

# Valinnanvapaudesta terveydenhoidossa

*Pekka Vuoria*

Sairaanhoidon perustava tapahtuma on potilaan ja lääkärin kohtaaminen, mistä voisi käyttää suomenkielistä nimitystä hoitokohtaaminen. Lääketieteen slangilla sanottuna tämän tapahtuman nimi on kliininen praxis ja sana praxis esiintyy monessa yhteydessä, praktikus, praktiikka, lääkärin praktiikka.

Tanskalainen sisätautilääkäri Henrik Wulff (Philosophy of Medicine, 1986) jakaa lääketieteen kolmeen osaan, jotka ovat

- biolääketiede
- kliininen lääketiede, jota voisi nimittää myös koululääketieteeksi
- kliininen praxis.

Biolääketiede ja koululääketiede kuuluvat lääketieteen järjestelmiin niiden osana, kun taas kliininen praxis eli hoitokohtaaminen on aina kahden ihmisen lattiatasoinen kohtaamista.

Benhabib käyttää käsiteparia yleinen toinen ja konkreettinen toinen ihmisyhteisössä vallitsevien yksilöiden suhteiden tarkastelussa. Yleisen toisen näkökulman mukaan kohtelemme toisia yhteisön jäseniä rationaalisina olioina, joilla on samat oikeudet ja velvollisuudet kuin meilläkin. Emme ota huomioon yksilöllisiä ja konkreettisia identiteetin piirteitä. Suhdetta luonnehtii muodollinen tasa-arvoisuus ja vastavuoroisuus. Mielestäni tämä näkökulma sopii ihmissuhteisiin biolääketieteen ja koululääketieteen alueella.

Sen sijaan konkreettisen tai läheisen toisen näkökulma näkökulma edellyttää meidän suhtautuvan jokaiseen muuhun yksilönä, jolla on konkreettinen historia, identiteetti ja emotionaalis-afektiivinen olemus. Tätä suhdetta luonnehtii täydellinen samanarvoisuus ja täydellinen vastavuoroisuus. Yksilöiden välisen yhteistoiminnan muodot ovat yksityisiä, ei järjestelmän mukaisia. Ne ovat ystävyyden, rakkauden ja huolenpidon normeja. Tällaisessa ihmissuhteessa korostuu humaanius ja humaninen individuaalisuus. Siihen liittyvät moraaliset kategoriat ovat vastuullisuuden, välittämisen ja osaaottamisen värittämiä. Huolenpito, sympatia ja solidaarisuus kuuluvat tähän ihmissuhteeseen.

## LUOTTAMUS JA VÄLITTÄMINEN MOLEMMIN PUOLIN ON TÄRKEÄÄ

Konkreettisen tai läheisen toisen ihmissuhde on luonteenomaisesti perustana potilaan ja lääkärin kohtaamiselle hoitokohtaamisessa.

Jos potilaan ja lääkärin väliin tulee 'kohtalokas kolmas mies', palveluita tuottava järjestelmä, varsinkin nykyaikainen megasysteemi, niin se joka maksaa ja määrää tapahtumien kulun, vaikuttaa haitallisesti sairaanhoidon perustoimintaan, tähän kliiniseen praksiin.

Siten syntyy ylhäältä päin ohjattu rationalistinen järjestelmä, jossa määräykset kulkevat ylhäältä alaspäin ja alhaalta ylöspäin tulee enintään tilastoja siitä, mitä on tehty numeroilla mitattuna, ei mitä on tehty inhimillisillä arvoilla tai tunteilla mitattuna.

Päätäminen tapahtuu usein vielä kollektiivisen päätöksenteon tavalla ylimmällä tasolla, jonka päätöksenteon dynamiikkaa ei ole kovin paljoa tutkittukaan, puhumattakaan että sitä osattaisiin varmuudella järkevästi säädellä.

## RATIONALISTISEN ERHEEN VAIKUTUKSISTA TERVEYDENHUOLLOSSA

Rationalismi on filosofiassa käsitys, jonka mukaan tiedon lähteenä on ensi sijassa järki eikä kokemus. Jyrkän rationalismin mukaan pelkkä järki riittää tiedon saavuttamiseen, maltillisemman rationalismin mukaan kokemuksesta riippumattomalla järjellä on tiedon saamisessa olennainen merkitys sekä tiedon alkuperään että pätevyyteen nähden. Rationalistisen ajattelun edelläkävijänä oli filosofi Descartes (1596–1650), joka julkaislessaan ajattelunsa ja menetelmänsä perusteet vuonna 1637 eräänä kohtana mainitsee, että kaikesta tulisi tehdä niin täydellisiä luetteloita ja niin yleisiä katsauksia, että voisi olla varma, että mitään niistä ei puuttuisi.

