

**TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINNIN
NYKYTILA JA TULEVAISUUS
RUOTSISSA JA SUOMESSA**

Kristiina Könönen
Pro gradu -tutkielma
Terveystieteiden
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja terveysjohtamisen
laitos
Huhtikuu 2012

ITÄ- SUOMEN YLIOPISTO, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Terveyshallintotiede.

KÖNÖNEN KRISTINA: Terveysthuollon priorisoinnin nykytila ja tulevaisuus Ruotsissa ja Suomessa

Pro gradu -tutkielma, 79 sivua, 3 liitettä (3 sivua)

Tutkielman ohjaajat: FT Johanna Lammintakanen, YTT, TtL Sari Rissanen

Huhtikuu 2012

Avainsanat: (YSA) Priorisointi, avoimuus, yhteistyö, voimavarat, terveydenhuolto

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja jäsentää terveydenhuollon priorisoinnin nykytilaa ja tulevaisuuden näkymiä Ruotsissa ja Suomessa. Lisäksi kuvattiin ja tarkasteltiin avoimen priorisoinnin edellytyksiä näissä maissa. Suomen osalta vastausta tutkimusongelmaan etsittiin kirjallisuuskatsauksen avulla (2005- 2011) ja Ruotsin osalta tutkimus pohjautuu kolmen maakäräjäkunnan priorisointihankkeiden raportteihin ja tieteellisiin julkaisuihin vuosilta 2008- 2010. Lisäksi tehtiin avoin teemahaastattelu muutamille terveydenhuollon suomalaisille johtajille ja tutkijoille sekä vastaavasti avoin kirjallinen teemakysely Ruotsin terveydenhuollon vaikuttajille ja tutkijoille. Yhteensä haastateltiin kymmentä henkilöä. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja sen analysoimisessa käytettiin haastattelujen osalta sisällön luokittelua ja teemoittelua, johon sovellettiin abduktiivista, teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä.

Tutkimuksen perusteella Suomessa ja Ruotsissa käytetään samankaltaisia työkaluja mikrotason priorisointipäätösten tukena arkipäivän tilanteissa. Valituissa maissa tehdään myös sekä avointa että piilopriorisointia. Virallisesti julkinen priorisointi ei kuitenkaan välttämättä ole kansalaisille avointa, koska päätöksenteon perusteet eivät ole näkyviä. Ruotsissa priorisointilinjaukset ovat julkisempia ja niihin liittyvä tutkimus- ja kehitystyö on aktiivisempaa kuin Suomessa. Suomeen kaivataan selkeitä yhteisiä pelisääntöjä tai omaa priorisointimallia ja elintä, jolla olisi päätäntävaltaa. Ruotsissa ollaan pääsääntöisesti tyytyväisiä omaan priorisointimalliin, jonka mukaan aiotaan toimia tulevaisuudessakin. Sisäinen ja ulkoinen avoimuus, yhteistyö eri toimijoiden kesken, poliittinen tuki ja kehittämistyöhön käytettävä aika nousivat molemmissa maissa tärkeimmiksi avoimen priorisoinnin edellytyksiksi. Priorisointityön laadun varmistaminen, eettisten näkökulmien korostaminen, hoidon vaikuttavuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen liittyvät asiat koettiin myös tärkeiksi. Riittävää taloudellista panostusta julkiseen terveydenhuoltoon kaivattiin erityisesti Suomessa. Sen katsottiin edistävän tasavertaista, eettisesti ja lääketieteellisesti kestävää priorisointia.

Ruotsin ja Suomen terveydenhuollon priorisoinnissa on joitakin eroja, mutta avoimuuden suhteen on vielä paljon tehtävää. Poliitikkojen ja asiantuntijoiden yhteisymmärrys ja yhteistyö on välttämätöntä, jotta priorisointiprosessi ja siihen liittyvä päätöksenteko olisi mahdollisimman avointa ja oikeudenmukaista. Jatkossa voisi tutkia aFR:n (Accountability for Reasonableness) periaatteiden pohjalta priorisoinnin oikeudenmukaisuuden toteutumista Suomessa ja Ruotsissa. Olisi myös mielenkiintoista selvittää, lisääkö taloudellinen panostus avoimemman ja tasavertaisemman priorisoinnin toteutumista.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies.

Department of Health and Social Management, Health Management Sciences

KÖNÖNEN KRISTINA: The Present State and the Future Perspectives of Prioritization in Sweden and Finland

Master's thesis, 79 pages, 3 appendices (3 pages)

Advisors: PhD Johanna Lammintakanen and D. Soc. Sc., Lic. Sc. Sari Rissanen

April 2012

Keywords: Prioritization, openness, co-operation, recourses, health care

The purpose of this study was to describe the present state and the future perspectives of prioritization in the Finnish and Swedish health-care systems and to consider the pre-conditions for transparent prioritization in these countries. The theoretical discussion in the study was based for the Finnish part on a literature review (2005-2011), and for the Swedish part on scientific publications and the reports of various prioritization projects in three Swedish counties (2008-2010). In addition, altogether ten representatives of Finnish and Swedish health-care authorities and researchers were interviewed either personally or by e-mail. The questions were open, the research principle adopted was qualitative and the method of analysis abductive.

On the basis of this study it is possible to say that similar prioritization tools are used in practical every day situations in Finland and Sweden. In both countries, both explicit and implicit prioritization takes place. Officially public prioritization is not always transparent for the citizens, as the criteria for decision making are not available to them. In Sweden the guidelines are more explicit and the research and reviewing processes are more active than in Finland.

