikkinen 1985).

Tuore kansainvälinen esimerkki siitä, millä tavoin koettuun tarpeeseen perustuva palvelusten käytön vertailu voi olla terveyspoliittisesti merkittävä, on OECD:n vertailu

21 maan lääkäripalvelusten käytöstä tulotason mukaan (kuva 3). Kuvasta nähdään, että koetun hoidon tarpeen huomioon ottaen Suomessa palvelujen käyttö on selvästi hyvätuoloisia suosivaa (Dorslaer 2005).

Ammatillisesti arvioitu hoidon tarve perustuu ammattihenkilön (lääkäri tai hoitajan) kliiniseen tutkimukseen ja sitä mahdollisesti täydentäviin terveydentilan tai toimintakyvyn tutkimuksiin esimerkiksi laboratorion, kuvantamisen tai kliinisen fysiologian keinoin. Periaatteessa hoidon tarve on varsin yksiselitteisesti määritettävissä esimerkiksi selkeästi määritettävän sepelvaltimoahtautuman kohdalla. Vaikka tarpeen määrittely olisi yksiselitteinen, riippuu terveydenhuollon toimivuudesta, toteutuuko hoito tarpeenmukaisesti. Kuvan 4 Suomen esimerkki osoittaa, että asianmukaisen hoidon toteutuminen on kääntäen verrannollinen hoidon tarpeeseen.

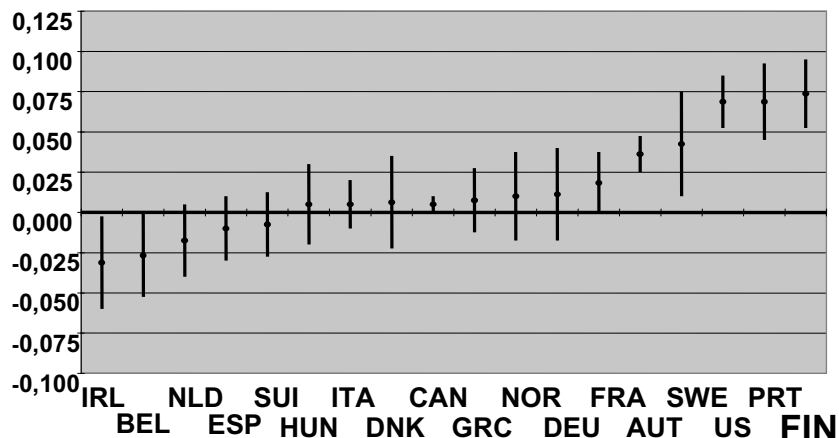
Kuvissa 3 ja 4 käytetyt esimerkit heijastavat yleistä periaatetta, jonka walesiläinen yleislääkäri Julian Tudor Hart (1971) kuvasi osuvalla ilmaisulla ”inverse care law”. Sen mukaan hoidon saatavuus on suurinta siellä, missä tarve on vähäisintä, ja päinvastoin. Tämä epäoikeudenmukainen kohtaanto on vakava eettinen ja terveystaloudellinen ongelma myös EU-maissa vielä 35 vuotta Hartin lain yleisen tiedostamisen jälkeen (SPC 2007).

Lääketieteellisesti arvioitu hoidon tarve on käytännön terveydenhuollossa luonnollisesti aivan keskeisessä asemassa. ”Lääketieteellisesti arvioitu” ei ole ollenkaan yksiselitteinen käsite. Tästä ovat esimerkkinä vaikkapa suuret aluevaihtelut ja erilaiset hoitokriteerit yleisten kansantautien hoitokäytännöissä, jotka olivat vallitsevia ennen hoitoon pääsyn turvaamista koskevaa lainsäädäntöä (2005).

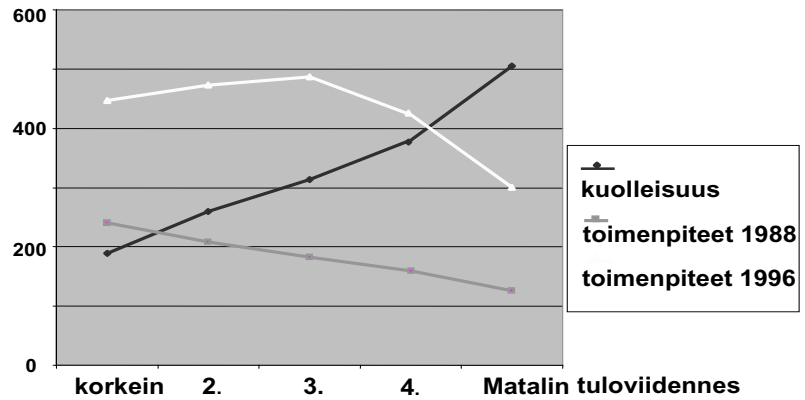
Perustuslakimme mukaan julkaisen vallan on turvattava jokaiselle, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, ja edistettävä väestön terveyttä. Tämä riittävyyden ja yhdenvertaisuuden vaatimus vaati toteutuakseen tarkempaa määrittelyä laissa ja ohjeissa. Kysymys on silloin ohjeellisesta normatiivisen tarpeen määrittelystä, joka toteutettiin mittavana asiantuntijatyönä hoitotakuun voimaantullessa (STM 2003). Yhtenäiset hoidon perusteet ovat nimenomaan kliinisen tarpeen määrittelyä, joka on aina tehtävä yksilöllisesti eikä kaavamaisesti.

Lääketieteellisesti arvioitua hoidon tarvetta on tutkittu Suomessa myös väestötutkimuksissa. Näistä merkittävimpiä ovat ns. Mini-Suomi-tutkimus (Aromaa ym. 1986) ja Terveys 2000 -tutkimus. Niissä on käytetty sekä koetun terveyden että kliinisesti arvioitun terveydentilan mittareita. Kun vielä tutkimukset on tehty noin 20 vuoden välein, on

Kuva 3: Horisontaalinen oikeudenmukaisuusindeksi 21 OECD-maassa (kaikki lääkärikäynnit).
Lähde: van Doorslaer et al., 2006



Kuva 4: Miesten kuolleisuus ja operatiiviset toimenpiteet vuosittain sepelvaltimotaudin vuoksi tuloluokittain vuosina 1988 ja 1996 (/100 000 miestä).
Lähde: Keskimäki I ym.



kyseessä kansainvälisestikin harvinaislaatuinen aineisto tarkastella eri tavoin mitattujen tarpeiden ja tarpeentyydytyksen suhteita, ja tehdä vertailuja myös ajassa.

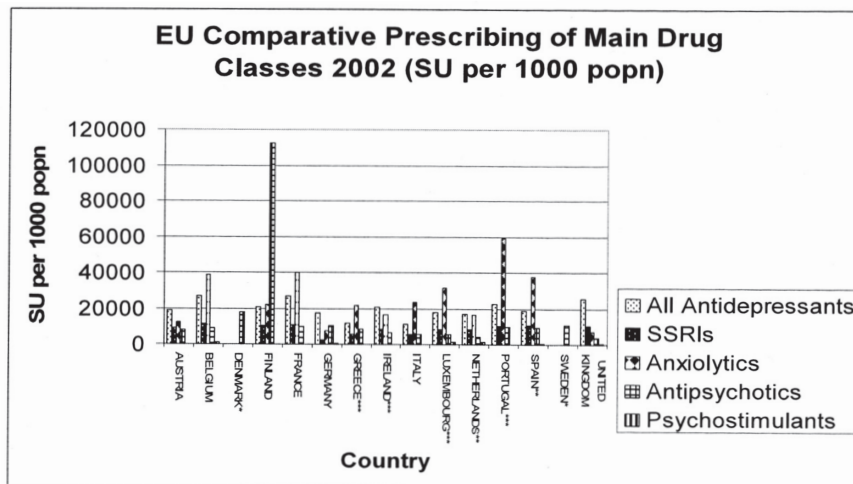
Suomesta on käytettävissä verraten tuoretta tutkimustietoa siitä, että merkittävien kansanterveysongelmien haasteisiin ei väestöryhmittäin tarkasteltuna vastata tarpeenmukaisesti vaan J.T. Hartin käänteislain tapaan. Dramaattisimpia on sepelvaltimotaudin hoidon tarpeen ja hoitotoimenpiteiden jakaantuminen 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla (Keskimäki ym. 2007, kuva 4).

Kansainvälisessä vertailussa eräs esimerkki siitä, että ”lääketieteellisesti arvioitu” hoidon tarve voi myös olla kovin harhaista, on antipsykoottisten lääkkeiden käyttö Suomessa. Vaikka vakavien mielenterveyshäiriöiden yleisyys Suomessa ei poikkea merkittävästi muista maista, on Suomen lääkkeenkäyttöprofiili aivan poikkeava. (Kuva 5, Rose 2006). Jokainen lääkemääräys on lääkärin määräämä eli periaatteessa tarve on lääketieteellisesti arvioitu. Käytännössä kyse on huonosta ja vakavasti vinoutuneesta hoitokäytännöstä, ilmeisesti etenkin vanhusten ylilääkityksestä.

Tarpeet, niihin vastaaminen ja oikeudenmukaisuus

Edellä on jo todettu, että ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä tapaa määritellä terveystarpeita. On olemassa joukko erilaisia lähestymistapoja erilaisiin tarkoituksiin. Sama koskee kysymystä siitä, onko tarpeisiin vastattu oikeudenmukaisesti.

Oikeudenmukaisuus (equity) on terveystaloudellisesti samaan tapaan moniselitteinen



Kuva 5: Lääkkeidenmääräyskäytännön eroja EU-maissa. Lähde: IMS Health third study.

käsite kuin tarvekin. On kuitenkin hyödyllistä tältäkin osin täsmentää, minkä ilmiön oikeudenmukaisesta jakautumisesta puhutaan. Puhutaanko terveyden jakautumisen oikeudenmukaisuudesta tai eriarvoisuudesta (equity in access to health), vai terveystalouden saatavuuden eroista suhteessa tarpeeseen (equity in access to health care)? Molemmat ovat tärkeitä, mutta hyvin erilaisia kysymyksiä. Terveyden jakautuminen oikeudenmukaisesti tarkoittaa kaikkien ihmisten terveystalouden maksimoimista, parasta mahdollista terveyttä kaikille. Tällöin puhutaan hyvin laajasti siitä, että terveyteen vaikuttavat historialliset, kulttuuriset ja sosioekonomiset tekijät. Terveystalouden oikeudenmukainen jakautuminen tai saatavuus on rajatumpi käsite, ja tarkoittaa saatavuutta suhteessa tarpeeseen.

Ensimmäinen käsite on avainasemassa silloin, kun on kyse terveyden edistämisestä ja sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, jolloin puhutaan terveydestä ja sen tasaisesta jakautumisesta yhteiskuntapoliittisena tavoitteena. Jälkimmäinen taas on olennainen puhuttaessa terveydenhuollon toimivuudesta, kattavuudesta ja yhdenvertaisesta tai oikeudenmukaisesta hoitoon pääsystä.

Tässä esityksessä pääosa esimerkeistä koskee terveystaloutta. Hyvä muistutus siitä, miten molemmat edellä mainitut lähestymistavat ovat tärkeitä, on saatavilla alan johtavien tutkijoiden erilaisista näkemyksistä sen suhteen, mitä tarkoitetaan tai tulisi tarkoittaa puhuttaessa oikeudenmukaisuudesta ja terveydestä. Filosofin Norman Danielsin kuvaus kirjassaan ”Just Health Care” (1985) oikeudenmukaisuuden vaatimuksen ytimen siinä, että samojen olosuhteiden tai tarpeiden vallitessa yksilöillä on samat mahdollisuudet hoitoon. Terveystaloustieteilijä Alan Williams (2005) puolestaan katsoo, että Danielsin raja on aivan liian kapea: koska tavoitteena on paras mahdollinen terveys ihmisen elämänsä aikana, tulisi oikeudenmukaisuuden arvioinnissa asettaa etusijalle laatuvaatimusten elinvuosien määrä ja jakautuminen väestössä.

Lopuksi

Vaikka tässä katsauksessa on jouduttu moneen kertaan toteamaan käsitteiden ja periaatteiden vaikeudet, on kuitenkin hyvä lopuksi muistuttaa siitä, että verraten suuri yhteisymmärrys on ainakin eurooppalaisessa keskustelussa löytynyt siitä niistä arvoista ja periaatteista, joilla terveystaloutta keskustelua käydään.

EU-maiden terveysministerit hyväksyivät ministerineuvostossa toukokuussa 2006 julistuksen siitä, minkälaisen arvojen ja periaatteiden tulisi ohjata terveydenhuollon kehitystä tulevaisuudessa. Lausumaa on luettava tietoisena siitä, että Euroopan parlamentti oli juuri jättänyt terveystaloutta puhtaasti sisämarkkinahenkisen palveludirektiivin ulkopuolelle, koska terveystaloutta erityisluonteen katsottiin sitä vaativan. Ministereiden mukaan ”universaalisuus, laadukkaan hoidon saatavuus, oikeudenmukaisuus ja solidaarisuus ...muodostavat (terveysjärjestelmien) arvoperustan, joka on yhteinen ympäri Eurooppaa” (Council of EU Ministers 2006). Tällöin on selvästikin puhe tarpeenmukaisesta ja oikeudenmukaisesta hoitoon pääsystä palveluihin, jotka on rahoitettu tarpeiden eikä yksilöiden/kotitalouksien maksukykyyn mukaan.

