



Mika Valtonen

Dos, erikoislääkäri
Anestesiologian ja tehohoidon oppiaine, Turun yliopisto
Tyks, Toimenpide-, tehohoidon ja kivunhoidon palvelualue
mika.valtonen@varha.fi

Rahat vai henki

– voiko tehohoitoa priorisoida?

Priorisointi on arvovalinta siitä, mihin ja miten yhteiset varat käytetään. Yksilön ja väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevat tarpeet ja toiveet kasvavat lähes rajattomasti terveysteknologian kehittymisen myötä. Rajallisten resurssien maailmassa kaikkea vähähyötyistä tai mahdollisesti hyödylliseksi oletettua hoitoa ei voida toteuttaa ja sen vuoksi on tehtävä valintoja.

Käytössä olevia talousresursseja tarvitaan yhteiskunnassa myös muualla kuin terveydenhuollossa. QALY (quality-adjusted life-year), joka yhdistää elämänlaadun ja elinajan, on paljon käytetty terveydenhuollon kustannustehokkuuden mittari. Vaikka QALY suosii yleensä niitä, jotka hyötyvät interventioista eniten, ei se riitä ainoaksi mittariksi tehohoidon valintoihin.

Tehohoidossa oleva potilas on kriittisen sairastumisen tai vammautumisen johdosta yleensä hengenvaarassa, jota hoidolla pyritään ennakoimaan ja torjumaan. Resurssien rajallisuus edellyttää kuitenkin usein nopeitakin valintoja siitä, ketä hoidetaan ja ketä ei. Jokainen annettu hoito on periaatteessa joltain toiselta pois. Ydinkysymys on, että mihin interventioon tai potilasryhmään vaihtoehtokustannukset voisivat kohdentua ja paljonko siitä seuraa menetettyä terveyshyötyä? Yleisellä tasolla priorisoinnin tulisi aina perustua eettisesti hyväksytyihin periaatteisiin, joissa korostuvat yhdenvertaisuuden, hoidon tarpeen, sillä saavutettavan hyödyn ja kustannusvaikuttavuuden huomioon ottaminen (1). Mutta helpommin sanottu kuin tehty, sillä edellä olevia periaatteita ei ole ihan helppoa toteuttaa, saatikka mitata.

Terveydenhuollon resursseista keskeisiä ovat aika, osaaminen ja raha.

Priorisoinnin periaatteista terveydenhuollossa

Priorisointia voi terveydenhuollossa toteuttaa monista eri lähtökohdista (Taulukko 1). Yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus ovat yleensä päätöksissä etusijalla, mutta esimerkiksi Alankomaissa myös yksilön oma vastuu terveydestään ja tekemisistään on yksi priorisoinnin periaatteista. Ruotsissa, Norjassa, Alankomaissa, Isossa-Britanniassa ja Uudessa-Seelannissa kustannusvaikuttavuutta mitataan säännöllisesti vertaamalla QALY-arvoja hoidon kustannuksiin. Kaikissa edellä mainituissa maissa priorisoinnin periaatteita sovelletaan myös uusien hoitomenetelmien vaikuttavuuden arvioinnissa.

Suomessakin on alettu valmistella yhteisiä linjauksia terveydenhuoltomme priorisointiin. Naapurissamme Ruotsissa on jo käytössä hoitojen hintakattoja ja osa priorisoinnin eettisistä periaatteista on siellä kirjattu terveydenhuoltolakiin. Lisäksi priorisointikeskus Linköpingin yliopistossa tuottaa priorisointiin liittyvää tutkimusta, jota hyödynnetään hoitojen vaikuttavuuden arvioinnissa. Silti Ruotsissakin lääkärit ovat toivoneet lisää käytännönläheisempiä ohjeita hoitopäätöksiin.