In Finland, clearly defined and commonly shared guidelines, or a prioritization scheme of our own is needed, as well as a Board with authority to take practical decisions. In Sweden the current scheme is widely accepted and there are no plans to change it totally in the near future. In countries, internal and external openness, cooperation between different participants, political support and sufficient time resources for developing the system were mentioned as the main pre-conditions for transparent prioritization. Other important factors mentioned in the interviews were assuring the quality of the prioritization processes, taking into consideration ethical aspects and considering the cost-effectiveness of the medical procedures. In Finland bigger economic recourses to public healthcare is needed to promote fair and ethically sustainably medical prioritization.

There are differences in the Finnish and Swedish health-care systems, but regarding transparency there is still much which can be improved in both countries. Mutual understanding and cooperation between politicians and medical experts is crucial in order to create optimally transparent and just prioritization procedures and decisions. In future studies it would be helpful to look at how just these decisions are at the moment on the bases of the principles of AFR (Accountability for Reasonableness). It would also be interesting to examine whether bigger economic recourses would increase the explicitness and fairness of prioritization.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
1.1. Terveydenhuollon priorisointi ja siihen johtaneita syitä.....	4
1.2. Tutkimuksen tarkoitus	5
1.3 Tutkimusta ohjaavat metodologiset ja tieteenfilosofiset lähtökohdat.....	6
2 PRIORISOINTI KÄSITTEENÄ.....	10
2.1 Priorisointi käsitteenä ja siihen liittyviä käsitteitä.....	10
2.1.1 Julkisääntely ja priorisoinnin tasot.....	13
2.1.2 Priorisointi ja oikeudenmukaisuus.....	14
2.2 Priorisointi ilmiönä ja tutkimuskohteena.....	17
2.3 Priorisointi hyvinvointivaltion kontekstissa	20
3 PRIORISOINTI RUOTSISSA JA SUOMESSA.....	23
3.1 Ruotsin ja Suomen priorisointikeskustelun lähtökohtia.....	23
3.2 Ruotsin ja Suomen priorisoinnin nykytila.....	25
3.3 Priorisointia tukevia toimenpiteitä Ruotsissa.....	26
3.4 Kolmen maakäräjäkunnan priorisointihankkeet.....	30
3.4.1 Västerbottenin hanke resurssien jakamiseksi.....	30
3.4.2 Kronobergin hanke terveydenhuollon kehittämiseksi.....	32
3.4.3 Västmanlänsin hanke resurssien uudelleen jakamiseksi.....	34
3.4.4 Avoimuuden edellytykset priorisointihankkeissa.....	37
3.5 Priorisointi Suomessa.....	39
3.5.1 Priorisointia tukevia toimenpiteitä.....	40
3.5.2 Arvioita priorisoinnin toteutumisesta Suomessa.....	43
4 HAASTATTELUTUTKIMUS RUOTSISSA JA SUOMESSA.....	49
4.1 Aineiston hankinta ja siinä käytetyt menetelmät.....	49
4.2 Aineiston analyysi.....	51
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	54
5.1 Terveydenhuollon priorisoinnin toteutuminen Ruotsissa.....	54
5.1.1 Avoimen priorisoinnin edellytyksiä.....	55
5.1.2 Priorisoinnin tulevaisuuden näkymiä.....	57
5.2 Terveydenhuollon priorisoinnin toteutuminen Suomessa.....	58
5.2.1 Avoimen priorisoinnin edellytykset.....	60
5.2.2 Priorisoinnin tulevaisuuden näkymiä.....	62

6 PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET.....	65
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	65
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu.....	67
6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	72
LÄHTEET.....	74

KUVIOT

Kuvio 1. Horisontaalinen ja vertikaalinen priorisointi.....	35
Kuvio 2. Avoimuuden edellytykset priorisointihankkeissa.....	39

TAULUKOT

Taulukko 1. Priorisointia ohjaavat eettiset periaatteet Ruotsissa.....	26
Taulukko 2. Tärkeysjärjestys sairausryhmien mukaan.....	27
Taulukko 3. Kolmen maakärjäkunnan priorisointihankkeet.....	37
Taulukko 4. Suomen priorisointikeskustelun teemoja.....	43
Taulukko 5. Yleisimmät priorisointikeinot Ruotsissa ja Suomessa.....	48
Taulukko 6. Sisällön analyysin vaiheet.....	83

LIITTEET

LIITE 1. Teemahaastattelu (Suomi).....	80
LIITE 2. Kirjalliset kysymykset(Ruotsi).....	81
LIITE 3. Haastattelusopimus.....	82

1 JOHDANTO

1.1 Terveydenhuollon priorisointi ja siihen johtaneita syitä

Priorisointi on yleismaailmallinen ilmiö ja yksinkertaistettuna se tarkoittaa valintojen tekemistä ja asioiden laittamista tärkeysjärjestykseen. Priorisointia tapahtuu niin yhteisön kuin yksittäisen ihmisen elämässä koko ajan. Jokainen meistä joutuu miettimään valintojaan ja pohtimaan niiden seurauksia arkipäivän tilanteissa. Terveydenhuollon priorisointi sen sijaan on aivan oma erityinen alueensa, ja sääntelyn tai rajoitusten asettaminen siinä koetaan epämiellyttävänä ja eettisesti monimutkaisena asiana (Tinhög 2011,9).