Laajennettaessa näkökulmaa palveluista terveyteen on merkillepantavaa, että avoimen koordinaation perusteella käytävässä terveyttä ja terveydenhuoltoa käsittelevässä keskustelussa sosiaalisen suojelun ja talouspolitiikan näkökulmista on tuoreesti nostettu esille myös terveyden ja terveystaloutta epäoikeudenmukainen jakautuminen (SPC 2007): ”erot taloudellisessa kasvussa, tuloerot, köyhyys, työttömyys, stressi, työ- ja

asuinolot ovat tärkeimpiä terveyserojen yhteiskunnallisia determinantteja. Terveyskäyttäytyminen kuten tupakointi, ravitsemus ja liikunta samoin kuin terveyspalvelujen saatavuus voivat myös selittää terveyseroja. Terveysjärjestelmillä on ollut merkittävä osuus EU-maiden terveydentilan paranemisessa erityisesti estettävissä olevissa kuolemansyissä. Hoitoon pääsy ei kuitenkaan toteudu oikeudenmukaisesti eri sosiaaliryhmien välillä kun sitä tarkastellaan tarpeenmukaisesti, mikä lisää terveyden eriarvoisuutta”.

Voimme siis todeta, että olemme vielä kaukana siitä, että terveys- ja palvelutarpeisiin vastattaisiin oikeudenmukaisesti ja tarpeenmukaisesti – niin Suomessa kuin Euroopassakin. Haasteet on tiedostettu kotimaassa ja myös kansainvälisesti. Yhteinen ymmärrys arvo- ja periaatetasolla on välttämätön mutta ei riittävä edellytys tarttua käytännössä epäkohtiin yhteiskunta- ja terveystaloudellisin keinoin. Aika on siihen kypsä (Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007, WHO Commission of Social Determinants of Health (forthcoming, 2007)

Viitteet

- Aromaa A, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen, A, Rinne S.: Autoklinikka. Kansanterveyslaitos ja KELA, Helsinki 2006.
- Council of Ministers of Health of The European Union. Statement of Common Values and Principles. June 2, 2006.
- Culyer AJ: Need and the National Health Service – economics and social choice. University of York, 1976, pp. 13-15.
- Daniels N: Just Health Care. Cambridge University Press, 1985.
- van Doorslaer E, Masseria C, the OECD Health Equity Research Group Members: Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD Health Working Papers No 14. OECD, Paris 2004.
- Hart JT: The inverse care law. *Lancet* 1971; I 405-12.
- Heikkinen E: Vanhusten terveydenhuolto. *Duodecim* 101:2341-2350, 1985.
- Kalimo E, Nyman K, Klaukka T, Tuomikoski H, Savolainen E: Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964-1976. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Helsinki 1982.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi; Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. STM Työryhmämuistioita 2003:33
- Keskimäki I: How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socioeconomic equity in the use of hospital care? *Social Science and Medicine* 56:1517- 1530, 2003.
- Kohn R, White K (eds.): Health Care: an international study. Oxford University Press, London 1976.
- Mossey JM, Shapiro E: Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am.J. Public Health* 72: 800-808, 1982.
- Purola T, Nyman K, Kalimo E, Sievers K: Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja sarja A:7. Helsinki 1971.
- Rose N: Psychopharmaceuticals in Europe. Kirjassa: Mental Health Policy and Practice across Europe. Eds: Knapp M, McDard D, Mossialos E, Thormcroft G: European Observatory on Health Systems and Policies Series. OUP 2006.
- SPC. European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Inequalities in health outcomes and access to care. Discussion paper for the Social Protection

Committee, April 2007.

Valkonen T, Martikainen P: Trends in Life Expectancy by Level of Education and Occupational Social Class in Finland 1981-2000. Yearbook of Population Research in Finland. Helsinki 2006.

Williams A: The pervasive role of ideology in the optimization of the public-private mix in public healthcare systems. Kirjassa: The Public-Private Mix for Health. Ed. Alan Maynard. The Nuffield Trust 2005, pp. 7-M.

Kimmo Leppo
osastopäällikkö
sosiaali- ja terveysministeriö, terveysosasto

Hoidon tarve lääketieteessä

Hoidon tarve on yksi terveydenhuollon keskeisimmistä käsitteistä. Hoidon tarpeen määrittely lääkinnässä on osoittautunut ongelmalliseksi. Potilailla ja terveydenhuollon ammattilaisilla on hoidon tarpeesta usein täysin erilainen käsitys. Tarpeen käsitteeseen liittyvät oleellisesti myös kysyntä, halu, toive ja odotus. Kaikki edellä mainitut käsitteet on lääkinnässä syytä erottaa tarpeesta. Terveydenhuollon ensisijaisena tehtävänä on tarjota palveluja tarpeen perusteella, ei kysynnän, halujen, toiveiden tai odotusten perusteella (Ryynänen ym. 2006). Missään tapauksessa hoitoja ei saa antaa pelkästään siksi, että potilaat vaativat niitä.

Perinteisesti sairastunut henkilö tai hänen läheisensä on ilmaissut hoidon tarpeen määrittelemällä itse itsensä potilaaksi hakeutumalla hoitoon. Puhdasta lääketieteellistä hoidon tarvetta ei ole olemassa. Lääkintäpalvelujen käyttöä säätelee pitkälle palvelujen tarjonta. Terveydenhuollossakin on voimassa Parkinsonin laki: tarjolla oleva kapasiteetti käytetään yleensä kokonaan. Mitä enemmän terveydenhuollossa on käytettävissä resursseja, sitä irrationalisemmaksi järjestelmä muotoutuu.

Hoidon tarve on abstrakti käsite. Se luiskahtaa käsistä heti, kun sen on saamaisiltaan kiinni. Hoidolle on tarve, jos sairaalla henkilöllä on mahdollisuus olennaisesti hyötyä hoidosta (Ryynänen ja Myllykangas 2000). Olennainen hyöty tarkoittaa kaikkea muuta kuin marginaalista hyötyä. Potilaille on annettava kaikki tarvittava hoito. Eli potilaille on annettava kaikki hoidosta saatava olennainen hyöty.

Hoidon tarve voidaan määritellä seuraavasti (Ryynänen ja Myllykangas 2000): hoidolle on tarve, jos potilaalla on kohtuullinen mahdollisuus hyötyä kohtuullisesti hoidosta. Mutta mitä tarkoittaa kohtuullinen? Vastaus ei ole lääketieteellinen vaan poliittinen. Ainakaan hyvin marginaalinen hoidon vaikuttavuus ei täytä kohtuullisuuden vaatimusta.

Hoidon tarve ja kysyntä (odotus) on määritelty myös näin: kun potilas haluaa parempaa terveyttä, hän ilmaisee toiveensa terveyspalvelujen kysyntänä. Tarve taas on lääketieteen ammattilaisen määrittelemä kysyntä tilanteessa, jossa perustellusti todetaan lääketieteellisen hoidon tarve (Cooper 1975). Tarve voidaan määritellä myös seuraavasti: lääketieteellisen hoidon tarve ilmenee, kun on olemassa vaikuttava ja hyväksyttävä hoito. Kysyntää puolestaan on se, kun potilas toteaa hoidon tarpeen ja haluaa saada hoitoa (Matthew 1971).

Lääketieteellinen hoidon tarve on määritelty niinkin, että jos tarpeeseen vastataan, terveys ja elämänlaatu lisääntyvät, eikä tälle toiveelle ole periaatteessa mitään rajaa (Ryynänen ym. 2006). Lind ja Wiseman (1972) lisäävät tarvekeskusteluun vielä yhden, suhteellisuutta korostavan ulottuvuuden. Tarvetta määrittävät kulttuuriset, taloudelliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä saatavilla olevat hoidot. Terveystarpeita voidaan siis luoda loputtomasti lääketieteen kehittyessä yhä monimuotoisemmaksi.

Uusi lääketieteellinen teknologia mahdollistaa tehdä yhä enemmän ja enemmän. Elämän ja kuoleman, kivun ja kärsimyksen kysymyksissä hoidon tarve on ääretön suure. Kun enemmän koetaan mahdolliseksi, enemmän katsotaan myös tarpeelliseksi.

Potilaat ja usein terveydenhuollon ammattilaisetkin ovat tietämättömiä hoitojen todellisista hyödyistä (usein kuviteltuja pienemmät) ja haitoista (usein kuviteltuja suuremmat). Jos he tietäisivät niistä, he olisivat paljon pidättyväisempiä hoitojen suhteen (Deyo ja Patrick 2005).

Hoidon tarve on keskeisellä sijalla niin sanotussa hoitotakuussa. Sen keskeisenä tavoitteena on, että kaikki Suomessa asuvat henkilöt saavat terveydentilansa edellyttämät palvelut kohtuajassa. Hoitotakuussa oleellista on myös se, että etsitään optimaalista ratkaisua siihen, miten ja missä potilasta on järkevintä hoitaa. Potilaan hoidon tarve on arvioitava kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta perusterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen voi arvioida muukin terveydenhuollon ammattilainen kuin lääkäri, esimerkiksi sairaanhoitaja.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarve on arvioitava kolmessa viikossa joko lähetteen perusteella tai potilas kutsutaan poliklinikalle. Jos lääkäri toteaa tutkimuksen perusteella, että potilas tarvitsee hoitoa sairaalassa, hoito on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa.

Hoitotakuussa hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään hyväksi pisteytysjärjestelmää. Merkittävä osa ei-kiireellisistä hoidoista on pisteytetty. Hoito edellyttää tietyn pistemäärän saavuttamista. Pisteet ovat ohjeellisia suosituksia, eivät juridisesti sitovia, subjektiivisia oikeuksia. Lääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta. Suositusten ohella lääkäri ottaa hoitopäätöstä tehdessään aina huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen ja päättää hoidosta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Yksittäinen lääkäri voi hoidon aiheutta asettaessaan perustellusta syystä myös poiketa ohjeista.

Pisteytyksen tavoitteena on sekä tasata hoitojen toteutumisen eroja että estää siirtyminen hoitamaan yhä terveempiä potilaita. Lääkinnässä on koko ajan siirretty indikaattorajoja yhä terveempiin ihmisiin. Koska vähemmän sairaita on huomattavasti enemmän kuin vaikeasti sairaita, kasvattaa pienikin indikaattorajojen muutos hoidettavien potilaiden määrää rajusti.

Hoidon tarve ja hoito eivät koskaan kohta täydellisesti. Toisaalta aina on ihmisiä, jotka eivät jostain syystä saa hoitoja, joista he kiistatta hyötyisivät. Toisaalta monia ihmisiä hoidetaan, vaikka heillä ei ole hoidon tarvetta.

Entistä tärkeämpää on pohtia sitä, miten vaikuttavaa hoidon on oltava, jotta sen saamista voidaan pitää oikeutena ja miten paljon hoidon vaikuttavuudesta on oltava näyttöä. Tulevaisuudessa hoitoja on yhä enemmän arvioitava myös taloudellisuuden kannalta, millä kustannuksilla hoitotulos saavutetaan. Hoidon tarve on keskeinen terveydenhuollon priorisointiin liittyvä käsite.

Kirjallisuus

Cooper MH. Rationing Health Care. Croom Helm, London 1975

Deyo R, Patrick D. Hope or Hype. The Obsession with Medical Advances and the High Cost of False Promises. American Management Association. AMACOM Book. New York 2005

Lind G, Wiseman C. Setting Health Priorities. A Review of Concepts and Approaches. Journal of Social Policy 1972;7(4):411-440

Matthew 1971, viitattu Maynard Alan & Bloor Karen. 1995. Help or Hindrance? The Role of

Economics in Rationing Health Care. British Medical Bulletin 1995:51(4):854-868

Ryynänen O-P, Kukkonen J, Myllykangas M, Lammintakanen J, Kinnunen J. Priorisointi terveydenhuollossa. Kuka maksaa, mitä maksaa. Talentum, Helsinki 2006

Ryynänen O-P, Myllykangas M. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Juva 2000.

Markku Myllykangas

Dosentti

Kuopion yliopisto

kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos

Miten väestömuuttujilla voisi arvioida terveyspalveluiden suhteellista tarvetta?

Terveydenhuollon kysyntää ei voida hallita missään pelkillä taloudellisilla lisäpanostuksilla. Uusien hoitomahdollisuuksien lisääntyessä strategiset valinnat eri terveyspalveluiden käytöstä tai käyttämättä jättämisestä tulevat tärkeämmiksi kuin valinnat siitä, miten ja kenen toimesta palveluita pitää antaa. Kaikissa kansakunnissa löytyy enemmän tarjontaa terveyspalveluista kuin on mahdollista rahoittaa. Väestössä terveyspalveluiden tarve on aina suhteellista; eri kulttuurien ja maiden välillä on suuria eroja. Suomessa terveyspalveluiden tarpeen ja käytön vaihtelu näkyy myös maan sisällä. OECD:n viimeinen Suomen terveydenhuoltoa koskeva raportti suosittaa tutkimaan tarvevakioidun terveyspalveluiden vaihtelua eri kunnissa.

