



Lääkäri 2030-luvulla – skenaariot

A. Yhteiskunta rapauttaa autonomian

Vuosisadan alussa alkaneen kehityksen myötä yhteiskunta alkoi enenevässä määrin säädellä terveydenhuollon toimintaa yhä yksityiskohtaisemmallalla tasolla. Niukkenevat julkiset resurssit ja sen myötä lisääntyvä yhteiskunnan tarve varmistaa resurssien käytön tehokkuus ja oikeudenmukaisuus johtivat tähän. Ikääntymisestä johtuva palvelutarpeen lisääntyminen ei johtanut julkinen rahoituksen kasvuun, vaan terveydenhuolto rahoitettiin yhä enemmän yksityisesti. Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista laskikin noin puoleen. Yksityinen rahoitus on kanavoitunut suurelta osin itsehoitoon, mutta vain osalla väestöstä on varaa tähän laajamittaisesti satsata.

Lääkärin kliininen autonomia väheni yllä kuvatun kehityksen myötä. Lääkäri ei enää päättä hoitolinjoista, vaan resurssien käytöstä päätetään hajautetusti hoitotiimeistä ja terveydenhuollon hallinnon eri portailla. Yhteiskunnassa on luovuttu ajatuksesta, että kaikkea vaikuttavaa hoitoa voitaisiin turvata kaikille. Periaatteena on järjestää se, mikä on resurssien puitteissa mahdollista. Priorisointipäätöksenteko ei ole kuitenkaan avointa eikä systemaattista. Resurssien niukkuuden vuoksi myös panostukset lääkekehitykseen vähenivät eikä uusia lääkkeitä ole ollut entiseen malliin saatavilla. Tätä kompensoi kuitenkin kantasoluhoidojen kehittyminen ja yleistyminen. Genetiikan kehitys on valjastettu palvelemaan yhteiskunnan etua. Yksilökohtaista geenitietoa käytetään laajasti yhteiskunnassa myös terveydenhuollon ulkopuolella, esimerkiksi sosiaalipalveluissa, koulutussektorilla ja finanssisektorilla.

Niukkenevat resurssit johtivat lääkärien tehtävien siirtämiseen hoitajille. Kliinistä työtä tekevien lääkärien määrä onkin vähentynyt. Lääkärit eivät enää ole keskiössä potilaan hoidossa, vaan he osallistuvat potilaan hoitoon tiimin yhtenä jäsenenä. Lääkärit kuitenkin vastaavat sairauksien diagnosoinnista ja hoitolinjauksista monimutkaisimmissa tapauksissa. Potilaat pitävät korkeassa arvossa harvinaistuvaa mahdollisuutta päästä lääkärin vastaanotolle. Lääkärin näkemyksiä kunnioitetaan, vaikkakaan hoitoa ei aina voida järjestää lääkärin ja potilaan parhaaksi katsomalla tavalla. Tämä heijastuu myös lääkäriprofession asemaan terveydenhuollon – ja osin yhteiskunnan laajemminkin – eettisenä omatuntuntona. Lääkärit mm. tuovat aktiivisesti esiin resurssien niukkuudesta johtuvia terveydenhuollon puutteita ja kansanterveysongelmia.



B. Terveydenhuollon renessanssi

2010 -luvulla koetun talouden epävakaisuuden jälkeen Eurooppaan koitti uusi taloudellisen menestyksen kausi. Tuottavuuden lisääntyminen ja kilpailukyvyyn parantuminen mahdollistivat aiempaa suuremmat panostukset terveydenhuoltoon ja lääketieteen tutkimukseen. Terveydenhuollon BKT -osuus nousikin merkittävästi, johtuen pitkälti lisääntyneestä julkisesta panostuksesta. Kehitystä on tukenut myös se, että kansalaiset arvostavat terveyttä aiempaa enemmän; poliittisella agendalla terveydenhuollon asema on vahva.

Terveydenhuollon vaikuttavuuden tutkimukseen ja mittaamisen kehittämiseen on panostettu paljon. Nykyisellään terveydenhuollon priorisointi on avointa ja systemaattista, vaikuttavuustietoon perustuen. Terveydenhuollossa noudatetun periaatteen mukaan vain riittävän vaikuttavaa hoitoa on tarkoituksenmukaista järjestää. Vaikuttavuustietoa ei käytetä pelkästään hallinnossa: yksittäisen potilaan hoidossa ammattilaisilla on mahdollisuus saada älykkäiden tietojärjestelmien avulla yksilökohtaisia ennakoarvioita hoidon tuottamasta terveyshyödystä. Tämä mahdollistaa sen, että lääkäreiden johtamat hoitotiimit voivat itsenäisesti päättää resurssien käytöstä siten, että se johtaa terveydenhuollon resurssien entistä kustannusvaikuttavampaan käyttöön. Yhteiskunnalla ei ole ollut tarvetta puuttua lääkärin kliiniseen autonomiaan.