Terveydenhuollon priorisointi on kansainvälisesti herättänyt suurta kiinnostusta jo yli 30 vuoden ajan. Tähän on ollut syynä rajattomien toiveiden ja odotuksien suhteuttaminen rajallisiin voimavaroihin. Monet syyt ovat vaikuttaneet tilanteen kehittymiseen. Eräs syy tähän on ollut terveystalouden institutionalisoituminen: aiemmin yksittäinen lääkäri hoiti potilasta omalla vastaanotollaan, sittemmin palveluista muodostui suurempia kokonaisuuksia ja syntyi tarve perustaa suurempia organisaatioita. Lisäksi terveydenhuoltoon tuli sellaisia toimijoita, joilla oli erilaisia intressejä sitä kohtaan. Terveydenhuolto kallistui ja tuli myös vaikuttavammaksi ja yksittäisten lääkäreiden sekä sairaaloiden valta lisääntyi (Ryynänen ym. 2006,126.)

Lääketieteelliset keksinnöt, väestön vanheneminen, kansalaisten vaatimustason nousu, avunhakemiskynnyksen madaltuminen, medikalisaatio ja terveydenhuollon erityinen inflaatio, joka tarkoittaa kustannusten nousua ilman muutosta volyymissä tai laadussa (palkkojen nousu on käytännössä syynä tähän inflaatioon) lisäävät terveydenhuollon menoja (Ham & Honingsbaum 1998, 114-115; Lindqvist 2002,12-13; Ryynänen ym. 2006,55; ks. myös Vuorenkoski & Saarni 2006,35; Saarni 2010,17). Kansalaisten vaatimustason nousuun vaikuttaa olennaisesti se, että ihmiset ovat koulutetumpia ja tietoisempia eri mahdollisuuksista kuin aiemmin ja haluavat tulla kohdelluiksi pikemminkin kuluttajina (asiakkaina) kuin potilaina (Ham 2003,1).

Kaikille ei kuitenkaan pystytä tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa. Vaikka se olisi-kin teknisesti mahdollista, mikään yhteiskunta ei ole sitä tehnyt eikä tule koskaan sitä tekemään. Jokainen yhteiskunta valitsee omat sairastuvuus- ja kuolleisuuslukunsa arvottamalla terveyttä suhteessa muihin tavoitteisiin (Palo1992,86- 87; Foucault1995,100-101; Myllykangas 2002,18; ks. myös Daniels & Sabin 2002,1.)

Tarkoituksenmukainen voimavarojen käyttö terveydenhuollossa on välttämätöntä, jotta ihmisten tarve ja palvelu kohtaisivat oikeudenmukaisesti. On pyrittävä siihen, että terveydenhuolto olisi mahdollisimman laajasti vaikuttavaa. Oikeudenmukaisuuden toteutuminen tarkoittaa sitä, että potilaat saavat tarvitsemansa hoidon ja se tuottaa tulosta sellaisilla kustannuksilla, että yhteiskunta voi ne kustantaa, eikä henkilöstö pala loppuun (Ryynänen ym. 2006,11.) Priorisointi ei ole säästämistä, vaikka se keskusteluissa usein siihen liitetään, vaan priorisointia kuuluu tehdä niin runsaiden kuin niukkojenkin voimavarojen puitteissa (SOU:2001:8; Ryynänen ym.2006, 112–113).

Priorisointia tapahtuu terveydenhuollossa koko ajan, vaikka sen olemassaoloa ei myönnettäisikään. Sen takia se on yhteiskunnallisesti ja tutkimuksellisesti tärkeä ja kiinnostava ilmiö. Priorisointiin liittyy olennaisesti terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukainen käyttö ja se, kuinka paljon yhteiskunta on valmis käyttämään voimavaroja terveydenhuoltoon. Priorisoinnissa on kyse myös hoitojen vaikuttavuudesta ja palvelujen oikeudenmukaisesta jakautumisesta. Sen takia priorisoinnin ja siihen liittyvän päätöksenteon tulisi olla mahdollisimman avointa eli julkista ja läpinäkyvää. Tähän päästään myöntämällä kipeidenkin asioiden olemassaolo ja tekemällä priorisointipäätökset laadukkaasti ja yhteisymmärryksessä eri tahojen kanssa.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja jäsentää terveydenhuollon priorisoinnin nykytilaa ja tulevaisuuden näkymiä Ruotsissa ja Suomessa. Lisäksi tarkastellaan avoimen priorisoinnin edellytyksiä näissä maissa. Aihetta peilataan niin paikallisella kuin valtiollisella tasolla. Tutkimuksen kohteiksi on valittu Ruotsi ja Suomi, kaksi pohjoismaista hyvinvointivaltiota, joissa perinteisesti on ollut korkeatasoinen terveydenhuolto. Takaako perinteinen hyvinvointivaltio instituutiona onnistuneen priorisoinnin

toteutumisen? Toisaalta 1990-luvulta lähtien on ruvettu karsimaan perinteisen hyvinvointivaltion tarjoamia palveluja, ja voidaankin kysyä, onko se lisännyt tarvetta priorisointikeskusteluun? Kandidaatin tutkielmassani perehdyin jo alustavasti Ruotsin priorisointitilanteeseen ja huomasin, että siellä on menossa vilkas julkinen keskustelu aiheesta. Suomessa julkinen keskustelu vaikuttaisi olevan vaimeampaa. Tässä tutkimuksessa tarkoitus on perehtyä tarkemmin sekä Suomessa että Ruotsissa käytävään keskusteluun. Tutkimuksessa on tarkoitus tarkastella priorisointiin ja sen läpinäkyvyyteen liittyviä teemoja lähinnä raporttien ja tutkimusten kautta ja asiantuntijoiden haastattelujen kautta.