Suhteellisen tarpeen voimme määritellä seuraavasti. Voimme tarkastella kahta sairastavuuden suhteen identtisestä väestöstä A ja B. Jos A käyttää terveyspalveluita enemmän kuin B, voidaan väittää, että suhteellista tarvetta on enemmän väestössä B. Tällöin ei oteta lainkaan kantaa siihen, onko palveluilla tarvetta muista näkökohdista lähtien.

Yksittäiselle potilaalle tämä ajatus terveyspalvelun tarpeen suhteellisuudesta on vaikea; hoidon tarve on tässä ja nyt, eikä sitä ole helppo suhteuttaa toisten potilaiden tarpeisiin. Terveyspalvelujen tarvetta voidaan kuitenkin kysyä toisin päin: vastaavatko jonkun potilaan saamat terveyspalvelut siinä ympäristössä vallitsevaa hoidon standardia. Tähän absoluuttiseen terveyspalveluiden tarpeen arvioon päästään tutkimalla väestöä kysely- ja terveystutkimuksilla ja selvittämällä esim. toteutuvatko nykyisen käyvän hoidon kriteerit.

Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimuksen (TERTTU) ohjelmaan kuuluva DONAU-tutkimus pyrkii kehittämään mittarin erikoissairaanhoidon tarpeen mittaamiseksi hankkimalla tietoa sekä väestön suhteellisesta että absoluuttisesta hoidon tarpeesta. DONAU on lyhennelmä sanoista ”Do need for and use of hospital care meet” eli kohtaavatko erikoissairaanhoidon tarve ja käyttö. Tutkimus perustuu väestötutkimukseen valituissa kohdesairauksissa, samasta väestöstä tuotettuihin väestömuuttujiin ja niiden yhdistämiseen. Väestötutkimusosa sisältää sekä kysely- että terveystarkastusosan ja siinä hyödynnetään Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 –tutkimuksen menetelmiä. Käytetyt menetelmät ja tutkimusympäristöt on koestettu kahdessa pilottitutkimuksessa vuosina 2005 ja 2006. Kyselyosio suunnataan varsinaisessa tutkimuksessa vuonna 2007 Kanta-Hämeessä 10 000 asukkaan otokselle ja terveystarkastuksiin kutsutaan 800–1000 henkilöä. Puolella kutsuttavista henkilöistä on jokin tutkittavista sairauksista (astma, sepevaltimotauti, depressio, polven tai lonkan nivelrikko) ja puolet on ko. sairauden suhteen terveitä verrokkeja. Tutkimuksessa muodostuu yhden sairaanhoitopiirin väestöstä käsitys, millä absoluuttisen hoidontarpeen tasolla havaittu käyttö on suhteessa muihin sairaanhoitopiireihin.

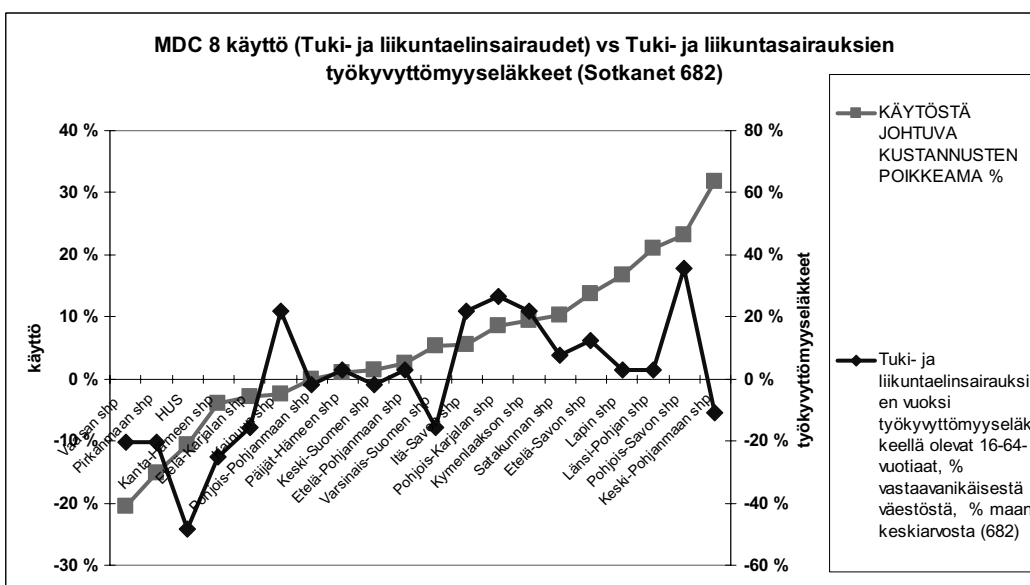
Tätä DONAU-väestötutkimusta valmistellessa on syntynyt ajatus tuottaa sairaanhoitopiireille jo nyt olemassa olevien väestömuuttujien ja erikoissairaanhoidon käytön yhdistelmätaulukkoita, ”DONAU-kortteja”. Emme tiedä sairaanhoitopiirin tasolla hoidon absoluuttista tarvetta, mutta voimme tarkastella käytön ja eri sairastavuutta kuvaavien

muuttujien riippuvuuksia sairaanhoitopiirien välillä.

Erikoissairaanhoidon käytön rekisteröinnissä Suomella on mittava historia hoitoilmoitusten kirjaamisesta aina 1970-luvulta lähtien. Hoitoilmoitusaineiston hyödyntämistä on merkittävästi edistänyt pian kymmenen vuotta täyttävä Stakesin Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus ("benchmarking" -projekti), jossa tällä hetkellä ovat mukana maan kaikki sairaanhoitopiirit. Sairanhoitopiirien alueen erikoissairaanhoidon käytön kuvaamiseen on hyödynnetty Stakesin Sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuus-tietokantaa ja siitä ns. alueellista episoditietokantaa. Tässä tietokannassa somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö on luokiteltu kunkin sairaanhoitopiirin asukkaan kotikunnan mukaan riippumatta siitä, missä mahdollisesti muussa sairaanhoitopiirissä palvelut on tuotettu. Tiedot on saatavilla kaikista sairaanhoitopiireistä lukuun ottamatta Ahvenanmaata sekä ei-julkisista tuottajista myös Invalidisäätiön sairaala Ortonista ja Reumasäätiön sairaalasta. Hankkeessa on kehitetty menettely erikoissairaanhoidon hoitajaksojen ja avohoitokäyntien yhdistämiseksi episodeiksi, joita näin voitiin tarkastella vertailukelpoisesti eri sairaanhoitopiirien välillä.

DONAU-korteissa on kuvattu samanaikaisesti erikoissairaanhoidon käyttö eri sairausryhmissä tai diagnooseissa yhdessä vastaavan tautiryhmän sairastavuutta kuvaavien muuttujien kanssa. Näitä muuttujia on erilaisia riippuen siitä, mitä sairausprosessin vaihetta ne kuvaavat. Joitakin väestötutkimusten muuttujia on esim. saatavana KTL:n Aikuisväestön terveystutkimuksen ja terveystutkimuksesta. Kelan tilastoimat lääkekorvaukset, sairauslomien ja sairauseläkkeiden saaminen kuvaavat sairastavuutta kuvaavia muuttujia, mutta ne kuvaavat jo asukkaan hakeutumista palvelujärjestelmään. Lopulta on saatavana tietoja sairauden aiheuttamista komplikaatioista tai Tilastokeskuksen diagnosoitavista ikävaikoiduista kuolleisuuksista. Näiden sairastavuuden "korvikemuuttujien" ja toteutuneen erikoissairaanhoidon käytön yhdistelmästä syntyvät kysymykset, onko sairaanhoitopiirin asukkaiden saamien palveluiden kirjo oikeassa suhteessa väestön arvioituun sairastavuuteen.

Esimerkki DONAU-kortin luonnoksessa on seuraavassa. Siinä vuoden 2004 tuki- ja liikuntaelinten sairauksien takia erikoissairaanhoidossa olleiden potilaiden hoitosuoritteet tehtiin yhteismitallisiksi kustannustason vaihtelusta huolimatta. Kuvan mukaan tämä ikä- ja sukupuolivakioitu käyttö vaihtelee sairaanhoitopiirien välillä -20 % ja + 30 % välillä maan keskiarvosta. Sairastavuuden mittarina käytettiin tuki- ja liikuntaelinsairauksien



sien takia työkyvyttömyyseläkkeellä olevien 16-64 vuotiaiden osuutta vastaavanikäisestä väestöstä prosenttina maan keskiarvosta. Kuvasta näkyy, että suhteellista tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidontarvetta on sairaanhoitopiireissä vaihtelevasti eri määriä.

DONAU-kortteja on valmistettu suurimmissa sairausryhmissä, muutamissa diagnosoisryhmissä sekä osaksi myös mielenterveyspalveluissa. DONAU-korttien ideaa on esitelty kaikkien sairaanhoitopiirien johdolle talvella 2006. Ensimmäiset DONAU-kortit tuotetaan 13 sairaanhoitopiirin rahoittamana. Kortit julkaisee Stakes ja ne valmistuvat syyskuun lopussa 2006.

Vuonna 2004 erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioitu käyttö vaihteli maassamme eri sairaanhoitopiirien välillä noin 27 %. Tämä vaihtelu on lähes kaksinkertainen verrattuna eri sairaanhoitopiirien tuottavuudesta aiheutuviin eroihin. Suhteellisen hoidontarpeen eroja osaltaan selittävät perusterveydenhuollon erilaiset porrastusratkaisut ja laitoshoidon kirjauserot. Näyttää siltä, että nyt saatavista mittareista pääteltävissä olevat sairastavuuden erot eivät selitä jäljellä olevaa vaihtelua.

Olemassa olevien erikoissairaanhoidon käytön ja sairastavuutta kuvaavien muuttajien vertailu avaa uuden näkökulman terveydenhuollon resurssien suunnitteluun. Maassa esiintyy alueittaista, kohdin huomattavaa, erikoissairaanhoidon käytön vaihtelua, jota ei voida selittää kaikilta osin hoidon porrastuksen tai sairastavuuden vaihteluilla. Kortit on tarkoitettu erikoissairaanhoidon resurssisuunnittelun apuvälineiksi siinä vaikeassa prosessissa, jossa kaikkien terveyspalveluiden lisääminen on periaatteessa hyvää ja kannatettavaa, mutta rajallisissa voimavaroissa väärät valinnat voivat vaarantaa kaikkein kipeimmin hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon pääsyn.

*Olli-Pekka Lehtonen, LKT, dosentti
toimitusjohtaja*

*Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKSLAB
DONAU-tutkimushanke, KTL ja Stakes*

Lääkekorvausjärjestelmä ja hoidon tarve

Lääkekorvausjärjestelmässä lääkkeitä luokitellaan eri korvausluokkiin tarpeellisuuden, hoidollisen arvon, sairauden vaikeuden ja taloudellisuuden perusteella. Korvattavuudella ja sen suuruudella voi olla merkittävä vaikutus hoidon saatavuuteen, sillä yhä useammat lääkkeet ovat varsin kalliita. Jos potilas käyttää useita lääkkeitä yhtä aikaa, voi lääkkeiden kokonaiskustannukset nousta kohtuuttoman korkeiksi. Kun kalenterivuoden aikana lääkkeiden omavastuuosuus on noussut yli 610 euron, potilaan oma kustannus korvattavista lääkkeistä sen jälkeen 1,50 euroa (2006). Jo pitkään jatkunut lääkekustannusten muita terveydenhuollon kustannuksia nopeampi kasvu lisännee painetta tulevaisuudessa yhä tarkempaan harkintaan päätettäessä korvattavuuksista.

Sairausvakuutuslaki ja lääkehoidon tarve

Lääkekorvausjärjestelmästä säädetään Sairausvakuutuslaissa, jossa määritellään eri korvausluokat se, miten lääkkeet sisällytetään eri korvausluokkiin (Sairausvakuutuslain 5. ja 6. luku). Lääkkeen tarpeellisuus on ainakin implisiittisesti merkittävin seikka hoidon taloudellisuuden rinnalla päätöksiä tehtäessä erityisesti silloin, kun hoidon tarpeen käsitteeseen sisällytetään sairauden vaikeuden ohella myös potilaan mahdollisuus hyötyä hoidosta.

Käytännössä lääkkeen tarvetta arvioidaan päätettäessä lääkkeiden perus- tai erityiskorvattavuudesta ja mahdollisista korvattavuuden rajaamisista. Päätöksenteossa joudutaan arvioimaan tarvetta eri sairauksien ja saman sairauden eri hoitomuotojen välillä.

Sairausvakuutuslaissa määritellään erilaiset kriteerit eri korvausluokille. Vuoden 2006 alusta tuli voimaan sairauslain muutos, jolla on merkittävä periaatteellinen vaikutus peruskorvattavuudesta päättämiseen. Uuden lain mukaan osa lääkkeistä asetetaan eksplisiittisesti kokonaan korvausjärjestelmän ulkopuolelle (ns. 0-ryhmä). Aiemmin lääkkeiden rajaaminen kokonaan korvattavuuden ulkopuolelle tapahtui pelkästään kohtuuttoman korkean hinnan perusteella tai mikäli lääkettä ei käytetty sairauden hoitoon. Uuden lain mukaan lääke voidaan jättää korvausjärjestelmän ulkopuolelle myös silloin, kun lääkevalmistetta käytetään tilapäisen tai oireiltaan lievän sairauden hoitoon tai mikäli lääkevalmisteen hoidollinen arvo on vähäinen. Näiden kriteerien voidaan katsoa suoraan viittaavan lääkehoidon tarpeeseen.