Samaa keskustelua käydään meillä Suomessa, jossa julkisen palveluvalikoiman karsiminen on

Priorisoinnin kriteerit	Edut	Haitat
Tavoite	Ei voida valita kuka saa hoitoa	Saavutettavissa oleva terveyshyöty on sattumanvaraista
Arvonta	(kaikilla on arpa = kaikille oikeudenmukainen)	Nopeimmat, tiedostavimmat, varakkaimmat hyötyvät, eivät eniten tarvitsevat
Ensin tulleet hoidetaan ensin	Yksiselitteinen, ei edellytä erillisiä päätöksiä	Ei huomioi kykyä hyötyä hoidosta
Sairaimmat ensin	Moraalisesti hyväksyttyä	Ei huomioi kykyä hyötyä kyseisen sairauden hoidosta.
Nuorimmat ensin	Saavutetaan eniten elinvuosia	Mikä ikä on arvokkain?
Paranemisen todennäköisyys	Tuottaa eniten terveyshyötyä kyseisessä sairaudessa	Ei huomioi elinajanodotetta ja huomioi vain kyseisen sairauden
Elinvuosien maksimointi	Suurin terveyshyöty	Lisääkö eriarvoisuutta? (korkea ikä, muut sairaudet, elintavat)
Välineellinen arvo	Yhteiskunnan toiminnan turvaaminen	Allokoi hoitoa ihmisen toiminnan arvon, ei hoidon tarpeen mukaan
Vastavuoroisuus	Palkitsee hyvistä elintavoista tai tekemisistä	Herkkä väärinkäytölle, ei huomioi yksilöllistä tarvetta tai kykyä hyötyä hoidosta

Taulukko 1. Priorisointitapoja terveydenhuollossa.

osoittautunut poliittisesti haastavaksi. Vuonna 2014 perustettu palveluvalikoimaneuvosto (PALKO) antaa kyllä suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai sieltä poisrajaamisesta. Neuvoston suositukset kattavat kuitenkin vain pienen osan terveydenhuollon toiminnasta ja suositusten toimeenpanoa on toisinaan haitannut niin poliittinen kuin lääketieteellinen kiistely.

Toisessa ääripäässä oli koronapandemian aikana kuultu poliitikkojen lupaus, että ”tehohoitoa on aina tarjolla kaikille, ja jokainen saa varmasti tarvitsemansa hoidon, maksoi mitä maksoi”, vaikka todellisuus oli toinen. Vanhentuneen pandemiavalmiussuunnitelman ja potilailta puuttuvien hoitosuunnitelmien seurauksena syntyi spontaania ja suunnitelmatonta piilopriorisointia, joka hämmensi niin kansalaisia kuin terveydenhuollon ammattilaisia. Viime kädessä julkinen valta ja demokraattinen päätöksentekojärjestelmä ovat kuitenkin vastuussa siitä, miten terveydenhuollon oikeudenmukaisuus toteutuu ja minne verovaroja kulloinkin kohdennetaan. Lääkärien tehtäväksi jää arvioida, ketä lopulta hoidetaan ja ketä ei, mutta he toimivat niillä resursseilla, jotka heidän käyttöönsä on annettu. Silloin priorisointia on pakko tehdä

joka päivä, mutta ilman yhteisesti ja avoimesti sovittuja periaatteita.

Case Fabry

Fabryn tauti on perinnöllinen entsyymipuutoksesta johtuva rasva-aineenvaihdunnan sairaus, joka hoitamattomana johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Tauti on hyvin harvinainen ja sitä sairastaa Suomessa noin 120 potilasta, joista noin 80 on hoidossa. Ensimmäiset entsyymikorvaushoidot annettiin Suomessa tammikuussa 2003 Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuoden kestoisen 13 potilaan tutkimusprojektin yhteydessä.

Projektin päätyttyä lääketiimien hyödyllisyyttä arvioitaessa todettiin sen korkean hinnan (noin 300 000 euroa vuodessa potilasta kohti koko eliniän ajan) heikentävän niin paljon muiden potilaiden hoitoa, ettei hoitoa pidetty mahdollisena jatkaa (2). Heti seuraavana vuonna 2005 eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio (Dnro 921/4/04) totesi tehdyn joukkovalituksen perusteella, ettei ole hyväksyttävää evätä yksilöltä tarpeellista hoitoa vain rahan puutteen vuoksi. Mainittakoon, että yhdeksästä ensimmäisestä potilaasta kolme kuoli ensimmäisen kahdeksan hoitovuoden aikana ja yksi potilaista luopui hoidosta

Yksittäisen potilaan hoitopäätös ei voi perustua pelkästään kustannuksiin.