Tarkennetut tutkimustehtävät ovat:

1. Kuvata priorisointiin liittyviä toimenpiteitä Ruotsissa ja Suomessa.
2. Kuvata ja arvioida avoimen priorisoinnin edellytyksiä näissä maissa.

1.3 Tutkimusta ohjaavat metodologiset ja tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tämä tutkimus kuuluu aihepiiriltään yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen ja tarkemmin määriteltynä terveyshallintotieteen alaan. Ilmiötä on tutkittu myös monen muun tieteenalan näkökulmasta. Priorisointiprosessiin liittyvä päätöksenteko korostuu hallintotieteissä. Filosofia korostaa jakamisen oikeudenmukaisuutta, ja oikeustiede painottaa terveydenhuollon velvoitteita ja kansalaisten oikeuksia. Hoidon vaikuttavuus ja näyttöön perustuva toiminta korostuu puolestaan lääketieteessä, ja taloustiede painottaa tehokkuutta ja voimavarojen oikeudenmukaisuuteen ja tarpeisiin perustuvaa jakamista (Ryynänen ym.2006,105.)

Tutkimustani ja teoreettismetodologisia valintoja ohjaa terveyshallintotieteen tutkimusperinne, jonka pohja on monitieteinen. Terveyshallintotiede tutkii terveydenhuollon organisaatioiden johtamista, organisointia ja päätöksentekoa ja sillä on yhtymäkohtia hallintotieteisiin, muihin terveystieteisiin (erityisesti hoitotieteeseen) ja lääketieteeseen (Lammintakanen 2005; Vuori, 2009, 14). Terveyshallintotieteen on tarkoitus ylittää terveyden ja johtamisen välinen rajapinta huomioimalla molempien alojen ominaispiir-

teet. Periaatteena on, että tutkimuskohdetta tulisi lähestyä sen perusluonteen mukaisesti eikä koulukuntamaisesti tai väkivaltaisesti rajaten (Vuori 2009,14.)

Terveydenhuollon priorisointia on tässä tutkimuksessa tarkoitus lähestyä sen perusluonteen mukaisesti terveyshallintotieteen näkökulmasta. Siinä on usein kyse hallinnollisista ja poliittisista päätöksistä (makrotaso), jotka kytkeytyvät olemassa olevaan poliittiseen tahtotilaan ja ilmapiiriin. Toisaalta mikrotasolla kliinikot tekevät lopulliset potilasta koskevat päätökset. Kansainvälinen tarkastelu on myös hyödyllistä priorisoinnin kehityksen kannalta, ja terveyshallintotiede antaa oivan kehyksen tutkia eri maiden käytäntöjä, priorisointiin liittyviä ilmiöitä, tasoja ja niiden välistä vuoropuhelua. Lisäksi tarvitaan poikkitieteellistä tutkimusotetta, joka auttaa hahmottamaan ja ymmärtämään ilmiötä paremmin.

Tämä tutkimus toteutettiin laadullisena, kvalitatiivisena tutkimuksena, joka kuuluu ihmistieteitä edustavaan ymmärtävän (hermeneuttisen) tutkimuksen piiriin. Hermeneuttinen tutkimusote painottaa merkityksien etsimistä, ymmärtämistä ja tulkintaa. (Alasuutari 1994,42; Syrjäläinen ym. 2007,64). Luonnontieteiden ja hengentieteiden (ihmistieteet) eräänä peruserona voidaan pitää sitä, että luonnontieteet pyrkivät selittämään tutkittavaa ilmiötä, kun taas hengentieteet pyrkivät ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä.

Ymmärtäminen eroaa kahdessa suhteessa selittämisestä: ymmärtäminen metodina on eläytymistä tutkimuskohteita edustavaan henkiseen ilmapiiriin, motiiveihin, tunteisiin ja ajatuksiin. Lisäksi ymmärtämiseen liittyy aikomuksellisuus (intentionaalisuus) eli ymmärrämme esimerkiksi uskonnollisuuden mielekkyyden (Tuomi, Sarajärvi, 2009,28.)

Ihmistieteellinen, ymmärtävä tutkimus ammentaa ajatusmaailmaansa aristoteelisesta ajattelusta (Tuomi, Sarajärvi 2009,29). Tieteellinen tieto tuli Aristoteleen mielestä jakaa kolmeen osaan: teoreettiseen, käytännölliseen ja tuotannolliseen. Ihmisen elämänmuotoa koskivat käytännölliset ja tuotannolliset tieteet. Tuotannolliset tieteet liittyivät valmistustaitoihin, ja käytännöllinen tiede käsitteli hyvää elämää (Knuutila, 1998, 66–67.) Ihmisen sosiaalisuus eli se, että ihminen on luonnostaan yhteisössä elävä olento, oli Aristoteleelle tärkeä tosiasia ja sen vuoksi individualismi ei ollut hänen kiinnostuksensa kohteena. Päämäärähakuisuus on tärkeä näkökulma niin elottoman luonnon kuin elollisen maailman ilmiöiden tarkastelussa, ja se on liitetty myös hyvän käsitteeseen. Aristo-

teleen mukaan onnellisuus tai onnistunut elämä liittyy hyvän käsitteeseen, ja se tarkoittaa aktiivista toimintaa eikä pelkästään olotilaa. Aristoteleen etiikan ydinkysymys on, mikä tekee ihmisestä onnellisen. Vastauksena hän tarjoaa järjen käyttöä, koska vain ihmisellä on kyky ajatella. Ajatteleva ihminen rakentaa onnellisuutta hyveellisillä teoilla. Hyveelliset teot syntyvät luonteen hyveistä, joita ovat esimerkiksi reiluus, kohtuullisuus ja ystävällisyys (Saarinen 1985, 79–81.) Aktiivinen onnellisuuden rakentaminen ”hyveellisillä” teoilla on yhteiskunnallisesti ja myös terveydenhuollon kannalta tärkeää. Reiluus ja kohtuullisuus ovat mielestäni terveydenhuollon priorisoinnin oikeudenmukaisen toteutumisen edellytyksiä.