Rajatusti peruskorvattavalla lääkkeellä tulee lain mukaan olla merkittävää hoidollista arvoa tietyissä sairaustiloissa. Tähän ryhmään on käytännössä valikoitunut lääkkeitä, jotka ovat jollekin tietylle potilasryhmälle erityisen tarpeellisia, mutta laajemmassa käytössä kustannukset olisivat suuremmat kuin hyödyt (esimerkiksi erektiohäiriöiden ja lihavuuden hoidossa käytettävät lääkkeet). Tämä korvausluokka on ollut olemassa vasta vuodesta 1999 lähtien.

Erytyiskorvattavan lääkkeen on oltava lain mukaan välttämätön. Korvattavuudesta päätettäessä otetaan tämän lisäksi huomioon sairauden laatu, lääkevalmisteen tarpeellisuus ja taloudellisuus, käytössä ja tutkimuksissa osoitettu lääkevalmisteen hoidollinen arvo sekä lääkkeiden erityiskorvauksiin käytettävissä olevat varat.

Miten lääkeshoidon tarvetta käytännössä arvioidaan?

Lääkeshoidon tarpeen, niin kuin muutkin lain vaatimat seikat, arvioi viime kädessä Lääkeshoidon hintalautakunta päättäessään lääkeshoidon sisällyttämisestä korvausluokkiin. Päätökset perustuvat pääosin lääkeyritysten tekemiin hakemuksiin. Lautakuntaan kuuluu seitsemän eri valtiorhallinnon organisaatioita edustavaa virkamiestä sosiaali- ja terveysministeriöstä, valtiovarainministeriöstä, Kansaneläkelaitoksesta, Lääkelaitoksesta ja Stakesista). Lautakunnalla on apunaan sihteeristö, joka on koulutukseltaan pääosin proviisoreja ja farmaseutteja.

Ennen päätösten tekemistä lautakunta pyytää lausuntoja Kansaneläkelaitokselta ja tarvittaessa Lääkeshoidon hintalautakunnan alaisuudessa toimivalta asiantuntijaryhmältä. Lääkeshoidon hintalautakunnan asiantuntijaryhmän muodostaa seitsemän lääketieteen eri erikoisalojen asiantuntijaa. Lain mukaan asiantuntijaryhmässä tulee olla edustettuna asiantuntemusta lääketieteen, farmakologian, terveystalouden ja sairausvakuutuksen alalta. Kansaneläkelaitos puolestaan määrittelee tarkemmin erityiskorvattavuuden ja rajatun peruskorvattavuuden edellytykset.

Käytännön päätöksenteko on siis hyvin asiantuntija- ja virkamiesvetoista. Poikkeuksen tähän tekee erityiskorvattavien sairauksien määrittely, josta päättää asetuksella Valtioneuvosto. Asetusta erityiskorvattavista sairauksista muutetaan käytännössä erittäin harvoin. Viranomaisten ohella lääkeyritykset ovat keskeisessä roolissa päätöksenteossa korvausluokan hakijana. Viime aikoina on ehdotettu, että myös potilaat voitaisiin ottaa mukaan päätöksentekoon, onhan lääkekorvausjärjestelmä luotu nimenomaan potilaiden tarpeita eikä esimerkiksi lääketieteellisuutta ajatellen.

Päätöksenteko lääkekorvausjärjestelmässä ei ole tällä hetkellä kovin avointa. Päätöspöytäkirjoja lukuun ottamatta valmistelussa käytetyt ja tuotetut asiakirjat ja päätöksenteon perusteet saatetaan vain hakijan tietoon. Avoimuutta rajoittaa hakemusten liikesalaisuuden luonne.

Keskeisiä päätöksenteossa nousevia kysymyksiä ovat lääkkeen hoidollinen arvo tutkimusnäytön valossa, sairauden luonne, lisäkustannusten ja lisähyötyjen suhde sekä suhde muihin hoitovaihtoehtoihin. Päätöksenteon systemaattisuuden takia on tärkeää ottaa huomioon aiemmin samassa tilanteessa tehdyt päätökset. Lääkeshoidon tarpeellisuutta arvioidaan siis sekä sairauden vaikeusasteen että lääkeshoidon tehokkuuden perusteella. Erityisen vaikeita ovat tilanteet, joissa nämä kaksi tarpeen puolta ovat ristiriidassa: esimerkiksi erittäin vakavan sairauden kohdalla, kun lääkkeen teho on marginaalinen (esimerkiksi jotkin syövän hoidossa käytettävät lääkkeet). Tämän lisäksi tarvetta määritetään arvioiden, onko lääke tarpeellinen suhteessa muihin hoitovaihtoehtoihin.

Vaikka laissa määritellään varsin selkeästi päätöksenteossa huomioon otettavat seikat, tulkintaan on edelleen varaa. Kysymykset, mikä on merkittävä/vähäinen hoidollinen arvo tai tilapäinen sairaus, koska lääkehoito on välttämätön tai milloin sairaus on oikeiltaan lieväm jäävät laissa tarkemmin määrittelemättä. Päätöksentekijöiden harkinnan varaan jää myös se, kuinka eri seikkoja painotetaan päätöksenteossa suhteessa toisiinsa. Tieteellinen tieto vain harvoin - jos koskaan - antaa tyhjentyviä vastauksia päätöksenteossa esiin nouseviin kysymyksiin.

Sairausvakuutuksen luonteen takia on merkittävää, mikä määritellään sairaudeksi ja mikä taas muuksi elämään liittyväksi ongelmaksi tai riskiksi. Lääkkeestä voi saada korvausta vain sairauden hoitoon. Lain tiukan tulkinnan mukaan vain ennaltaehkäisyssä

käytettäviä lääkkeitä ei korvata. Sairauden määrittelemisen ei käytännössä ole aivan yksinkertaista. Määrittelyongelmia tulee eteen kun puhutaan esimerkiksi erektiohäiriöistä, kaljuudesta, lihavuudesta, tupakkariippuvuudesta, kohonneesta kolesterolista tai alentuneesta luuntiheydestä.

Pohdintaa

Lääkehoidon tarve on keskeinen arvioitava seikka lääkkeen taloudellisuuden ohella tehtäessä lääkekorvauspäätöksiä, mitä painotetaan sairausvakuutuslaissa. Hoidon tarpeen määrittämiseksi ei kuitenkaan ole olemassa luotettavia mittareita etenkään silloin, kun hoidon tarvetta haluttaisiin verrata eri sairauksien välillä. Lainsäädäntö antaa väkisinkin jonkin verran tilaa tulkinnoille. Tästä huolimatta lainsäädäntö määrittelee huomattavasti selkeämmin avohoidon lääkkeitä koskevaa päätöksentekoa kuin vastaavaa päätöksentekoa muiden hoitomuotojen osalta.

Erityisen haasteellista hallinnollisesta näkökulmasta on se, että eri potilasryhmillä on useimmiten hyvin erilainen tarve käyttää jotakin tiettyä lääkevalmistetta. Kuitenkin erilaisten korvausluokkien määrittelemisen samalle lääkevalmisteelle on hallinnollisesti varsin raskas toteuttaa. Tätä mekanismia käytetään tällä hetkellä rajatusti peruskorvattavien ja erityiskorvattavien lääkkeiden ryhmissä, joissa määritellään vain jokin potilasryhmä oikeutetuksi korvaukseen. Tulevaisuudessa tämän tyyppisten ratkaisujen tarve tulee todennäköisesti lisääntymään, mikäli päätöksissä halutaan ottaa huomioon yksittäisen potilaan lääkehoidon tarve.

Lääkekorvauksia koskeva päätöksenteko on hyvin asiantuntijavetoista eikä kovin avointa. Avoimuus on ongelma erityisesti potilaiden, kansalaisten ja hoitohenkilökunnan osalta. Hakijana toimivan lääkeyrityksen kannalta tilanne on parempi, kun sille toimitetaan päätösten perustelut ja päätöksenteossa käytetyt lausunnot ja taustamuistiot. Suurempi avoimuus lisäisi päätöksenteon demokraattisuutta, jos muillakin toimijoilla kuin viranomaisilla ja lääkeyrityksillä olisi mahdollisuus arvioida päätöksenteon oikeudenmukaisuutta. Tämä voisi pidemmällä tähtäimellä lisätä luottamusta viranomaisten, potilaiden, kansalaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä sekä antaisi paremman mahdollisuuden päätöksenteon perusteiden kehittämiseen siten, että yhteiskunnan arvot toteutuisivat niissä mahdollisimman hyvin. Päätöksenteon avoimuudessa onkin vielä paljon kehitettävää.

Lääkekustannukset ovat kasvaneet nopeasti, eikä syitä kasvun hidastumiseen ole nähtävissä. Keskeinen syy kohoaville kustannuksille on uusien lääkkeiden hinnoittelu vanhempia kalliimmaksi. Todennäköisesti ei ole realistista odottaa, että pidemmällä aikavälillä julkista rahoitusta terveydenhuollolle voitaisiin vastaavassa määrin lisätä tai että resursseja voitaisiin huomattavasti siirtää lääkekorvauksiin terveydenhuollon muilta sektoreilta. Ellei lääkkeiden nykyisiä hinnoittelukäytäntöjä muuteta, tulevaisuudessa joudutaankin entistä tarkemmin seulomaan uusista lääkkeistä ne, joista on todellista hoidollista lisäarvoa ja käyttämään näitä lääkkeitä vain niillä potilailla jotka näitä todella tarvitsevat. Hoidon tarpeen arviointi tulee näin olemaan yhä keskeisemmässä roolissa lääkehoidossa.

Lauri Vuorenkoski

LT

Stakes

Kulttuuri ja kysymys hoidon tarpeesta

Hoidon tarve määräytyy kulttuurisesti hyvin erilaisten käsitysten, odotusten ja tulkintojen kautta. Ihmisiä yhdistää toisiinsa kuitenkin se että he määrittelevät sairauttaan kokemukseen siitä mitä pidetään normaalina ja toisaalta he miettivät syytekijöitä sairauksilleen. Syytekijöiden luonne jäsentää kuvaa sairauden luonteesta ja parannettavuudesta – sekä siitä hakeutuako hoitoon vai ei.

Antropologit ajattelevat siis monessa suhteessa eri tavoin kuin lääkärit ja muut terveydenhuollossa toimivat toimijat. Se, miten terveyttä ja sairautta tulkitaan, selitetään ja koetaan ja millaisia käsityksiä sairauteen liittyvästä tiedosta ja hoidosta pidetään kulloinkin pätevinä erilaisissa kulttuurisissa konteksteissa, on lääketieteellisen antropologian tutkimusalaa. Antropologia puolestaan voidaan määritellä yleisesti tieteksi, joka tutkii ihmistä ja ihmisenä olemista kulttuurisessa kontekstissa. Antropologit tutkivat inhimillistä toimintaa ja sen tuotteita sekä erilaisia vaihtelevia uskomuksia ja arvoja, joihin muiden kulttuurien ja oman kulttuurin erilaiset käytännöt ja käsitykset pohjautuvat. Antropologia on määritelmän mukaan myös kriittinen ja kysyy itsestäänselvyyksinä pidettyjen asioiden mieltä. Siten myös lääketieteellinen antropologia kyseenalaistaa ja suhteuttaa kulttuurienvälisen tutkimuksen avulla sitä ”luonnollisuutta”, joka ympäröi käsityksiä sairauksista ja hoidosta.

Lääketieteellisen antropologian tehtävänä on tutkia sairauden ja lääketieteen kontekstissa sellaisia ongelmia, jotka antropologiatiedettä kiinnostavat yleensä, teoreettisella tasolla. Niinpä esimerkiksi parantamisrituaalien tutkiminen erilaisissa hoitojärjestelmissä rikastuttaa antropologista teoriaa yhteisöistä ja tavoista käsittää ja käsitellä muutoksia. Tällä tavoin lääketieteellinen antropologia yhdistyy antropologian yleiseen tehtävään, jonka tavoitteena on laajentaa käsityksiä inhimillisestä toiminnasta ja ymmärryksestä ja tähdentää ihmisenä olemisen laajan variaation merkitystä.

Mitä sitten on kulttuuri? Yhteinen merkitysten ja tiedon järjestelmä – näin pitkälle antropologit ovat yleisesti käsitteestä yhtä mieltä mutta voi tässä yhteydessä referoida keskustelua – muutoin kuin esittämällä oman kantani. Liityn itse tulkitsevan antropologian perinteeseen ja ajattelen Clifford Geertzin (1973) mukaan kulttuuria ’merkitysten verkoksi’ ”jonka ihmiset ovat itse punoneet ja jossa he ovat kiinni”.