Popper pitää Platonia Descartesin ajattelutavan edelläkävijänä ja myöhemmin seuraajina Hegeliä ja Marxia.

Rationalismin vastapuolena voidaan tässä tarkastelussa pitää klassista liberalismia, joka alkoi Euroopassa Britannian, ensi sijassa Skotlannin. Sen varhainen edustaja oli Locke (1632–1704), myöhemmin Adam Smith (1723–1790). Smithin tutkielma kansakuntien varallisuuden luonteesta ja syistä ilmestyi 1776 ja se on klassisen liberalismien perusteos. Myöhemmin asiaa on käsitellyt mm. J.S. Mill 1800-luvulla ja tällä vuosisadalla Mises, Popper ja Hayek. Harisalo ja Miettinen ovat hiljakkoin kirjoittaneet klassisesta liberalismista suomenkielisen monografian (Tampere University Press, 1997).

Hayekin näkemyksen mukaan kukaan yksilö ei tiedä kaikkia niitä faktoja, joita yhteiskunnan hyvä toiminta edellyttää, jonka takia ihmisten on saatava päättää asiansa sen tiedon mukaan, joka yhteiskunnassa on laajalle jakaantuneena sen yksilöille (dispersed information). Hayek katsoo, että markkinat ovat informaatiota tuottava prosessi (information gathering process), jonka mukaan ihmiset tekevät valintoja ostaa tai myydä tai pidättäytyä siitä ja siten ohjaavat yhteiskunnan toimintaa. Klassisen liberalismien mukaan myös valtion tulee olla voimakas voidakseen pitää ulkoisen ja sisäisen rikollisuuden kurissa. Miettisen ja Harisaloon mukaan 1900-luku on ollut vaikea vuosisata siksi, että liberalismi on hylätty ja ihmiset ovat joutuneet kokemaan massatyöttömyyttä ja sotia. Monet ihmiset uskovat, että nämä häiriöt johtuvat liberalismista, vaikka sillä ei ole mitään tekemistä niiden kanssa.

\*\*\*

Rationalismiin yhteiskuntaa ohjaavana periaatteena liittyy läheisesti interventioismi, se että ihmisten keskinäisiä suhteita ohjataan ja määrätään.

Myös sairaanhoidon järjestelmissä esiintyvä rationalistinen erhe on ohjannut niiden interventioistista suunnittelua, organisaatiota ja johtoa Ranskan vallankumouksesta lähtien.

Rationalistisesta erheestä voidaan käyttää myöskin synonyyminä käsitettä konstruktivistinen erhe. Konstruktivismi panee suurta painoa loogiselle käsitteiden konstruktioille ja katsoo tärkeitä käsitteitä voivan siten selvittää yksinkertaisemmin.

Rationalistinen erhe perustuu siihen uskoon, että täysin toimiva yhteiskunta liittyy kykyymme pulmien ratkaisemisesta tieteen ja sen menetelmien avulla. Tiede kuitenkin pyrkii luomaan yleisesti päteviä teorioita ja sen päämäärän vuoksi se usein sallii abstraktiota, idealisaatiota ja yk-

sinkertaistamista. Sellainen kapeasti rationalistinen malli ei sovellu silloin kun käsitellään ihmisen sairaanhoidon monimutkaisia tapahtumia, joihin liittyy emotionaalisia tekijöitä. Hyvä sairaanhoito vaatii käsitteistöille, jotka eivät sisälly nykyiseen vallitsevaan julkisen sairaanhoidon järjestelmän käsitteistöön.

Hayek väittää, että 20. vuosisata on ollut voimakkaasti taikauskoon vetoava aikakausi. Tämä taikausko tai tietousko perustuu sen yliarviointiin mitä tiede on aikaansaanut kompleksisten ilmiöiden tutkimisessa. Tähän uskomukseen perustuu suunnitelmatalous, johon kuuluisi oikeudenmukainen hyödykkeiden jako ja markkinoiden korvaaminen rationaalisiksi oletetuilla järjestelyillä, joita pakottein sovelletaan.