Tietyistä heikkouksistaan huolimatta Aristoteleen etiikka ja politiikka ovat edelleen elinvoimaisia länsimaissa, sillä ne pystyvät konkreettisesti vastaamaan esimerkiksi elämän onnistumista koskeviin kysymyksiin. Elämää tarkastellaan kokonaisuutena, ja hyvä elämä nähdään yhteisössä toteutuvana ihmisen erityiskykyjen monipuolisena kokonaisuutena. Aristoteles painottaa käytännöllistä järkevyyttä, joka tarkoittaa kykyä toimia useiden arvojen verkostossa. Silloin ei toimita pelkästään esimerkiksi taloudelliseen maksimointiin tähtäävän arvon hyväksi (Knuutila 1998, 67- 68.) Arvot ja yhteiskunnalliset normit hallitsevat ihmisten maailmaa ja tarjoavat rikkaan ja monimuotoisen tutkimustaustan, kun tarkastellaan terveydenhuollon priorisointia.

Silvermanin mukaan (1993), johon muun muassa Tepponen (2009) viittaa, laadullisessa tutkimuksessa on myös otettava huomioon ilmiön muuttuminen ajassa eli sen historiallisuus. Toiseksi on huomioitava ilmiöiden kulttuurisuus. Se merkitsee, että yksilön kokemuksissa ja arvioinneissa heijastuvat yhteisössä ja yhteiskunnassa määritellyt yleiset suhtautumistavat. Lisäksi tutkijan on otettava huomioon tutkittavan ilmiön poliittisuus ja tilannesidonnaisuus (Tepponen 2009,58.)

Terveydenhuollon priorisointi on yhteiskunnallinen käytänte ja inhimillisesti arvolatautunut ilmiö. Sen vuoksi sitä oli mielestäni mielekästä tutkia ihmisen kautta, käyttäen ymmärtävää tutkimusotetta (Syrjäläinen ym. 2007, 64). Tutkimuksessa oli myös tärkeä eläytyä tutkittavien maiden osalta siihen henkiseen ilmapiiriin, jossa ilmiötä esiintyy. Lisäksi tutkittavien motiivien, ajatusten ja tunteiden selville saaminen oli tärkeää, ja

ymmärrys ilmiötä ja sen vaikutuksia kohtaan lisääntyi (Tuomi, Sarajärvi, 2009,28.)
Tässä tutkimuksessa pyrittiin huomioimaan priorisoinnin historiallisuus, kulttuurisidonnaisuus, poliittisuus ja tilannesidonnaisuus: priorisointi on ilmiönä aina sidoksissa aikaan, paikkaan ja kulttuuriin. Poliittisuus / politiikan suunta vaikuttaa siihen, miten priorisointi käytännössä toteutuu (Lammintakanen, 2005; Tepponen 2009,58). Näiden seikkojen vuoksi oli mielenkiintoista tutkia kahden eri maan priorisointilinjauksia, jolloin näkökulma tutkittavaan ilmiöön on laajempi.

2 PRIORISOINTI KÄSITTEENÄ

2.1 Priorisointi käsitteenä ja siihen liittyviä käsitteitä

Terveysthuollon priorisointi tarkoittaa lyhyesti määriteltynä sitä, että tietyt sairaudet, hoidot ja potilaat laitetaan etusijalle, koska yhteiskunnan voimavarat ovat rajalliset (Coast & Donovan 1996,6; Hetemaa ym.2003,11; Vuorenkoski & Saarni 2006,36). Kapeasti sanakirjan mukaan ymmärrettynä priorisointi on ensisijaistamista ja tärkeysjärjestykseen laittamista tai sen vastakohtana posteriorisointia eli viimeiselle sijalle asettamista. Priorisointi on valinnan tekemistä tärkeiden ja vähemmän tärkeiden asioiden välillä. Priorisointia on tehtävä pareittain: kun jotain priorisoidaan, on jotain posteriorisoitava (Ryynänen ym.1999,43; Ryynänen, Myllykangas 2000,236; ks. myös Tohmo ja Pahlman 2003, 425- 429; Ryynänen ym.2006,105.)

Voidaan puhua myös potilaiden keskinäistä etusijajärjestyksestä, joka on lähellä sanaa ensisijaistaminen. Lähtökohtana tulisi käyttää tarveperiaatetta, joka on terveydentilan määrittelemä hoidon tarve (lääketieteelliset kriteerit), eikä hoidon tarpeen syy tai sen kalleus. Tarveperiaate on kuitenkin käsitteenä epämääräinen eikä se ratkaise esimerkiksi saman hoidon tai toimenpiteen tarpeessa olevien ongelmia, vaan on turvaututtava jonoon asettamiseen. Tarveperiaatteiden täydentäminen muilla kriteereillä edellyttää julkista keskustelua, jossa on otettava huomioon eettiset ja moraaliset näkökulmat (Tuori & Kotkas 2008, 174–175.)