Toinen lääketieteellisen antropologian lähtökohta liittyy käsitykseen terveydestä ja sairaudesta sekä niihin punoutuvista uskomuksista ja käytännöistä kulttuurisina kysymyksinä. Tällä tarkoitetaan sitä, että ne on tuotettu, luotu ja järjestetty jaetussa vuorovaikutuksessa tietyn kulttuurin ja yhteiskunnan puitteissa. Käytän termejä ”tuottaa ja luoda” korostamaan sitä, että kyse on inhimillisestä toiminnasta, jolla on myös vastakkainen suunta: uskomukset ja käsitykset muokkaavat vuorostaan järjestelmiä ja vaikuttavat niiden pysyvyyteen. Lääketieteen antropologian piirissä ajatellaan sairaudelle kolme kulttuurista määrittelyä: yhtäältä puhutaan taudista (disease) silloin, kun tarkoitetaan lääketieteellisesti todettua ja diagnosoitua entiteettiä. Toisaalta käytetään käsitettä sairauskokemus (illness) kun tarkoitetaan potilaan kokemusta ja käsitystä omasta tilastaan. Sairastaminen (sickness) puolestaan viittaa sairauden sosiaaliseen ulottuvuuteen, johon kuuluvat sairaan ”rooli”, erityisesti krooniseen sairauteen liittyvä stigma ja sairastuneen paikka yhteiskunnassa yleensä. Käsitteet eivät kata toisiaan. Potilaiden tulkintaa omasta

tilanteestaan on tulkittu erilaisten arkiteorioiden avulla (ks Honkasalo 2004). Arkiteoriat tarkoittavat ihmisten omia kulttuurisia jäsenyyksiä sairauksista. Ne ovat merkittävä väylä kulttuurin ymmärtämiseen mutta myös välineitä terveydenhuollon työntekijöille potilaiden omien käsitysten ymmärtämiseen (Mölsä ja Tiilikainen 2006).

Kolmas lähtökohta liittyy käsitykseen terveydenhuollo(i)sta (medical systems) yhteiskunnallisten järjestelmien kiinteänä osana. Sairauden tulkinta ja parantaminen ovat aina myös enemmän kuin tätä – ne ovat myös järjestelmiä, joiden puitteissa jaetaan teknologiaa ja yhteiskunnallista valtaa erilaisten yhteiskunnallisten ryhmien välillä.

Näistä näkökulmista sairaus ja parantaminen näyttäytyvät yhteiskunnallisina ja kulttuurisina ilmiöinä. Kulttuurintutkimuksen välinein voidaankin kysyä, mitä merkityksiä ihmiset antavat sairauksilleen, miten he tulkitsevat niitä inhimillisen epäonnen kysymyksinä, mikä paikka kärsimyksellä on sairauden kokemuksessa, miten yhteiskunnalliset seikat tuottavat sairauksia, miten ja miksi hoitoon hakeudutaan, mikä on hoidon tarve tai mikä tai kuka hoidossa parantaa? Nämä ovat terveydenhuollon työntekijöille usein uusia kysymyksiä, joiden miettiminen saa tutut asiat näyttämään uudella tavalla.

Kysymys hoidon tarpeesta

Kulttuuri jäsentää käsitystä sairaudesta, sen aiheuttajista ja myös siitä, miten ja milloin ihminen hakeutuu hoitoon. Omassa tutkimuksessani sydäntautien arkiselityksistä Pohjois-Karjalassa havaitsin, että sepelvaltimotaudit olivat ihmisille myös jotain 'normaalia' - osa tavallista elämää ja myös turvallinen ja hyvä tapa kuolla. Potilaat kuvasivat sydäntauteja kuin tuttua ilmaisulla: 'luonnollisii ovat' verraten syöpään, jota nimitettiin 'ruumiinkoiksi' tai tuberkuloosiin. Tällainen kokemus normaalin ja patologisen rajasta on tuloksena monista endeemisten sairauksien käsityksiin liittyvistä tutkimuksista.

Sydäntaudeista jotkut kyläläiset käyttivät ilmausta "en ole saanut sitä vielä". Saada ilmausta joskus naurettiinkin; mitä ihminen oikeastaan sai "saadessaan infarktin"? Mietin myös sanaa "vielä" Ajattelivatko potilaat infarktin olevan kiinteä osa elämää ollen olemassa jo ennen oireita ja tullen esiin aikanaan kuin kätkestä? Missä se oli odottamassa? Antoiko joku sen?

Yhteinen kokemus endeemisestä sydänsairastavuudesta auttoi ihmisiä suhtautumaan elämän epävarmuuteen ja ennustamattomuuteen ja tilkitsemään maailmankuvan haurautta. Yhä useammat asiat yhteiskunnassa olivat epävarmoja, mutta vuosien läpi säilyi lähes muuttumattomana tuttuuden ja varmuuden rakennelma. Tällaisessa pitkäikäisen "biologisen" varmuuden merkityksessä sairaudet auttoivat kontrolloimaan epävarmuuttaja pitivät ihmisiä kiinni yhteisössä. Tulkinta antoi ihmisille mahdollisuuden integroida kuolema osaksi elämäänsä ja tehdä uskottavaksi käsitys hyvästä kuolemasta nimenomaan sen tuttuuden ja jaettavuuden merkityksessä.

Hoidon tarve ja medikaalinen pluralismi

Kulttuurienväläinen tarkastelu hoitomuodoista kuvastaa myös erilaisia tapoja ja keinoja, joita ihmiset käyttävät hoitaakseen sairauksiaan. Lähestymistapaa hoidon moninaisuuteen nimitetään medikaaliseksi pluralismiksi.

Antropologinen tieto tuo hoitojärjestelmien tarkasteluun vertailevaa kulttuurista ja historiallista tietoa. Yhden yhteiskunnan, omammekin, sisällä voidaan katsoa olevan useita hoitojärjestelmiä, vaikkakaan emme lääketieteen parissa välttämättä nimeä niitä sellaisiksi. Antropologian piirissä nykyistä globaalia terveydenhoitoa kutsutaan medikaaliseksi pluralismiksi, jolle tunnusomaisesti useita hoitokäytäntöjä toimii vierekkäin potilaiden tehdessä valintoja niiden välillä ja kulkien sektorilta toiselle. Ihmiset ja ihmisryhmät antavat potilaille sairauslityksiä ja hoito-ohjeita, joiden elementit saattavat nousta erilaisista käsityksistä ja kokemuksista. Medikaalinen pluralismi on saanut Suomessa sysäyksen maahanmuutosta. Suomi on ollut pitkään yksi kaikkein monokulttuurisimmista länsimaista. Toisaalta vaihtoehtohoidot kertovat myös pluralismista. Akupunktuuri on esimerkki lääketieteellisten käytäntöjen osaksi hyväksytystä “vaihtoehtojärjestelmästä”. Rajat sektorien välillä ovat sopimuksenvaraisia. Nykyisin keskustellaan transnationaalisesta, ylirajaisesta terveydenhuollosta, jossa sekä potilaat että hoidot liikkuvat globaalisti, maiden ja maanosien yli ja niiden välillä (ks. Tiilikainen 2006).

Medikaalista pluralismia voi tarkastella myös toisenlaisesta, antropologisesta terveydenhuollon eri sektorien näkökulmasta. Kleinman (1980) nimeää kolme sektoria: populaarisektorin, kansansektorin ja ammatillisen sektorin (popular sector, folk sector, professional sector). Näistä populaarisektorin kattaa 80-90% kaikista terveydenhuollon tapahtumista. Jokaisella sektorilla on omat tapansa ja tyylinsä nimetä sairauksia ja hoitaa niitä, määrittellä hoitaja ja sen kriteerit, sekä miten hoitaja ja potilaat toimivat terapeutissa tilanteessa.

Populaarisektorille on luonteenomaista terveyden ylläpitoon, sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä arkisten ja monien pitkäaikaisten sairauksien hoitoon liittyvät toimet. Äidit lienevät tämän sektorin aktiivisimpia toimijoita. Myös työtoverit, sukulaiset ja naapurit osallistuvat monin tavoin informaalisiin ja maksuttomiin terveyden hoidon aktiviteetteihin. Usein populaarisektorin toimijat järjestävät hoitotapahtumiin osallistuvia verkostoja. Jotkut verkostojen jäsenet saavat toisia keskeisemmän aseman. Helman (2004) mainitsee esimerkkeinä ihmiset, joilla on tietoa omien sairauskokemusten, kuten jonkun pitkäaikaissairaudesta vuoksi, terveydenhuollon ammattiteissa toimivat, itsehoitoryhmien aktivistit ja kirkon ja seurakuntien piirissä työskentelevät. Sairauksille annettujen tulkintojen ja arjen hoitomuotojen kirjo on monisyinen.

Kansanparannuksen sektorin alueelle sijoittuvat erilaiset perinteisen kansanlääkinnän ja kansainväliseksi muuttuneen “vaihtoehtolääkinnän” toimijat ja heidän jakamansa terveystalvet. Tämä sektori on kasvanut Suomessakin tuntuvasti viime vuosikymmenellä. Terveydenhuollon ammatillinen sektori muodostaa Kleinmanin ja Helmanin mukaan huipun terveystalvelujen käytössä globaalisti. Terveydenhuoltoa koskevan tutkimuksen näkökulmasta tällä sektorilla tehdään pääsääntöisesti tieteellinen tutkimus. Se on myös yhteiskunnallisen suunnittelun ja rahoituksen piirissä – ja käyttää myös virallista nimeä “terveydenhuolto”.

Medikaalinen pluralismi näkökulmana tarjoaa mielenkiintoisen kehyksen hoidon tarpeen arvioinnille, koska tarjottavat hoitomuodot ja niiden saanti ja tehokkuus vaikuttavat globaalilla tavalla myös hoidon tarpeeseen.

Lopuksi

Antropologian tarjoamat esimerkit hoidon tarpeen määrittelyistä kuvaavat yhteisöllisiä kokemuksia. Nykyisissä terveydenhuollon keskusteluissa hahmotellaan hoidon tar-

vetta usein toisenlaisesta näkökulmasta: taudin oletettu riski siirtyy erilaisten kokemusten ja arvioiden paikalle. Sen avulla pystytäänkin määrittämään seurauksia ja järjestelmän toimivuutta. Antropologille riski avautuu myös toisenlaisesta näkökulmasta, kysymyksenä arvoista ja kulttuurisista odotuksista, joita meidän lääketieteelliseen tarkasteluamme sisältyy.

Kirjallisuutta

Geertz Clifford: The Interpretation of Cultures. New York: basic Books 1973.

Helman Cecil: Culture, Health, and Illness. Butterworth, Heineman 2004 (4. painos)

Honkasalo Marja-Liisa: Elämä on ahasta täällä. Kirjassa: Arki satuttaa (toim. Honkasalo M-L. Utriainen T & Leppo A). Tampere Vastapaino 2004.

Honkasalo Marja-Liisa ja Nisula Tapio: Kulttuuri, sairaus ja parantaminen. Tampere: Vastapaino (ilmestyy 2007).

Kleinman Arthur: Patients and Healers in the Context of Culture. San Fransisco: University of California Press 1980.

Kleinman Arthur: Writing in the Margin. San Fransisco: University of California Press 1995.

Mölsä Mulki, Tiilikainen Marja: Duodecim 2006.

Marja-Liisa Honkasalo
dosentti
Helsingin Yliopisto
Tutkijakollegium

Hoidon tarve potilaan näkökulmasta

Sairastuneen näkökulmasta sairaus on usein kokonaisvaltainen tila. Tavanomaisen syysflunssan kokenutkin tietää, kuinka ulkomaailma katoaa taka-alalle, kun on keskityttävä potemaan. Ohi menevään tartuntatautiin sairastuneen itsekeskeisyys katoaa parantumisen myötä, mutta krooninen sairaus voi saada ihmisen käpertymään kokonaan itseensä ja sairauteensa. Jos potilas haluaa saada hoitoa, sokea omaan itseen keskittyminen ei riitä, vaan hänen on saatava tarpeeseensa laajempi näkökulma. Subjektiiivisen asenteen sijaan potilas tarvitsee useita näkökulmia tilanteeseensa.

Minä tarvitsen hoitoa

Ennen kuin ihminen tunnustaa tarvitsevansa hoitoa, hänen on havahduttava siihen, että jokin on vialla, että hän ei ole kunnossa tai että hän on sairas. Jos kunto heikkenee äkillisesti, avun tarpeen voi havaita helposti. Monet vaivat etenevät kuitenkin niin hitaasta, että toimintakyvyn heikkenemiseen tottuu ja sopeutuu. Hoidon tarpeen tunnustaminen ei ole helppoa, jos tuntee, että sen myötä kuva itsestä vaarantuu: en olekaan vahva ja riippumaton. On sairauksia, joiden hoitamisen tekee vaikeaksi juuri se, että ihminen itse ei tunnusta tilaansa, vaikka hän muiden mukaan tarvitsisi kipeästi hoitoa.

Sairaus tai vammautuminen koskettaa ihmistä kokonaisuutena. Hän muuttuu fyysisesti, ja joutuu kysymään, mitä minulle on tapahtunut, mitä minulle on tapahtumassa. Tutkimuksiin hakeutunut, diagnoosia odotteleva ihminen on usein ahdistunut, ja erilaiset vaihtoehdot risteilevät hänen mielessään. Ihmisen mentaalista rakenteesta riippuu paljon se, alkaako hän laboratoriotuloksia odotellessaan hahmotella pahimpia vaihtoehtoja, vai pystyykö hän työntämään asian mielestään taudinmäärityksen valmistumiseen.