>>

Arvo	Periaate	Kriteerit
Oikeudenmukaisuus	Vakavat sairaudet priorisoidaan lievien edelle	Vakavissa sairauksissa €/QALY voi olla korkeampi ja hoitoon pääsy nopeampi
Solidaarisuus	Haavoittuvat etusijalla	Vakavat sairaudet, huono elämäntilanne, lapset ja nuoret
Kustannusvaikuttavuus	Hoidot/ potilasryhmät, joissa enemmän QALY etusijalle	Kustannukset kohtuullisia suhteessa hoidon vaikuttavuuteen. Saavutettavissa oleva terveyshyöty/elämänlaatu. Huomioidaan hoidon riskit ja sivuvaikutukset. Vähähyödyllisten hoitojen karsiminen.

Taulukko 2. Priorisoinnin keskeiset periaatteet.

omasta tahdostaan katsottuaan, että hoidon hyöty oli vähäinen (2). Tämän jälkeen vielä kaksi potilaista lopetti lääkityksen sivuvaikutusten takia. Myöhemmin korvaushoito on vakiintunut osaksi Fabryn taudin rutiinihoitoa, johon oikeusviranomaisen päätös todennäköisesti osaltaan vaikutti.

Edellä mainittu oikeusasiamiehen päätös käytännössä siis kielsi priorisoinnin, jossa terveydenhuollon palveluvalikoimaa olisi rajattu kustannustehokkuuden tai vaihtoehtoiskustannusten perusteella. Oikeusasiamies perusteli päätöstään perustuslailla (19 § 3 momentti), jossa todetaan, että ”julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä” (3). Sen mitä ”riittäville palveluille” tässä yhteydessä tarkoitetaan, jättää perustuslaki auki. Päätös oli joka tapauksessa merkittävä ja vaikuttaa edelleen priorisointikeskusteluun sekä perustuslain tulkintaan hoitopäätöksiä tehtäessä. Oikeusoppineet ovat silti toistuvasti nostaneet esiin myös samassa lauseessa olevan ”väestön terveyden edistämisen”, jonka toteutuminen voi olla ristiriidassa yksilön absoluuttisten oikeuksien kanssa. Esimerkki todistaa, että terveydenhuoltoon tarvitaan kansalliset ja läpinäkyvät periaatteet priorisoinnin tueksi sekä lisää avointa keskustelua, johon kansalaisillakin on mahdollisuus osallistua (4).

Priorisointi tehohoidon ja kustannusten näkökulmasta

Terveydenhuollon resursseista keskeisiä ovat aika, osaaminen ja raha. Priorisointia tarvitaan, kun saatavilla olevaa erityisresurssia (esim. elinsiirrot, kallis lääke, uusi rokote) tai -osaamista

(esim. vaativa kirurgia, tehohoito) on vain rajoitetusti tarjolla. Käytännössä yleisin rajoite terveydenhuollossa on puuttuva raha.

Tehohoidon, kuten muunkin vaativan hoidon, priorisoinnin yleisesti hyväksytyjä kulmakiviä ovat oikeudenmukaisuus, solidaarisuus ja hoidon kustannusvaikuttavuus (Taulukko 2). Esimerkiksi Isossa Britanniassa NICE (National Institute of Health and Care Excellence) suosittelee hoitoa, jos sen kustannus jää alle 25 000 €/QALY, eikä pääsääntöisesti hyväksy yli 36 000 €/QALY hoitoja palveluvalikoimaan. Ruotsissa laatu-

painotettujen elinvuosien hintakatto on 44 000 – 89 000 euroa riippuen sairauden vakavuudesta. Norjassa vastaavat luvut ovat 24 000 – 71 000 euroa. Näiden rajojen hyvänä tarkoituksena on yrittää pitää kustannukset kohtuullisina suhteessa hoidon vaikuttavuuteen. Vaikuttavuudessa painotetaan tällöin saavutettavaa terveyshyötyä ja

elämän laadun parantamista ottaen huomioon myös hoidon sivuvaikutukset ja riskit. Suomessa virallista hintakattoa laatu-painotettua elinvuotta kohti ei ole.

Koska tehohoidossa torjutaan tilapäistä hengenvaaraa, niin yksittäisen potilaan hoitopäätös ei voi perustua pelkästään kustannuksiin, vaan ratkaisevaa on potilaan kyky hyötyä tehohoidosta (5). Yksittäistapauksessa tehohoitopotilasta voidaan hoitaa myös palveluvalikoimaan kuulumattomalla tai tavanomaista kalliimmalla hoitomenetelmällä, jos se on lääketieteellisesti arvioiden välttämätöntä (6). Toisaalta kenellekään ei ole subjektiivista oikeutta tiettyyn terveydenhuollon palveluun ilman saatavan hyödyn lääketieteellistä arviota ja yhteiskunnan käytettävissä olevien resurssien huomioon ottamista (7).