Synonyyminen käsitteiden 'priorisointi' (priority setting, prioritization) ja 'säännöstely' (rationing) käyttö, jossa on viittaus niukkuuteen, vaikeuttaa käsitteen 'priorisointi' määrittelyä. Ääriesimerkki säännöstelystä on sodanaikainen elintarvikesäännöstely, ja tällaisen käsitteen ei mielletä sopivan nykyaikaiseen hyvinvointiyhteiskuntaan. (Coast ja Donovan 1996,5; ks.myös Hunter 1997,16 Ryynänen ym. 2006,107) ”Säännöstelyä” (rationing) on määritelty myös niin, että potentiaalisesti hyödyllinen hoito evätään taloudellisten tai organisatoristen mekanismien avulla (Norhheim1999,1426; Vuorenkoski & Saarni, 2006,36; Saarni 2010, 38; Tinhög 2011,21).

Priorisointi on asioiden laittamista tärkeysjärjestykseen ilman, että tehdään säännöstelypäätöksiä (Saarni 2010, 38). Säännöstely kuvaa rajoittavan toiminnan luonnetta pa-

remmin kuin priorisointi, koska kyse on taloudellisista syistä johtuvista rajoituspyrkimyksistä. Käsitettä ei haluta kuitenkaan käyttää siihen liittyvän negatiivisen arvolutauksen takia (Vuorenkoski, Saarni 2006,36.) Priorisointi-käsitettä käytettäessä esimerkiksi palvelujen allokointiprosessissa siihen liittyy ajatus siitä, mitä voidaan tehdä / mitä valintoja tehdään, ja säännöstely-sanaan liittyy näkökulma siitä, mitä ei saa tehdä (Tinhög 2011,23). Rationing-käsite viittaa myös järkiperaistämiseen, mutta englannissa sanat rationaalinen ja järkevä eivät ole synonyymeja. Katsantokannasta riippuen jokin asia voi olla rationaalinen tai irrationaalinen, eikä rationaalisesti oikea valinta aina takaa moraalisesti oikeaa ratkaisua (Nikkinen2000,55.) Priorisointi on siis käsitteenä osittain epäselvä ja monimerkityksellinen, ja tämän vuoksi muun muassa Coast (1996) on luonnehtinut käsitettä sekavaksi (messy).

Terveydenhuollossa puhutaan myös tehokkuudesta ja tehostamisesta. Säännöstely ja priorisointi voivat olla järjestelmän tehostamista, silti kaikki tehostaminen ei ole säännöstelyä tai priorisointia. Jos lopetetaan vaikuttamattomia hoitoja, se ei ole säännöstelyä, mutta vähänkin vaikuttavien hoitojen lopettaminen on säännöstelyä. Jos nopeutetaan leikkauksiin pääsyä ja näin vähennetään kokonaiskustannuksia, se ei ole säännöstelyä vaan normaalia kehitystyötä, jonka tavoitteena on päästä eroon priorisointiongelmasta (Saarni 2010,38.)

Kapeat, priorisointia koskevat sanakirjamääritelmät eivät käytännössä ole toimivia, vaan priorisointia voidaan määritellä esimerkiksi rakenteiden, toimijoiden, toimintojen, tasojen ja käytettävien kriteereiden avulla. Priorisointia voidaan lähestyä ja ymmärtää myös valintojen ja päätösten kautta (Ryynänen ym.2006,106). Pyritään esimerkiksi tietoisesti ohjaamaan terveystalouden käyttöä, vähentämään vähiten vaikuttavien ja tehostettujen hoitojen käyttöä ja edistämään tehokkaiden menetelmien käyttöä (Ryynänen 1999,43; Ryynänen ym. 2006, 106). Toisaalta priorisointia on myös laajemmin määriteltä eri vaihtoehtojen välillä tapahtuvaksi oikeudenmukaiseksi päätöksenteoksi, jonka tavoitteena on ohjata muuttuvassa toimenpideympäristössä järjestettäviä terveystalouksellisia toimenpiteitä (Lammintakanen 2005; Ryynänen ym. 2006, 106).

Molemmat määritelmät perustuvat samaan ajatukseen, eli priorisoinnilla pyritään tietoisesti vaikuttamaan terveystalouden käyttöön ja järjestämiseen. Eräänä päätöksenteon kriteerinä pidetään hoitojen vaikuttavuutta ja tehokkuutta, ja asiaa pyritään lähestymään

potilasnäkökulma huomioiden. Eli se hoito, joka tuottaa eniten terveyshyötyä potilaalle, on vaikuttavinta. Hoidon vaikuttavuuden kriteerinä ei pidetä sen yhteiskunnalle tuottamaa säästöä, ja yhteiskunnalliset tavoitteet ovat alisteisia potilaan saamalle hyödyille. Lammintakanen määritelmässä korostuvat päätöksenteon perustan oikeudenmukaisuus ja näyttö sekä myös toimintaympäristön vaikutus priorisointiin ja vaihtoehtoisten palvelujen tai toimintamallien vertailu (Ryynänen 2006,106–107.)