Ortega y Gasset sanoo, että usko tieteeseen on samanlaista uskoa kuin muukin usko. Hayek korostaa, että rationaalinen käyttäytyminen ei tuota kilpailua mutta kilpailu tuottaa rationaalista käyttäytymistä. Yksilön rationaalisuus ei ole sama kuin sosiaalisen systeemin rationaalisuus, toteaa Luhmann. Siten vaikka kollektiiviset päätöksentekijät ovat yksilöinä rationaalisia, päätökset eivät välttämättä ole. Seedhouse toteaa, että julkisen sairaanhoidon järjestelmissä on keskenään kilpailevia rationaalisuuksia, rationaalisuutta ei puutu mutta sitä on »liian paljon».

Itävallan koulukuntaan kuuluvan Hayekin evoluutionaarinen näkemys perustuu hajaantuneeseen informaatioon (dispersed information) ja laajaan spontaaniseen järjestykseen yhteiskunnassa. Näitä periaatteita tulisi noudattaa myös sairaanhoidossa.

Konstruktivistiset rationalistit perustavat argumenttinsa optiselle harhalle, he olettavat, että kaikki tosiasiat voivat olla jollekin yksilölle ymmärrettäviä ja että tämän tiedon avulla voidaan luoda toivottava sosiaalinen järjestys. Hayek kiistää tämän uskomuksen ja selittää, miten ihmisten laaja yhteistoiminta ei ole suunnittelun tulosta vaan syntyy spontaanisti. Tämä informaatiota keräävä prosessi ottaa käyttöönsä laajalti hajaantuneen yhteiskunnassa olevan informaation, jonka markkinat tuovat käyttöön. Hayek korostaa yksilön valinnan merkitystä, jonka lääketieteen suuret järjestelmät ja myöskin biolääketiede jättävät huomiotta.

Kapean rationalistinen suunnittelu, organisaatio ja johtaminen julkisen sairaanhoidon järjestelmissä muodostavat rationalistisen erheen ytimen. Siihen sisältyy ajatus, että valtaa ja pakotusta esiintyy ylhäältä alaspäin ja siihen sisältyy se piirre, että kollektiivinen päätöksenteko ohjaa toimintoja ja jakaa resursseja riippumatta potilai-

den valinnoista. Rationaalisten yksilöiden omaisuus, jota Habermas korosti, on Luhmannin mukaan muuttunut toimimattomaksi vahvasti teollistuneen yhteiskunnan monimutkaisilla tasoilla, jopa uhkaa sosiaalisen järjestelmän säilymistä. Tämä uhka kohdistuu myös julkiseen sairaanhoitoon.

Potilaat käsitetään objekteiksi ja materiaaliksi ja koko järjestelmää nimitetään »terveys-teollisuudeksi» (»health industry»). Laajalle jakaantunut tieto on paljolti tukahdutettua tietoa, jota potilaat tai sairaanhoidon ammattilaiset eivät anna käytettäväksi järjestelmän ja potilaiden hyväksi.

Rationalistiselle erheelle tyypillisiä ovat potilaat materiaalina, diagnoosien lista nimeltä DRG (Diagnosis Related Groups) ja priorisointi käyttäen monitulkintaisia menetelmiä kvaliteettien kvantifiointiin kuten Quality Adjusted Life-Year (laaturapainotettu elinvuosi).

\*\*\*

Kartesiolainen rationalismi oli rationalististen sosiaalisten tendenssien edeltäjä runsaat sata vuotta aikaisemmin. Rationalistinen ajattelu ja organisaatio yhteisössä on johtanut moniin instituutioihin, jotka eivät ole tuottaneet tyydyttäviä käytännön tuloksia.

Rationalistinen erhe ylläpitää näkemystä siitä, että julkinen sairaanhoito voidaan organisoida, ohjata ja ylläpitää rationalististen ja interventivististen periaatteiden mukaan siten, että käskytyks tapahtuu ylhäältä alaspäin.

Hayekin lisäksi myös Popper on arvostellut avoimen yhteiskunnan ja sen vihollisia samoin kuin Mises kirjoissaan Human Action ja Socialism. J.S. Mill puolestaan toteaa, että jos yhteiskunta ryhtyy interventioihin yksittäisiä kansalaisia kohtaan, niin se johtaa vähitellen syvälle menevään puuttumiseen jokapäiväisen elämän tapahtumiin yksilöiden kohdalla.