Terveydenhuollon menetelmät ovat kehittyneet parin viimeisen vuosikymmenen aikana huomattavasti. Osin tätä on tukenut terveyshyötyajattelun korostuminen. Tieteellinen tutkimus on aiempaa paremmin viritetty kehittämään menetelmiä, joista on saatavissa suuri terveyshyöty. Geenitieto on räjähdysmäisesti lisääntynyt ja potilaan geenikartta on erottamaton osa kaikkea hoidosta päättämistä. Lääkkeiden rinnalle yleiseksi hoitomuodoksi ovat nousseet kantasoluhoidot ja jopa uusien elimien tuottaminen. Lääkehoitojen osalta merkittävä harppaus tehtiin siirtymällä suurten massojen bulkkihoidosta yksilöllisiin lääkehoitoihin. Lääketieteen nopea kehitys on myös vaatinut lääkäreiden suurempaa panostusta tutkimukseen – nykyisellään viidesosa lääkäreistä työskentelee tutkimuksen ja tuotekehityksen parissa.

Lääkärin rooli onkin säilynyt viimeisten vuosikymmenten aikana samankaltaisena: lääkäri vastaa potilaiden hoidosta, muiden ammattiryhmien tukieksa. Ehkä suurin muutos on ollut itsehoidon merkityksen kasvaminen ja potilaan aiempaa suurempi rooli sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Lääkäri toimii aiempaa selkeämmin potilaan neuvonantajana ja tukijana. Lääkärin autonomiaa potilaan roolin vahvistuminen ei ole kuitenkaan murentanut. Lääkäriprofessiolla on ollut keskeinen rooli terveydenhuoltojärjestelmän kehittämässä uuteen kukoistukseensa. Professio on nykyisellään aktiivinen yhteiskunnallinen vaikuttaja jonka näkemyksiin yhteiskunnassa luotetaan.



C. Itsehoito korostuu

2010 -luvulla alkanut ”quantified self” -liike (itsensä mittaaminen) johti itsehoitomenetelmien nopeaan kehittymiseen. Mobiili- ja anturitekniologia liitetynä pilvipalveluihin ja älykkäisiin tiedon analysointimenetelmiin mahdollistivat itsediagnoosoinnin ja sitä kautta itsehoidon vallankumouksen. Älykkäät järjestelmät pystyvät diagnosoinnissa yhdistämään potilaskertomustiedot, potilaan itse keräämän tiedon ja potilaan geenikartan lääketieteelliseen tutkimustietoon sekä räjähdysmäisesti lisääntyvään tietoon geenien vaikutuksista sairauksien syntyyn ja eri hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen. Nämä järjestelmät pystyvät myös käyttämään hyväksi ”big data” -ratkaisuja, joilla potilaan hoitovaihtojen punninnassa voidaan hyödyntää tietopankeissa olevia tietoja satojen miljoonien potilaiden hoidon tuloksista. Tämä mahdollisti hoitoratkaisujen yksilöllistymisen, mikä heijastui myös lääkkeitöiden kehittymiseen.

Potilaiden aktiivisuus niin terveyden edistämässä, sairauksien ehkäisyssä kuin sairauksien ja oireiden hoidossa lisääntyi nopeasti. Yhteiskunta tuki itsehoitomenetelmien käyttöönottoa myös taloudellisesti, koska se vähensi julkisten terveydenhuoltomenojen nousupaineita väestön ikääntymisestä huolimatta. Terveydenhuollon kokonaismenojen BKT -osuus kuitenkin kasvoi voimakkaasti, koska väestö oli valmis käyttämään omaa rahaa uusiin itsehoitomenetelmiin. Terveydenhuollon resurssiallokaatiosta päättävätkin pitkälti kansalaiset itse. Tämän vuoksi ihmisten maksukyky vaikuttaa voimakkaasti resurssien kohdentumiseen. Toisaalta ihmisten maksaessa terveydenhuollosta yhä suuremman osan, lisääntyi heidän kustannustietoisuutensa ja samalla vaatimuksensa menetelmien vaikuttavuudesta.

Lääkärin kannalta kehitys oli käännteentekevä. Potilaan voimaantuminen johti lääkärin autonomian kaventumiseen ja potilaan autonomian lisääntymiseen. Lääkärinä ei enää usein edes tarvita sairauden diagnosoinnissa tai hoidossa. Potilaan tarvitessa terveydenhuollon perinteisiä palveluja lääkäri toimii hoitotiimin yhtenä asiantuntijajäsenenä neuvonantajan roolissa. Lääkäreitä tarvitaan myös toimenpiteellisten hoitojen ja tutkimusten tekijöinä. Kliinistä työtä tekevien lääkärin määrä on vähentynyt huomattavasti, mutta sen sijaan lääkäreitä tarvitaan yhä enemmän tutkijoina ja tuotekehittelijöinä. Uutta lääketieteellistä tutkimustietoa tarvittiin lisääntyvässä määrin itsehoitomenetelmien kehittämiseksi. Itsehoitojärjestelmät tarvitsivat kehittäjänsä ja ylläpitäjänsä. Lääkärityön murros johti lääkärin työnkuvien huomattavaan erilaistumiseen ja sitä kautta myös lääkärikunnan sisäiseen jakaantumiseen.