Priorisointi-käsite on tutkimuksen mukaan osoittautunut kontekstisidonnaiseksi, ajassa muuttuvaksi ja edelleen kehittyväksi ilmiöksi. Käsiteanalyysin pohjalta on priorisointikäsitteen sisällöksi saatu identifioitua viisi ominaisuutta:1) suhteellisuus 2) haasteellisuus 3) prosessimaisuus ja oikeudenmukaisuus 4) poliittisuus ja 5) muutos. Suhteellisuus liittyy siihen, että priorisointi ei ole irrallinen ilmiö, vaan kyse on vähintään kahdesta vaihtoehdosta, joiden pohjalta päätökset tehdään. Haasteellisuus liittyy suhteellisuuteen, sillä päätökset liittyvät monesti useisiin tarjolla oleviin vaihtoehtoihin. Usein päätökset ovat ristiriitaisia, monimuotoisia ja koskettavat ihmisten arvoja ja tunteita. Priorisoinnin käsitteeseen liittyvät prosessimaisuus ja oikeudenmukaisuus, koska kyseessä eivät ole vain yksittäiset päätökset vaan jatkuva sarja päätöksiä. Niinpä sekä päätösprosessin että päätösten perusteiden tulisi olla oikeudenmukaisia, ja viime aikoina vaatimus näiden tekijöiden suhteen on korostunut. Poliittisuus ominaisuutena on nousut esiin uudelleen, ja sisältää ajatuksen toiminnan luonteesta ja toimijoista. Lisäksi muutos on tullut mukaan uutena ominaisuutena: priorisointi muuttaa esimerkiksi olemassa olevia käytänteitä (Lammintakanen 2005,97; Lammintakanen 2006, 127–128.)

Priorisoinnin seurauksia ei kuitenkaan toistaiseksi tunnisteta selkeästi. Kaksi kategoriaa on kuitenkin saatu muodostettua analyysin perusteella: 1) priorisoinnin seuraukset voivat olla joko positiivisia tai negatiivisia ja 2) seurauksista ei ole konsensusta. Myönteisenä piirteenä on koettu esimerkiksi hoitoon pääsy ja negatiivisena asiana esimerkiksi epätasa-arvoisuus palvelun saannissa suhteessa yksilöön, yhteiskuntaan, kustannuksiin ja voimavaroihin. (Lammintakanen 2005, 104; Lammintakanen 2006, 127.)

Terveydenhuollon priorisointi on kulttuurisidonnaista, se heijastaa yhteiskunnallisia arvoja ja on sidoksissa vallitsevaan terveystalouden järjestelmään ja sen organisointi- ja rahoitusperiaatteisiin. Myös terveydenhuollossa meneillään olevat ja suunnitellut uudistusyritykset vaikuttavat priorisoinnin sisältöön. Näiden syiden takia maailmanla-

juista priorisointimallia on mahdoton tehdä, eikä muiden maiden malleja voi suoraan soveltaa esimerkiksi suomalaiseen yhteiskuntaan. Päätökset, jotka koskevat priorisointia, ovat aina osana muuta yhteiskunnallista päätöksentekoprosessia. (Lammintakanen 2005.)

2.1.1 Julkisääntely ja priorisoinnin tasot

Priorisoinnin käsitteeseen liitetään eksplisiittisyys. Se tarkoittaa, että päätöksenteko tehdään systemaattisesti, selkein perustein ja selkeästi määritellyn prosessin seurauksena (Coast & Donovan 1996,6; Vuorekoski & Saarni 2006,37). Priorisointia ilmenee myös implisiittisesti, piilosääntelynä, jolloin päätöksenteko on verhottu muuhun päätöksentekoon tuloksena tarkemmin määrittämättömistä perusteista ja prosesseista (Hemama ym.2003,13). Sen on näin sanottu tarjoavan joustavamman lähestymistavan kliiniseen päätöksentekoon, joka on usein monimuotoista. Lisäksi implisiittinen priorisointi on saanut kannatusta sen vuoksi, että eksplisiittistä priorisointia on käytännössä hankala toteuttaa. Myös voimakkaiden intressiryhmien katsotaan pääsevän tekemään omia etujaan ajavia priorisointipäätöksiä, jos toteutetaan eksplisiittistä priorisointia (Vuorekoski & Saarni 2006,37.)

Eksplisiittisen priorisoinnin puolestapuhujat sen sijaan sanovat, että eksplisiittisyys on demokraattinen priorisointitapa, koska päätösten vastuullisuus paranee ja ne on tehtävä läpinäkyviksi ja perusteltava. Tämä taas antaa kansalaisille mahdollisuuden arvioida, ovatko perustelut priorisoinnille oikeudenmukaisia. Implisiittistä priorisointia moititaan siitä, että potilaille ei kerrota, että priorisointia tapahtuu ja näin harhautetaan heitä (Vuorekoski & Saarni 2006,37.)

Yhä suurempi joukko ihmisiä on kuitenkin tietoisia terveydenhuollon voimavarojen rajoituksista, ja priorisointia tapahtuu koko ajan, mutta silti se on harvoin julkista (Carlsson 2010,561). Julkisuus (publicity) ja eksplisiittisyys lisäävät kansalaisten osallistumista priorisointikeskusteluun ja yleistä tietoisuutta päätöksenteon perusteista. Tässä tutkimuksessa priorisoinnin julkisuutta ja eksplisiittisyyttä kuvataan monin paikoin käyttämällä käsitettä avoimuus. Edellä mainittuihin käsitteisiin voidaan liittää myös käsite läpinäkyvyydestä (transparency). Julkinen priorisointi ei kuitenkaan välttämättä

takaa läpinäkyvyyden toteutumista, jos päätöksenteon perusteet eivät ole kansalaisille avoimia.