Tämän ylhäältä ohjautuvan järjestelmän haittana ovat erilaiset vääristymät, esimerkiksi loistoiminat, joita järjestelmään pesiytyy sen varsinaisen tehtävän rinnalle tai jopa niitä syrjäyttävänä ja samoin saatavuuden häiriöt, jotka näkyvät huonosti tai ei ollenkaan saatavilla olevina palveluina tai jonotuksina tai muina saatavuuden häiriöinä. Ne näkyvät myös potilaan ja lääkärin suhteessa niin, että lääkäri on enemmän järjestelmän palvelija kuin potilaan palvelija. Resursien tarve ja kysyntä eivät kunnollisesti kohtaa toisiaan. Järjestelmä on jäykkä ja läpinäkyvätön ja virheiden korjaaminen on vaikeaa.

## JÄRJESTELMÄN KORJAAMINEN

Järjestelmän korjaamisen tulisi tapahtua niin, että ohjaavaksi toiminnaksi tulisi lattiataason tapahtuma, potilaan ja lääkärin kohtaaminen, hoito-kohtaaminen.

Tämä voitaisiin saada aikaan siten, että potilaan valinnanvapautta olennaisesti lisättäisiin tai jopa saataisiin potilaan valinta ohjaamaan koko järjestelmää. Sillä tavalla potilaan ja lääkärin kohtaaminen muodostaisi tiedoston, jonka mukaan järjestelmä automaattisesti kohdentaisi voimavaroja sinne, missä kysyntää on. Mainittakoon, että kysynnän lisääntyminen ja väheneminen usein on yllättävääkin. Esimerkiksi talouslaman tullessa Suomeen lääkärissäkäynnit vähentyivät, koska monet eivät uskaltaneet niin helposti kuin aikaisemmin jäädä sairauslomalle työpaikan menettämisen pelossa. Jonojen pituudessa erilaisiin operatioihin on Suomenkin eri sairaalapiireissä suuria eroja. Lattiataason toiminnasta saatava tieto olisi sellaista eräänlaista 'markkinatietoa', josta yhteiskuntafilosofi Hayek käyttää nimitystä 'dispersed information' eli hajaantunut tieto. Järjestelmän ohjaaminen on eräänlaista tiedonhankintaprosessia ja sen tiedon tarjoaisi potilaan ja lääkärin kohtaaminen, joka tapahtuisi nykyistä enemmän potilaan valinnan pohjalta.

Michael Bassett, joka on pitkään ollut nykyisin paljon puheena olleen Uuden Seelannin terveysministerinä ja toiminut konsulttina alalla koko ikänsä, toteaa, että systeemin parantuminen edellyttäisi, että aina kun potilaalle jotakin tapahtuu, myöskin raha vaihtaa omistajaa. Tämä voisi tapahtua niin, että potilas toisi rahan tullessaan. Voisi olla olemassa yksinkertainen järjestelmä, jossa jokainen suomalainen maksaisi sairauskuluja vuoden mittaan enintään 10% verotettavasta tulosta. Kun tämä summa olisi täynnä, saisi hän kuitteja vastaan vakuutuslaitoksen luottokortin, jolla hän siitä lähtien saisi haluamansa palvelut. Kuten saksalainen sosiologi Luhmann sanoo, 'raha on kommunikaation väline', tällä luottokortilla potilas kertoisi, että täällä oli hyvä palvelu, täällä häntä autettiin hyvin ja tänne hän haluaa tulla uudestaan.

Luonnollisesti maksuraja voisi olla erilainen, esimerkiksi eläketulosta määrä voisi olla 20 %, jos katsottaisiin, että eläkeläisillä olisi varaa maksaa enemmän tai suhteellisesti suurempi osuus tulostaan hoitoon, jota he keskimääräistä enemmän tarvitsevat. En tiedä, onko tämä näkökanta oikea.

Potilaan tulisi saada valita nykyistä enemmän. Todennäköisesti se on ainoa tapa parantaa tehokkuutta ja siten mahdollisesti ainoa menetel-