Sairastuminen kuormittaa myös psyykkisesti, ja potilas kysyy, kuka minä olen ja keneksi olen muuttumassa. Viekö sairaus minulta tärkeitä kykyjä ja vaikuttaako se mahdollisuuksiini? Kuinka paljon elämäni muuttuu ja onko muutos vain väliaikainen? Monet oireet muuttavat ihmisen sosiaalista asemaa vaikuttamalla sairastuneen kykyyn tulla toimeen itsenäisesti. Potilas joutuu suostumaan siihen, että hän tarvitsee muiden apua ja on näistä riippuvainen. Fyysisten oireiden lisäksi ihmisen on kestettävä myös se, että hän ei kykene samaan kuin terveet.

Hoitoon hakeutuminen on tarpeen ilmeiseksi tekemistä mutta sisältää samalla myös terveydenhuollon edustajalle esitetyn toiveen. Se voi olla vaatimus, jonka mukaan lääkärin pitää palauttaa potilaan toimintakyky ja terveys ennalleen. Potilas voi heittäytyä häntä hoitavien varaan ja edellyttää, että nämä tekevät aivan kaiken mahdollisen hänen hyväkseen. Potilaan toiveet voivat olla epärealistisia ja hän voi tulkita tuloksia tuottamattomat hoitoyritykset hoitohenkilökunnan haluttomuudeksi paneutua hänen tilanteeseensa. Hoidon onnistumisen edellytys on usein se, että potilas itse osallistuu siihen ja ottaa sen omaksi asiakseen. Tämä ei toteudu jos potilas ei ole hyväksynyt sairauttaan eikä sopeutunut siihen, että hoidon vaikuttavuudella voi olla rajat ja että hän on myös itse vastuussa sen onnistumisesta.

Silloin kun potilas ei itse kykene ilmaisemaan tarvitsevansa hoitoa, hänen läheisensä joutuvat toimimaan hänen puolestaan ja hänen sijastaan. Vaikka jokainen ihminen

on suomalaisen hoitojärjestelmän toiminnan kohde yksilönä eikä esimerkiksi perheensä jäsenenä, monilla on se kokemus, että vajaavaltaiset ja -kykyiset jäävät ilman tarvitsemaansa hoitoa, jos heidän omaisensa eivät vaadi sitä ja taistele sen toteutumisen puolesta. Ensimmäisen persoonan näkökulma, sen kysyminen, mitä tämä sairaus tai vamma on tämän ihmisen kannalta, on tärkeä edellytys hoidon onnistumiseksi.

Sinä tarvitset hoitoa

Hoitoon hakeutuva ihminen kertoo oireistaan ja vaivoistaan lääkärille. Hoitosuhteessa lääkäri välittää tietämykseensä ja asiantuntemukseensa perustuvan kuvan tilanteesta potilaalle ja toimii näin tehdessään tämän kuvastimena. Lääkärin välityksellä potilas näkee itsensä uudesta näkökulmasta: mikä häntä vaivaa ja mistä se johtuu, mitä hoitoa on tarjolla ja mitkä sen vaikutukset ovat. Onnistuneessa hoitosuhteessa potilaalle välittyy realistinen kuva omasta tilanteestaan mutta myös varmuus siitä, että hän saa tarvitsemaansa hoidon.

Lääkärin tehtävä on välittää toisen persoonan näkökulma potilaaseen. Tämä vaatii lääkäriltä paljon. Potilaan tilanne voi olla niin ahdistava, ettei lääkäri antaudu näkemään potilasta ihmisenä, sinänä, vaan ainoastaan tapauksena tai oireistona. Hänen voi silloin olla vaikea nähdä, mitä potilas tarvitsee ja ottaa tämä hoidossa huomioon. Vasta kohtaminen voi kuitenkin synnyttää luottamuksen hoitajan ja potilaan välille niin, että hoidon antaja toimii välittäjänä. Hän välittää potilaasta ihmisenä välittäessään tälle asiantuntemukseensa pohjautuvan näkemyksen tämän tilanteesta. Välittämisen ansiosta potilaan tarve ei enää ole hahmoton ja kaoottinen, vaan tarpeelle tulee rajat. Potilas voi kohtaavan hoidon ansiosta nähdä, mitä hän on menettänyt mutta samalla myös, mitä hän voi saada takaisin ja kuinka hän voi sopeutua tilanteeseensa. Lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien näkökulmasta välittävä kohtaminen tuottaa usein suurimman tyydytyksen. Mahdollisuus auttaa kärsiviä ja jakaa ihmisyyden taakkoja ovat monille kokemuksia, joiden ansiosta raskas hoitotyö on mielekästä ja motivoivaa.

Hän tarvitsee hoitoa

Hyvä lääkäri on potilaalle sinä, mutta samalla hän joutuu tarkastelemaan tilannetta myös ulkopuolisen näkökulmasta. Potilasasiakirjoja ja hoitosuunnitelmia kirjoitettaessa potilaasta puhutaan kolmannessa persoonassa: hänellä on tällaisia oireita ja hän tarvitsee tuollaista hoitoa. Potilasasiakirjat laaditaan, jotta kaikki potilasta koskeva tarpeellinen tieto olisi käytettävissä riippumatta siitä, kenen suorittamaan tutkimukseen se perustuu. Potilaalla on oikeus perehtyä häntä koskeviin potilastietoihin. Toiset ovat kuitenkin kokeneet, ettei lääkäri ole kirjannut kaikkia heidän oman käsityksen mukaan tärkeitä asioita potilaskertomukseen. Toiset puolestaan eivät ymmärrä juuri mitään siitä, mitä heistä on kirjoitettu. Terminologiaa tuntemattomalle lääketieteellinen ammattikieli peittää enemmän kuin paljastaa, eivätkä kaikki koskaan saa asiantuntijan käännöstä oireistostaan ja diagnoosistaan. Monet turvautuvatkin tästä syystä verkon tarjoamiin sivustoihin, joiden avulla he yrittävät selvittää asioita, jotka heitä hoitavien olisi tullut kertoa heille. Kaikki verkosta saatava tieto ei ole luotettavaa, eikä potilaiden ole aina helppoa sovittaa lukemaansa omaan tilanteeseensa.

Me tarvitsemme hoitoa

Monet pitkäaikaisen sairauden kanssa kamppailevat ja pysyvästi vammautuneet etsivät tilanteensa aiheuttamasta järkytyksestä toivuttuaan kohtalotovereita. On tärkeää saada jakaa kokemuksia sellaisten kanssa, jotka ovat käyneet läpi saman. Sairaus yhdistää ihmisiä ryhmäksi, johon voidaan viitata sanomalla 'me'. Se voi olla potilas yhdistys, keskustelupalsta verkossa tai vertaistukiryhmä. Sairauden yhdistämät voivat vaihtaa tietoja, kokeneempien tuki on tärkeä niille, jotka vasta miettivät, kuinka sairaus vaikuttaa elämään ja kuinka sen kanssa voi selvitä.

Vertaistuen tarvetta miettiessään potilas joutuu pohtimaan omaa identiteettiään. Millainen osa sairaus on omaa minuutta? Muodostuuko muista samalla tavalla sairaista uusi viiteryhmä, jossa potilas viettää aikaansa ja jonka kanssa hän jakaa elämänsä eri puolet? On niitä, jotka kykenevät irtautumaan sairaudestaan vertaisryhmän avulla. Toiset puolestaan vierastavat ajatusta sairaudesta identiteetin rakentajana, minkä vuoksi vertaisryhmä on heille vain tapa saada tietoa tai huolehtia edunvalvonnasta. Erilaiset potilasjärjestöt ovat tuoneet potilaiden äänen entistä voimakkaammin esiin. Terveystuolissa olisi kuitenkin varottava sitä, että potilaiden edellytetään ”järjestäytyvän” sairautensa pohjalta. Myös sellaisten potilaiden on saatava tukea ja apua, jotka eivät halua sitoutua sairauteensa toimimalla potilasjärjestössä.

Te tarvitsette hoitoa

Hoitoon hakeudutaan ja se toteutetaan aina jossakin. Lääkäri ja muut hoitoon osallistuvat toimivat jonkin organisaation osana. Hyvin suunnitellussa ja toimivassa terveydenhuollon organisaatiossa potilaita hoidetaan yhdessä sovittujen käytänteiden ja toimintatapojen mukaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaan subjektiivisesti ilmaisemaa tarvetta ja lääkärin näkemystä hänestä arvioidaan laajempien, resurssien jakamisen ja hoidon priorisointia koskevien kriteerien valossa. Jokaisen potilaan kohdalla ei silloin tarvitse perinpohjaisesti harkita, miten paljon resursseja hänen hoitamiseensa voidaan käyttää, vaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen käytännöt ohjaavat sitä, kuinka yksittäisen potilaan tarpeeseen vastataan. Potilaiden hoidon tarpeeseen on kyetty vastaamaan silloin, kun on onnistuttu luomaan yleiset hoidon tarpeen arviointikriteerit, joiden varassa potilaat saavat riittävän ja yhdenvertaisuuden vaatimukset täyttävän hoidon.

Hoitoon hakeutuvat potilas ei kenties tule ajatelleeksi omaa tarvettaan tästä näkökulmasta muuten kuin silloin, kun terveydenhuollon resurssit eivät riitä tarjoamaan hänelle jotain sellaista, jota hän pitää itse tarpeellisena. Jos lääkäri on oman taustaorganisaationsa kanssa eri mieltä resurssien jakamisesta, hänen voi olla vaikeaa perustella potilaalle hoidon rajaamisessa toteutettavien periaatteiden mielekkyyttä. Jos lääkäri tuntee, että resursseja jaettaessa ei ole niinkään otettu huomioon lääketieteellisiä ja hoidollisia näkökohtia, vaan se on tapahtunut yksinomaan talouden ehdoon, hän voi joutua vaikeaan ristiriitaan ja kokea, ettei työnantaja arvosta hänen työtään eikä luota hänen ammattitaitoonsa ja siihen pohjautuvaan arvostelukykyynsä.

He tarvitsevat hoitoa

Terveystuolien ja sairaanhoito ovat yksi julkisen päätöksenteon keskeisiä kohteita. Yleiset terveystuolit ja erityisryhmiä koskevat päätökset vaikuttavat yksittäisten potilaiden elämään. Päätösten tarkoitus on vastata erilaisten potilasryhmien tar-

peisiin konkretisoimalla poliittiset ja ideologiset tavoitteet käytännön terveystaloudelliseksi. Potilaan kannalta tämä voi merkitä sitä, että yhteiskunta on valmis vastaamaan siihen hoidon tarpeeseen, joka hänellä on, tarjoamalla erilaisia tukia tai korvauksia, kuntoutusta tai uudelleen koulutusta.

Hoidon tarkoitus on parantaa, lievittää kärsimystä ja palauttaa toimintakyky. Usein tässä onnistutaankin, eikä ihmisen enää tarvitse ajatella itseään potilaan näkökulmasta hoidon tarvitsijana. Suurin osa meistä tarvitsee kuitenkin ainakin elämänsä jossakin vaiheessa jatkuvaa hoitoa. Olisi suotavaa, että kykenisimme silloin laajentamaan ahtaan subjektiivista näkökulmaamme ja huomaamaan, että emme ole tarpeinemme yksin. Terveystalouden työntekijät yrittävät vastata hoidon tarpeeseen, ja terveystaloudellista toteutetaan myös siksi, että hoitoa tarvitsevatkin olisivat osa yhteiskuntaa.

*Professori Jaana Hallamaa
Helsingin yliopisto
jaana.hallamaa@helsinki.fi*

Terveyskeskuslääkäri hoidon tarpeen määrittelijänä

Valmistuvalla lääkäriellä voi nykyisinkin olla mielikuva sairaudesta objektiivisena, luonnontieteellisenä ilmiönä. Tällainen ilmiö olisi selkeästi määritettävissä ja mitattavissa, ja myös tarve ja mahdollisuudet tilan hoitamiseksi voitaisiin yksiselitteisesti ymmärtää. Lääkärityön yksinkertaisuuden kannalta valitettavasti – ja sen haasteellisuuden kannalta onneksi – sairaus ei kuitenkaan ole näin rajattavissa.

Potilas muovaa sairauttaan. Hänen reaktionsa on jo biologisesti ja fysiologisesti yksilöllinen, ja vielä enemmän yksilöllisyyttä sairastamiseen tuovat potilaan psyykinen rakenne ja hänen sosiaalinen ympäristönsä. Potilaalla on oma elämisen ja sairastamisen historiansa, joiden pohjalta hän arvioi oireitaan ja muovaa reagointiaan. Hän on oppinut pitämään joitain asioita tavallisina, joitain vaarallisina, ja nämä käsitykset vaikuttavat suoraan myös hänen fysiologiseen reaktiotapaansa. Optimistin keuhkokuume tarvitsee erilaisen hoidon kuin pessimistin sairaus, vaikka sairauden kuvat laboratoriolöydöksiä myöten olisivat samankaltaiset.