Teholääkäri pyrkii jakamaan käytettävissä olevat resurssit oikeudenmukaisesti ja tehokkaasti.

Lopuksi

Käytännössä tehollääkäri toimii potilaidensa parhaaksi pyrkien jakamaan tehohoidon käytettävissä olevat resurssit oikeudenmukaisesti ja tehokkaasti. Resurssien määrän ratkaisee lopulta se, kuinka suuri osa verotuloista ylipäätänsä halutaan kohdentaa terveydenhuoltoon, ja miten voimavarat sen sisällä sovitaan jaettavaksi. Eettistä pohdittavaa silti riittää: miten hoitointerventioon ja siitä syntyviin kustannuksiin saa vaikuttaa esimerkiksi odotettavissa oleva elinaika, edeltävä toimintakyky, hoitomyöntyvyys, elämäntavat, perussairaudet tai korkea ikä. Käytännössä mikään yksittäinen parametri ei saisi sulkea ketään tehohoidon ulkopuolelle ja kaikista toipumiseen vaikuttavista tekijöistä tarvitaan synteesi, jonka perusteella muodostuu käsitys potilaan toipumisennusteesta. Päätöksen tehohoidon aloittamisesta tai siitä pidättäytymisestä tulee siten perustua oikeudenmukaisuuteen, tutkittuun tietoon sekä vankkaan kliiniseen kokemukseen (8). Tehohoidon potilasvalinnoissa korostuvat yhtäläinen ihmisarvo, oikeudenmukainen kohtelu sekä tarvesolidaarisuus, joka huomioi sairauden vakavuuden suhteessa kykyyn hyötyä tarjolla olevasta hoidosta (7). Tehohoidon priorisoinnissa ei siis järjestykseen laiteta ihmisten arvoa, vaan heidän toipumisennusteitaan. Tehohoidon potilasvalinta perustuu lääketieteelliseen arvioon hengenvaarasta ja tehohoidon mahdollisuuksista sen torjumiseen (8).

Terveydenhuollossa priorisointi auttaa pitämään kustannuksia aisoissa, mutta pakottaa tekemään vaikeita valintoja. Jos arviointiperusteena käytetään esimerkiksi vain elämänlaatua, on sen objektiivinen määrittely ulkopuoliselle haastavaa, koska siihen vaikuttaa niin ihmisen arvomaailma, eletyn elämän jättämät jäljet kuin jäljellä olevan elämän odotukset (9). Lyhytaikainen hyöty hoidosta voi kuolemansairaallekin olla merkittävä

asia, vaikka laatupainotteinen elinvuosilaskelma antaisi huonon tuloksen. Tällöin arvioijan pitää vain ymmärtää, ettei otsikon kysymys ”rahat vai henki” ole dikotominen. ■

Viitteet

1. Priorisointi terveydenhuollossa. Lääkärin etiikka. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto 2021. www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/laakari-jayhteiskunta/priorisointi-terveydenhuollossa.
2. Kantola I, Penttinen M, Nuutila P ym. Fabryn tauti. Duodecim 2012;128:729–39.
3. Perustuslaki [731/1993]. www.finlex.fi.
4. Torkki P, Patja K, Leskelä R-L. Avoimen priorisoinnin edistäminen edellyttää avointa keskustelua ja hyväksyttävyyden rakentamista. Duodecim 2024;140:357–8.
5. Kari A, Reinikainen M, Järveläinen M ym. Suomen Tehoahoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019. Tehohoito 2019;37:97-108.
6. Potilaslaki [785/1992]. www.finlex.fi.
7. Torkki P, Patja K, Ignatius E ym. Terveydenhuollon palveluvalikoiden priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022;53. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>.
8. Valtonen M, Lönnroos E, Pietiläinen L ym. Vakavasti sairaan aikuispotilaan tehohoidon rajaaminen. Duodecim 2022;138:1283-90.
9. Pasternack A. Lääkehoidon priorisoinnissa lääkärin etiikkaa koetellaan. <https://urn.fi/urn:nbn:fi-fe20160308865>.