mä, jolla julkinen sairaanhoito nykyisessä laajuudessaan voidaan säilyttää. Ruotsista nähtävä esimerkki S:t Göran Sjukhusetista kertoo, että kun sairaala muutettiin yksityiseksi osakeyhtiöksi, sen suoritteet lisääntyivät noin 35 % ja silti toiminta muuttui tappiollisesta voitolliseksi. Jos tähän yhdistettäisiin keskenään kilpailevien pienryhmien toiminta, johon tässä yhteydessä enemmälti puutu, voisivat saatavat kustannussäästöt olla useiden kymmenien prosenttien luokkaa, kun samalla myös palveluiden saatavuus ja laatu paranisi. Tämä olisi potilaan valinnanvapauden merkitys sairaanhoidon järjestelmien tulevalle kehitykselle.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Liberaalisen markkinatalouden periaatteita ja hallinnon intervention vähentämistä pitäisi kunnollisesti kokeilla. Voitaisiin tehdä kokeilumalleja ja kokeilujen pitäisi kestää vähintään vuosia niin että potilaat, lääkärit ja hoitajat käytännössä voisivat tutustua menetelmään ja uuteen järjestykseen ja sen etuihin ja mahdollisiin haittoihin. Potilaan vapaa valinta omasta puolestaan hoidon ajan, paikan ja suorittajan suhteen pitäisi olla ratkaiseva tekijä. Siten voitaisiin saada malleja, joilla voitaisiin todennäköisesti parantaa nykyisiä vain julkiseen tarjontaan perustuvia ja potilaan valintaa hyljeksiviä ensi sijassa kunnallisia sairaanhoidopalvelujärjestelmiä.

Hyvään julkiseen sairaanhoitojärjestelmään päästään vain, jos rationalistisen erheen olemassaolo tunnustetaan eli havaitaan, sen haitallinen merkitys tunnustetaan ja järjestelmää aletaan kehittää niin että sitä ohjaisi potilasihmisen vapaus valintojen tekoon. Valinnan vapaus on ihmisen ainoa mahdollinen vapaus.

## KIRJALLISUUTTA

- Bassett, Michael: *Costly Health Care. A Lesson from New Zealand.* *Health Care Analysis* 1993:1:189–196
- Benhabib, Seyla: *Situating the Self. Gender, Community and Post-modernism in Contemporary Ethics.* Polity Press, Cambridge 1992
- Descartes, René: *A Discourse on Method. Meditations on the First Philosophy Principles of Philosophy* (1912). J.M. Dent Orion Publishing Group, London 1994
- Harisalo, Risto & Korhonen, Timo: *The Crisis and the Solution of the Public Health Care* (in Finnish). *Suomen Lääkäreilehti (Journal of the Finnish Medical Association)*, 1992:47:1783–1785
- Harisalo, Risto: *Ludwig von Mises - the theorist of the next century.* *Administrative Studies* 1991:10:4:249–251
- Hayek, F.A.: *Law, Legislation and Liberty. A new statement of the liberal principles of justice and political economy. Volume I. Rules and Order* (1973). Routledge & Kegan Paul, London 1977
- Hayek, F.A.: *The Fatal Conceit. The Errors of Socialism* (1988). *The Collected Works of F.A. Hayek.* Routledge, London 1990
- Loughlin, Michael: *The Illusion of Quality.* *Health Care Analysis* 1993:1:69–73
- Luhmann, N.: *Zweckbegriff und Systemrationalität.* Frankfurt Suhrkamp 1973. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 8, 1992:59.* Schwabe & Co, Basel 1992
- Mill, John Stuart: *On Liberty* (1859). Penguin Books Ltd, London 1985
- von Mises, Ludwig: *Human Action* (1963). *A Treatise on Economics.* Contemporary Books Inc (3rd ed. 1966)
- von Mises, Ludwig: *Socialism. An Economic and Sociological Analysis* (1969). *Liberty Classics, Indianapolis* 1979
- Moffit, R.E.: *Personal freedom and responsibility: The ethical foundations of a market-based Health Care Reform.* *J.Med.Phil.* 1994:19:471–481
- Popper, K.R.: *The Open Society and Its Enemies. Volume II. The High Tide of Prophecy* (1945). Routledge & Kegan Paul Ltd, London 1990
- Smith, Adam: *The Wealth of Nations.* Books 1–3. London 1776
- Vihanto, Martti: *The four approaches to Austrian Social Theory.* *Administrative Studies (Finland)*, 1991:10:4:259–269
- Vuoria, Pekka: *Philosophical Aspects of Public Medical Care. The rationalistic fallacy and its consequences.* Oy Ultima Thule, Oulu 1995
- Williams, A.: *Economics, QALYs and Medical Ethics.* Discussion paper 121, 5th World Congress on Ethics in Medicine. September 1993, London. Printed June 1994
- Wulff, Henrik R., Andur Pedersen, Stig, Rosenberg, Raben: *Philosophy of Medicine.* Blackwell Scientific Publications, Oxford 1986