Potilaan omaisilla ja läheisillä on oma käsityksensä hoidon tarpeesta. Lääkäri joutuu usein vastaanotolla valitsemaan, kuunteleeko hän huolestuneen äidin selostusta lapsen oireista vai lapsen keuhkoja – viisas lääkäri osaa toki kuunnella molempia.

Lääkärit puhuvat joskus ”tytär Vantaalta –oireyhtymästä”: potilaan kaukaisin sukulainen on eniten huolissaan hänen terveydestään ja ehkä myös vaatimassa eniten lisätutkimuksia ja erikoislääkärin hoitoja. Tämän tarpeen lääkäri pystyy hyväksymään ymmärtäen, että vantaalaisen tyttären huolestuneisuuden taustalla on usein syyllisyydentunne – niinkuin meillä kaikilla.

Itseään ilmaisemaan kykenemättömän potilaan saattaja on korvaamaton apu ja tiedonlähde, kun lääkäri arvioi potilaan tilannetta ja hoidon tarvetta. Oman kokemukseni mukaan saattohoidossa olevan potilaan omaisilla on useimmiten varsin realistinen ja rationaalinen käsitys siitä, mikä hoitolinja olisi potilaan vakavan sairauden kannalta paras. Omaisiet eivät useinkaan uskalla kertoa näkemystään ilman lääkärin rohkaisua. Omaisten mielipide on lääkärille hyvä lähtökohta kuolevan potilaan vaikeissa hoitovalinnoissa. Lääkärin käyttökelpoinen toimintaohje vakavasti sairaan potilaan hoidossa on soittaa potilaan omaisille.

Sairastamisen kulttuuri ja hoitamisen kulttuuri vaihtelevat Suomessa paljon alueittain. Ne ovat muovautuneet vuosien kuluessa, mahdollisesti jonkun vahvan lääkäripersoonan käsitysten pohjalta, ja voivat yhdessä selittää alueelliset vaihtelut niinkin objektiivisen toimenpiteen kuin umpilisäkkeen poiston yleisyydessä. Kohdun poisto ja keisarileikkaus ovat toimenpiteitä, joissa kansalaisten ja hoitohenkilökunnan käsitykset ”oikeasta hoidosta” vaihtelevat vielä enemmän.

Oman kokemukseni mukaan potilaan sairastamisen kulttuuri ja hänen vaatimustonsa on suhteessa hänen asuinpaikkansa kaupungistumisasteeseen. Kaupunkilainen osaa vaatia, napakastikin, maaseudun potilas on joskus liiankin vaatimaton. Kulttuuriero voi selittää syrjässä asuvien jäämisen vaille tarpeellista hoitoa – ja pelastumisen turhilta toimenpiteiltä.

Terveyskeskuslääkärin on vaikea nähdä oman työpaikan hoitokulttuuria, koska hän elää siinä mukana ja on myös luomassa sitä. Pitkä työura samassa terveyskeskuksessa auttaa lääkäriä tuntemaan potilaansa ja näkemään heidän tapansa sairastaa niin alueittain, suvuittain kuin yksilöinäkin. Yleistyvä tapa tehdä lääkärintyötäkin pätäkissä voi toisaalta auttaa näkemään hoitokulttuurien erot.

Käsitys terveydestä ja sairaudesta, siitä mikä on normaalia ja mikä epänormaalia, ohjaa arvioitamme hoidon tarpeesta. Moni potilas tulee terveyskeskuslääkärin luo esittämään – yleensä epäsuorasti – kysymyksiä ”Onko tämä oireeni normaali ilmiö, vai onko se sairautta? Onko minun pelättävä vakavaa sairautta vai onko järkevää vain sietää tämä epämukavuus?” Hyvin usein terveyskeskuslääkäri vastaa kysymykseen huolellisella tutkimuksella, johon kuuluu myös sairauksia poissulkevia verikokeita. Tärkein ”hoito” tässä tilanteessa on tietenkin potilaan tarinan ja siihen sisältyvän kysymyksen kuuleminen, hänen huolensa ymmärtäminen ja hyväksyminen ja sen hoitaminen selittämällä, rohkaisemalla ja lohduttamalla.

Nämä terveyden ja sairauden rajaa etsivät potilaat tulevat nimenomaan terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, etenkin jos vastaanoton kynnyks on matala ja soittojono kohtuullinen. Jos terveyskeskuslääkärin käsitys terveydestä ja sairaudesta on järkevä, hän määrittää rajaa siten, että erikoissairaanhoito voi keskittyä omaan tehtäväänsä, sairauden hoitoon.

Hallintojärjestelmä vaikuttaa suoraan hoidon tarpeeseen ja sen arvioinnin perusteisiin. Rungas kolmekymmentä vuotta sitten meille nilkan nyrjähdystä tutkiville opiskelijoille kerrottiin kuvaustarpeesta selkeästi, että työtapaturma kuvataan aina. Kliinistä harjontaa ei siis tarvinnut – tai saanut – käyttää, kuvausperusteena oli vakuutuslainsäädäntö. Esimerkiksi KELA:n etuuksilla on omat kriteerinsä, ja työn sujumisen kannalta nämä on tunnettava ja niitä on syytä noudattaa. Suomessa hallinnollisesti järkevä periaate on useimmiten myös kliinisesti perusteltu toimintatapa. Parhaimmillaan hallinnollinen periaate yhtenäistää ja systemoi kliinistä työskentelyä, esimerkiksi verenpainetaudin tai vanhuuden muistihäiriön perustutkimukset ovat maassa melko yhteneväiset, koska lääkkeen erityiskorvattavuus edellyttää sitä. Jos hallintovirkamies laatii ohjeensa vastoin järkevää kliinistä käytäntöä, lääkäri joutuu tekemään ratkaisuisaan hankalia kompromisseja.

Yhteiskunnan *terveydenhuollon laadunvalvonta* säättää osaltaan kliinistä käytäntöä. Kun arvioidaan mahdollista hoitovirhettä, on standardina ”kokoneen ammattihenkilön” tilanteessa todennäköisesti tekemät ratkaisut. Tähän pyrkivä nuori klinikko voi tavoitella vaadittua laatutasoa myös turhilla, potilasta ja taloutta rasittavilla varmistuksilla. Perusterveydenhuollossa, varmaan myös erikoissairaanhoidossa huomattava osa tutkimuksista tehdään taudin poissulkemiseksi, varmistuksena harvinaisten tautien varalta, ja usein myös varmistamaan lääkäriin oikeusturva. Kliiniseltä pohjalta järkevää ja toisaalta säädöksien ohjaamaa varmistelua ei ole helppo erottaa toisistaan. Jos lääkäriille kuitenkin on sattunut virhe, lieväkin moite tai ”huomion kiinnittäminen vastaisuuden varalta” vaikuttaa kauan hänen kliiniseen päätöksentekoonsa.

Yksilön tietosuoja on Suomessa tarkoin säädely, ja näin pitääkin olla; potilaan luottamus rakentuu pitkälti sen varaan. Joskus käytännön lääkäri jää silti miettimään, onko sairauskertomusten tietosuoja tai niissä edellytetyjen tietojen määrä välttämättä mitoitettava kaikkien yllätyksellisimpien tilanteiden tai kaikkein epäluuloisimman potilaan tarpeiden mukaan.

Medikalisaatio, miten se sitten käsitetäänkin, on vaikuttanut hoidon tarpeen arvi-

ointiin monella tavalla. Näyttää siltä, että jos arkielämän ongelmaan on lääke tai hoito tarjolla, ongelma määritetään lääketieteelliseksi ja ohjataan lääkärin ratkaistavaksi. Vastaanotolle tuotavien ongelmien kirjo laajenee niin, etteivät lääkärin työmenetelmät ja työkalut niitä enää tavoita. Onko punastuminen sairaus? Tarvitaanko rauhoittavaa lääkitystä, jotta lähimaisen hautajaisissa ei itketä? Milloin vanhuuden mukana tuleva luuston haurastuminen on luettava sairaudeksi ja hoidettava lääkkein?

Normaaliuden käsite kapeutuu myös lääketieteen sisällä. Veren rasvojen suositusalueen rajat pienenevät, ennen vielä normaalina pidetty verenpaine tulkitaan riskitekijäksi, masennussairauden kriteereihin mahtuu jo ihmisen tavallinen alakulokin. Arkityönsään perusterveydenhuollon lääkäri on toisaalta tutkimusten ja lääketarjonnan, toisaalta elämän yleisen riskiyden puristuksessa. Normaaliuden raja on häilyvä, ratkaisu on usein dikotominen: potilaan riskiä joko hoidetaan lääkkeellä tai ei hoideta. Onko potilaiden ”huono hoitomyöntyvyys” osaksi kannanotto sen puolesta, että elämä sisältää ja sen kuu- luukin sisältää riskejä?

Käytännön työkalu näiden ristipaineiden ratkaisemiseksi on näyttöön perustuva lääketiede, joka pyrkii keräämään parhaan mahdollisen tiedon ratkaistavasta asiasta ja tiivistämään sen *hoitosuosituksiksi*. Hoitosuosituksen tekeminen on aikaa, ammattitaitoa ja viisautta vaativaa työtä, joka ansaitsee kaiken mahdollisen tuen. Silti hyväkään hoito-ohje ei suoraan kerro, mitä lääkärin olisi juuri tässä tilanteessa juuri tälle potilaalle tehtävä. Hoito-ohje tiivistää laajojen tutkimusten keskeisen tiedon, mutta potilaan hoito vaatii juuri hänen ongelmansa perusteellisen tuntemuksen ja arvioinnin. Potilaan ikä, muut sairaudet tai elämäntapa voivat aiheuttaa sen, että hoito-ohjeen noudattaminen on huono ratkaisu, pahimmillaan jopa vaarallista.

Moniin tilanteisiin ja ongelmiin ei ole hoito-ohjetta. Arkielämän kaikkiin ongelmiin ei kaksoissokkotutkimuksen menetelmällä voidakaan tehdä pätevää ohjetta. Silti hoidon tarve pitää arvioida ja potilas hoitaa. Potilas ratkaisee viime kädessä itse hoitonsa, mutta kuinka esitellä iäkkäälle monisairaalle vanhukselle luotettavasti ja ymmärrettävästi eri vaihtoehtojen edut ja haitat, kun lääkärinkin on niitä vaikea arvioida? Meillä ei kuitenkaan ole tarjolla hoitosuositusta parempaa menetelmää.

Lääketieteen tutkimus parantaa sairauksien hoitoa, mutta se myös lisää ymmärrystä riskeistä ja auttaa niiden arvioinnissa. Viisauden ohessa tieto tuo myös tuskaa – ja käytännön ongelmia. Kun tiedämme enemmän riskeistä, paine etsiä ja ehkäistä riskitekijöitä kasvaa. Kärjistäen: ennen potilas tuli vastaanotolle kertomaan vaivastaan, lääkäri tutki potilaan ja hoiti häntä parhaansa mukaan. Nyt potilaan saapuessa vastaanotolle jonkin vaivan takia tunnollinen lääkäri seuloo potilaalta samalla masennuksen, eturauhassyövän, suurentuneet rasva-arvot, liiallisen alkoholinkäytön, luuston osteoporoosin ja reikiintyneet hampaat. Törmäämme ”*riskien epidemiaan*”. Kuinka pitkälle tässä on mentävä? Milloin riskien etsiminen vie huomion niin, että varsinainen käyntisyö jää taka-alalle?

Miten terveyskeskuslääkäri pystyy toimimaan rationaalisesti hoitaen hyvin potilaan ongelman aiheuttamatta yhteiskunnalle turhia kuluja? Voiko hän säilyttää kliinisen päätöksenteon vapauden? Ratkaisua voidaan hakea tiedosta ja hoito-ohjeista, mutta sitä voidaan hakea myös lääkärintyön ytimestä, potilassuhteesta. Ensinnäkin lääkärin on ymmärrettävä potilaan kysymys, ja ymmärrykseen hänen pitää kuunnella ja kuulla potilaan tarina. Sen jälkeen hänen on hyödyllistä ajatella ääneen, mieluiten yhdessä potilaan kanssa. Näin lääkärin tietämys terveydestä ja sairauksista yhdistyy potilaan tietämykseen hänen omasta elämästään. Niin päädytään tutkimusten ja hoitojen valikkoon, josta parhaassa tapauksessa valitaan yhteisymmärryksessä parhaat keinot tutkimukseen ja hoitoon. Ihan-

teellisessä tilanteessa lääkäri kulkee potilaansa rinnalla, seuraa tilannetta ja tarvittaessa muuttaa tutkimus- ja hoitolinjaa.

Kari Eskola
terveyskeskuslääkäri
Keuruun-Multian terveyskeskus

Voimavarojen merkitys hoidon tarpeen määrittämisessä ja hoitoon pääsyssä

Suomi on kokenut viime vuosikymmenten aikana voimakkaan rakennemuutoksen, joka jatkuu edelleen. Elinkeinorakenne kehittyy kohti palveluita. Väestö hakeutuu uusien työpaikkojen perässä kasvukeskuksiin. Viimeistä kymmentä vuotta kuvaa voimakas talouskasvu. Tiedon lisääntyminen ja hoitomenetelmien nopea kehitys ja samalla käytössä olevien voimavarojen kasvu ovat vaikuttaneet muutokseen terveydenhuollossa. Kehityksen myötä alueelliset erot ovat korostuneet.

