

Uusi EVO – kaksi piirua lääketieteestä terveydenhuollon suuntaan

Martti Kekomäki

Lääketiedettä leimaa sekä uuden tiedon tavaton määrä että tiedon lyhyt käyttöaika. Halu tuottaa uutta tietoa on lääkäreillä myös harvinaisen voimakas. Tätä ei aina selitä pelkkä tieteellinen uteliaisuus saati altruismi, vaan tutkimustyön tuloksellisuus on myös Suomessa lääkärinuran nousujohteisuuden varmimpia ellei sen varmin tae. Tämän seurauksena tutkimustyöllä on vahva asema ainakin akateemisissa sairaaloissa. Kansainvälisten viiteanalyysiselvitysten perusteella biolääketiede ja kliininen lääketiede ovatkin Suomen tieteen pellon vahvimmat sarat.

Lääketieteellinen perustutkimus ja soveltava tutkimus ovat keskittyneet Suomessa viiteen lääketieteellistä opetusta antavaan yliopistoon ja niiden yliopistosairaaloihin. Koska yliopistosairaaloiden tutkimus- ja opetustyö välttämättä kuluttavat tuntuvan määrän voimavaroja ja koska yliopistotasoinen tutkimus- ja opetustyö eivät kuulu sairaaloita ylläpitävien kuntayhtymien tehtäviin, valtio on hyvittänyt näistä syntyneet kustannukset. 1990-luvulla korvaukset muuttuivat käyttömenojen prosenteista laskennallisiksi. Tutkimustyön osalta laskennallisuuden perustaksi otettiin julkaisusarjakohtaisiin viitemääriin perustuvia impaktipisteitä, jotka on pehmennetty ns. EVO-pisteiksi. Tämänkin jälkeen tutkimuksen arvo määräytyy periaatteessa yhden ainoan seikan perusteella, joka on käytetyn julkaisusarjan tunnettuus.

Mitä mitataan, sitä saadaan: EVO-pisteiden käyttöön ottamisen jälkeen maan lääketieteellisen tutkimustyön volyymi on muutamassa vuodessa osapuilleen kaksinkertaistunut, kun volyymin mittana käytetään samaisia pisteitä. Koska korvaussumma ei ole kasvanut vaan pienentynyt,

yhden julkaisupisteen tuottama korvaus on osapuilleen puolittunut vajaassa kymmenessä vuodessa. Kannustin selvästikin toimii: hevonen vetää ja kärryt kulkevat.

Kulkevatko kärryt myös oikeaan suuntaan pelkkien EVO-pisteiden ohjaamina? Koska pistemäärän maksimointi on jokaiselle rationaaliselle yliopistolle, sairaalalle ja tutkimusyksikölle ylivertainen tavoite, koska perustutkimuksen tuottama keskimääräinen pistemäärä ylittää selvästi kliinisen tutkimuksen ja tämä puolestaan palvelujärjestelmään kohdistuvan tutkimustyön tuottaman pistemäärän, ja koska lopulta myös perustutkimuksen yhdessä aikayksikössä tuottamien EVO-pisteiden määrä on usein suurempi kuin muiden, houkutus siirtää tutkimustyön painopistettä perustutkimukseen on ymmärrettävä. Koska EVO-rahoissa on toisaalta kysymys kunnille osoitetun terveydenhuollon valtionavun yhdestä muodosta, ristiriita alkaakin olla näkyvässä. Kuntien ensisijainen intressi ei ole isänmaattoman biolääketieteellisen tiedon tuottaminen vaan kuntalaisten mahdollisimman hyvä palveleminen. Palveleminen puolestaan voi pohjata parhaiten sellaiseen tieteelliseen tutkimukseen, joka selvittää hoidon pitkäaikaistuloksia, sen kustannusvaikeutta, oikeita potilasvalintoja, palvelujärjestelmien oikeudenmukaisuutta ja hoitomenetelmien keskinäistä arvoa. – Tälle tiedolle on silti myös kasvavaa kansainvälistä kysyntää.

EVO-selvitysmiehenä olen ehdottanut nykyiseen järjestelmään vain kaksi suhteellisen vähäistä, noin piirun suuruista muutosta. Ensimmäisen ehdotukseni mukaan osa tutkimus-EVOsta käytetään kilpailutetun apurahan tavoin palvelujärjestelmään kohdistettavaan tutkimustyöhön.

Toisen ehdotuksen mukaan palvelujärjestelmään kohdistutetusta tutkimustyöstä annetaan tuplapisteet. Kaikilla muilla ehdotuksillani pyrin lisäämään rahallisen tuen käytön läpinäkyvyyttä, joten ne ovat lähinnä teknisiä.

Mitä sitten voisi olla terveystalouden tutkimus anestesiamailman selkokielelle käännettyä? Suuri osa maamme teho-osastoista on vapaaehtoisesti mukana vertaamassa omia potilasvalintojaan ja hoitotuloksiaan. Eri teho-osastojen kyvyssä hallita kriittisesti sairaiden potilaiden kuolemanriskiä näyttää vuodesta toiseen olevan

samanlaisia, vaikka suhteellisen pieniä eroja. Näiden erojen taustojen tieteellinen selvittäminen olisi mielestäni EVO-tutkimusta parhaimmillaan. Tällainen tutkimustyö voisi auttaa monella tavalla terveydenhuollon koko palvelujärjestelmää, antaa hyvän esimerkin muille erikoisaloille ja lisätä terveydenhuollon pysyvästi niukoilla voimavaroilla tuotetun terveyden määrää.

Martti Kekomäki, hallintoylilääkäri
HUS-kuntayhtymä



Kuva: Bodo Wagner