Voimavarat ja tarve eivät kohtaa

Terveydenhuollon henkilöstön kasvua on hidastanut pula ammattitaitoisista työntekijöistä. Lääkärimäärä on kasvanut nopeasti, mutta lääkärit ovat keskittyneet yliopistolisten sairaaloiden ympärille. Yliopistollisissa sairaanhoitopiireissä on yksi lääkäri 250 asukasta kohti. Kauempana yliopistosairaaloista lääkäritiheys on puolet siitä. Syrjässä olevien sairaaloiden lääkärinviroista kolmannes voi olla täyttämättä. Yliopistosairaaloissa vaje on ollut parin prosentin luokkaa. Kyselytutkimukset osoittavat, että lääkärit toimivat mielellään yliopistosairaaloiden tuntumassa.

Pula hoitohenkilökunnasta on koetellut suuria kasvukeskuksia. Kasvukeskuksissa hoitajat ovat hakeutuneet terveydenhuollon ulkopuolelle. Hoitohenkilökunnan jakauma valtakunnan sisällä on ollut tasainen. Paikallinen koulutus on mahdollistanut paremman reagoinnin työvoiman tarpeeseen ja siten johtanut yhtenäiseen mitoitukseen.

Lääkärivaje voi johtaa palveluiden saannin vähenemiseen. On viitteitä siitä, että vajaa lääkärimiehitys korreloi potilasvahinkojen määrään sairaalassa. Laki potilasvahingoista edellyttää kokeneen ammattihenkilön laatustandardia hoidossa. Viime vuosina ei ole ollut poikkeuksellista, että kokonainen maakunta on ollut ilman ainoatakaan tietyn alan erikoislääkäreitä.

Muuttoliikkeen myötä syrjäseudut ovat menettäneet nuorta väestöä. Iäkkäämpi väestö on jäänyt paikoilleen. Tämän seurauksena esimerkiksi vuoden 2005 lopussa 12,3 % Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin väestöstä oli yli 64-vuotiaita. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä vastaava luku oli 22,3 %. Yli 74-vuotiaiden kohdalla ero on samansuuruinen. Ikärakenteen painottuminen vanhoihin ikäluokkiin lisää väestön terveyspalveluiden tarvetta.

Kuolleisuus- ja sairastavuuserot eivät ole Suomessa poistuneet, vaikka jonkin verran tasaantumista on tapahtunut. Länsisuomalaiset ovat edelleen terveimpiä. Pohjanmaalla asuvat miehet elävät useita vuosia pitempään kuin kainuulaiset miehet.

Lääkäripula, hoitamattomat virat, ikääntynyt väestö sekä korkea sairastavuus keskittyvät samoille seuduille. Tästä huolimatta julkinen terveydenhuolto on pystynyt tarjoamaan palvelut koko maahan. Perusterveydenhuollon palvelut ovat puutteistaan huolimatta olleet hyvät myös syrjäseuduilla. Itse asiassa Helsingin ja Uudenmaan alueella käydään vähiten terveyskeskuslääkärillä. Eniten Kansaneläkelaitoksen korvaamia yksi-

tyislääkärikäyntejä on pääkaupunkiseudulla. Ero on yli nelinkertainen verrattuna Keski-Pohjanmaahan.

Julkisen perusterveydenhuollon menot ovat olleet korkeimmat harvaanasutuilla seuduilla. Lapissa tarvevakioidut perusterveydenhuollon menot ovat 18 prosenttia yli valtakunnan keskiarvon. Helsinki ja Uusimaa käyttää perusterveydenhuoltoon neljä prosenttia yli maan keskiarvon. Erikoissairaanhoidon kustannukset Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ovat 16 prosenttia korkeammat kuin mitä tarvevakiointi edellyttäisi.

Voimavarojen kohdentaminen tärkeää

Makrotasolla vaikuttaisi siltä, kuin terveydenhuollon kysyntä ja tarjonta eivät kohdaisi huolimatta monista tasoitusyrityksistä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hoitoon. Valtakunnallisesti vaatimus yhtenäisestä hoidon saatavuudesta on kirjattu myös kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolakeihin.

Kaikki käytettävissä olevat voimavarat hyödynnetään terveydenhuollossa. Jos sairaalasänkyjä on runsaasti saatavilla hoidon toteuttamiseksi, ne myös täyttyvät potilaista. Samalla tavalla käytetään niitä hoitomuotoja, jotka osataan hyvin ja johon on tarjolla välineistö ja henkilöstö. Tämä selittää osaltaan suuret valtakunnalliset erot leikkausten määrässä. Keinonivel- ja sydänleikkausten alueelliset erot ovat vain yksi esimerkki.

Tietoa on vähän siitä, saavutetaanko voimavarojen lisäämisellä väestölle parempi terveys. Britannia on viime vuosina lisännyt nopeasti julkista rahoitusta terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus on noussut useita prosentteja. Erilaisia suoritteita on saatu enemmän, mutta kustannusten nousu on siirtynyt suurelta osin terveydenhuollon työntekijöiden palkankorotuksiin. On liian aikaista arvioida, onko voimakkaalla panostuksella parannettu väestön terveydentilaa.

Uusilla hoitomuodoilla voidaan saada yksilön kannalta parempia hoitotuloksia. Väestötasolla vaikutus voi olla vähäinen tai puuttua kokonaan. Suomen voimakkaasti alentunutta sepelvaltimokuolleisuutta selittää vain neljänneksen terveydenhuollon parantunut toiminta. Suurin osa kuolleisuuden pienenemisestä johtuu muista yhteiskunnan toiminnan muutoksista. Erikoissairaanhoidon panostaa voimakkaasti kajoaviin hoitomenetelmiin kuten leikkauksiin ja pallolaajennuksiin. Niiden vaikutus kuolleisuuden laskussa arvioidaan olevan kahdeksan prosenttia.

Terveydenhuollossa tavoitteena oikeudenmukaisuus

Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamisesta nostaa esille monia ratkaisuehdotuksia. Keskeiset hoidon saantia tasaavat tekijät ovat yhtenäiset hoitokriteerit ja kiireettömän hoidon saannin turvaaminen. Yhtenäisiä hoitokriteereitä on valmistunut yli kahteensataan yleisimpään sairauteen kattaen merkittävät kansansairaudet. Potilaat ovat aina yksilöitä ja sairaudet erilaisia. Kriteerien kirjaimellinen noudattaminen onnistuu harvoin. Osaa ohjeista voidaan pitää liian yleisinä. Toiset evästyksiset ovat onnistuneet määrittämään arvioidun tarpeen hyvin suhteessa käytettävissä oleviin voimavaroihin. Osa ohjeista tuo hoidon piiriin potilasryhmiä, joiden hoitoon ei ole riittävästi osaajia eikä hoitokapasiteettia.

Terveydenhuollon etiikassa korostuu usein velvollisuusetiikka, jonka tärkeitä periaatteita ovat elämän kunnioitus, potilaan hoitaminen kaikissa olosuhteissa, potilaan

oikeuksien kunnioittaminen sekä pyrkimys oikeudenmukaisuuteen. Nämä ovat olleet keskeisiä periaatteita myös uudistettaessa terveydenhuollon lainsäädäntöä. Yhteiskunnan rakenteiden muutos asettaa haasteita näiden tavoitteiden saavuttamiselle. Suurista rakennemuutoksista ja tilastossa näkyvistä palveluiden tarpeen ja saannin eroista huolimatta on tässä onnistuttu hyvin.

Suunnattaessa voimavaroja väestön terveyteen ja hyvinvointiin yksilötason päätösten lisäksi tarvitaan eettistä arviota. Terveystenhoito ei ole vain nopeita yksittäisiä toimenpiteitä vaan myös pitkäaikaissairauksien hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Voimavarojen oikea suuntaaminen vaatii uuden tiedon hankkimista myös uusien keinoin. Tuleva kansallinen sähköinen sairaskertomus avaa tähän uusia mahdollisuuksia. Kaikkia ei voida auttaa lääketieteen keinoin. Pyrkimys hoivan keinoin tukea hoivattavaa ylläpitämään autonomiaa omassa elämässään on yksi tärkeimmistä auttamisen keinoista. Elämää kunnioittava asenne ei ole ristiriidassa oikeudenmukaisuuden kanssa.

Timo Keistinen
johtajaylilääkäri
Vaasan sairaanhoitopiiri
timo.keistinen@vshp.fi

ETENE:n JÄSENET JA VARAJÄSENET

1.10.2002-30.9.2006

Puheenjohtaja:

Apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen
Helsinki (16.8.2004 -30.9.2006)

Varsinaiset jäsenet:

Ekonomi Jyrki Pinomaa

Kuntokallio-Säätiö, Helsinki

Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto

Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki

Johtajaylilääkäri Timo Keistinen

Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa

Lääkäri Vuokko Rauhala

Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä

Toiminnanjohtaja Pirkko Lahti

Suomen Mielenterveysseura, Helsinki

Ylilääkäri Veikko Aalberg

HUS Lasten ja nuorten sairaala, HUS

Lääkäri Marjatta Blanco Sequeiros

Oulu

Professori Hannu Hausen

Oulun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos

Ylilääkäri Jaana Kaleva-Kerola

Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi

Hallintoneuvos Marita Liljeström

Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

Professori Martin Scheinin

Åbo Academi, Turku

Professori, ma. Merja Nikkonen

Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Yliopistonlehtori Pekka Louhiala

Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos

Sairaalasielunhoidon koulutussihteeri Sirkku Eho

Kirkkohallitus, Helsinki

Kansanedustaja Anne Huotari

Eduskunta

Kansanedustaja Tuula Väättäin

Eduskunta

Kansanedustaja Simo Rundgren

Eduskunta

Kansanedustaja Paula Risikko

Eduskunta

Asiantuntijat:

Arkkiatri Risto Pelkonen

Kauniainen

Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura

Suomen Apteekkariliitto, Helsinki

Varapuheenjohtaja:

Ylilääkäri Leena Niinistö

Katriinan sairaala, Vantaa

Varajäsenet:

Lääkäri Oiva Antti Mäki

Tampereen terveystieteiden keskus

Asiantuntija Kati-Pupita Mattila

Sininauhaliitto, Helsinki

Johtava ylilääkäri Rauno Mäkelä

A-klinikkasäätiö, Helsinki

Työterveyshoitajakouluttaja Anne Boström

Tuusula

Suunnittelija Soili Nevala

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, Helsinki

Ylilääkäri Esko Alhava

Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio

Koulutussuunnittelija Aira Pihlainen

Helsingin kaupunki, opetusvirasto

Lääkäri Kalle Mäki

Koskiklinikka, Tampere

Apulaisyliääkäri Heikki Hinkka

Kangasalan terveystieteiden keskus

Lakimies Irma Pahlman

Hyvinkää

Professori Veli-Pekka Viljanen

Turun yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta

Professori Hans Åkerblom

Helsinki

Professori Jaana Hallamaa

Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta

Professori Helena Leino-Kilpi

Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos

Kansanedustaja Pehr Löf

Eduskunta

Kansanedustaja Saara Karhu

Eduskunta

Kansanedustaja Merikukka Forsius-Harkimo

Eduskunta

Kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara

Eduskunta

Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto:

pj, hallintoneuvos Raimo Pekkanen

Espoo

vpj, professori Helena Kääriäinen

Turun yliopisto, lääketieteellinen genetiikka

- 1 Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001)
ISBN 952-00-1076-9
- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och socialvården. (2001)
ISBN 952-00-1077-7
- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles. (2001)
ISBN 952-00-1078-3
- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. (2002)
ISBN 952-00-1086-6
- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002. (2003)
ISBN 952-00-1257-5
- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. (2003)
ISBN 952-00-1269-9
- 7 TUKIJA 1999-2002. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto. (2003)
ISBN 952-00-1299-0
- 8 Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. (2004)
ISBN 952-00-1435-7
- 9 Vård i livets slutskede – Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2004)
ISBN 952-00-1436-5
- 10 Autonomia ja heitteillejätö - eettistä rajankäyntiä. (2004)
ISBN 952-00-1458-6
- 11 Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. (2005)
ISBN 952-00-1642-2
- 12 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja ETENE:n lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). (2005)
ISBN 952-00-1815-8 (nid.), ISBN 952-00-1816-6 (PDF)
- 13 Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) och den medicinska forskningsetiska sektionen (TUKIJA) inom ETENE
ISBN 952-00-1824-7 (nid.), ISBN 952-00-1825-5 (PDF)
- 14 The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE) and ETENE's Subcommittee on Medical Research Ethics (TUKIJA)
ISBN 952-00-1826-3 (nid.), ISBN 952-00-1827-1 (PDF)
- 15 "Imago Dei". Ihminen - Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote? (2005)
ISBN 952-00-1884-0 (nid), ISBN 952-00-1885-9 (PDF).

- 16 TUKIJA 2002-2006, ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto. (2006)
ISBN 952-00-2206-6 (nid.), ISBN 952-00-2207-4 (PDF)
- 17 Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. (2006)
ISBN 952-00-2212-0 (nid.), ISBN 952-00-2213-9 (PDF)
- 18 Tarve terveydenhuollossa – kuka tai mikä määrittää? (2007)
ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)