Päätöksenteon ja siihen liittyvien prosessien avoimuus vaikuttaa suoraan myös eri tasoilla tapahtuvaan priorisointiin. Priorisointia tapahtuu monilla eri tasoilla: valtionhallinto päättää suurista linjoista (makrotaso), kunnat ja sairaanhoitopiirit operoivat mesotasolla, ja viime käden päätöksen tekee yksittäinen työntekijä (lääkäri/hoitaja) mikrotasolla. (Hetemaa ym. 2003,11.) Nämä eri tasot toimivat limittäin ja lomittain, ja makrotason päätökset vaikuttavat luonnollisesti yksittäisen lääkärin päätöksiin. Priorisoinnin päätöksenteon julkisuus ja läpinäkyvyys makrotasolla auttavat yksityistä lääkäriä/terveydenhuollon työntekijää päätöksenteossa mikrotasolla. Myös mikrotason viestit on tärkeä saada makrotason päätöksen tekijöiden tiedoksi. Näin eri tasojen välinen avoin vuoropuhelu edistää potilaan parhaan toteutumista. Joskus on ilmennyt ongelmia valtionhallinnon priorisointilinjausten saattamisessa toimiviksi esimerkiksi kunnallisella tasolla, kuten Ruotsin kohdalla on huomattu tapahtuvan (Carlsson 2010,561).

Edellä esitettyjen tasojen lisäksi Hetemaa ja kumppanit (2003,11) viittaavat Hamiin (1997), joka on kuvannut horisontaalista ja vertikaalista priorisointia. Sairauksien välinen priorisointi on horisontaalista, ja vertikaalinen priorisointi tarkoittaa saman sairaustilan hoitomuotojen välistä priorisointia. Horisontaalinen priorisointi (sairauksien välillä tapahtuva) on paljon vaikeampaa kuin yhden sairauden sisällä tapahtuva vertailu. Tämä johtuu siitä, että eri tekijöiden kuten tehon ja hyödyn vertailu sairaustilojen välillä on vaikeampaa kuin yksittäisen sairauden sisällä. Ainoa esimerkki julkisesta horisontaalisesta priorisoinnista on ns. Oregonin lista Yhdysvalloissa, Oregonissa (Hetemaa ym. 2003,11; Nikkinen 2007, 88- 93.) Horisontaalista priorisointia voidaan tehdä myös eri toimialojen välillä, samoin kuin vertikaalista priorisointia toimialan sisällä, kuten esimerkiksi tässä tutkimuksessa kuvattavissa maakärjäkuntien priorisointihankkeissa on tehty.

2.1.2 Priorisointi ja oikeudenmukaisuus

Foucalt (1995) on pohtinut, onko yhteiskunnan tyydytettävä yksilöiden terveyden tarve kollektiivisin keinoin ja voidaanko näiden tarpeiden tyydyttämistä vaatia legitiimisti. Hänen mielestään ei myönteistä vastausta voida hyväksyä, jos terveystarpeet kasvavat

rajattomasti Sen sijaan terveyden välineiden kuten esimerkiksi lääkkeiden tai sairaalalaitteiden avulla voidaan määritellä liikkuva raja, joka riippuu yhteisön taloudellisista voimavaroista, lääketieteen teknisestä kapasiteetista ja siitä, mitä halutaan pitää terveyden välineinä ja resursseina. Oikeus näihin välineisiin on määriteltävissä, mutta niiden tasa-arvoinen käyttö on ongelmallista (Foucault 1995, 98–99.)

Terveydenhuollossa on pääasiassa pohdittu tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden toteutumista sekä utilitaristisen- että velvollisuusetiikan näkökulmista. Terveydenhuollossa utilitaristinen etiikka tähdentää suurimman kokonaisuhyvän periaatetta eli mahdollisimman monen ihmisen tekemistä mahdollisimman terveiksi (Cookson, Dolan 2000,326; Ryyänen & Myllykangas 2000,248). Terveydenhuollossa käytetyn velvollisuusetiikan mukaisiin eettisiin periaatteisiin luetaan kuuluvaksi elämän kunnioitus, potilaan hoitaminen kaikissa olosuhteissa, potilaan itsemääräämisoikeus ja potilaan oikeuksien kunnioitus, hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen sekä oikeudenmukaisuus (Ryyänen & Myllykangas 2000,247–248; ETENE 2006, 12–13).

Terveydenhuollossa oikeudenmukaisuus on vaikea ja vaativa kysymys. Perusoikeudellisesta näkökulmasta katsoen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa on yhdenvertaisuutta. Se on ennen kaikkea yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä, palvelujen saannissa, yksittäisten hoitoratkaisujen ja laadun yhdenvertaisuutta. Yhdenvertaisuuden toteutuminen koskee erityisesti ns. haavoittuviin ryhmiin kuuluvia kuten vammaisia, vanhuk- sia, lapsia ja syrjäytyneitä. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo liittyvät yhteiskunnan resurssien jakoon myös alueellisesti (ETENE, 2008,14; ETENE 2011,35.)

Kun puhutaan priorisoinnista, on pelätty että hoitoja saavat ne, jotka kykenevät puolustamaan omia etujaan. On jopa väitetty, että terveydenhuoltohenkilöstö myötäilee ja varoo sellaisia asiakkaita tai omaisia, jotka saattavat kannella hoidosta tai sen puutteesta. Toisaalta kovien arvojen ja eriarvoisuuden lisääntyessä on pelko, että osa väestöstä kykenee kustantamaan laadukkaita hoitoja ja köyhä kansa saa tyytyä vähemmän laaduk- kaisiin ja niukkoihin hoitoihin. (Lindqvist 2000, 25–26.)

Priorisointia saatetaan siis pitää eettisesti epäilyttävänä, ja voidaankin kysyä, onko prio- risointi tai siitä puhuminen eettisesti vaarallista? Priorisoinnin katsotaan kuitenkin ole- van eettisyyden ydintä, ja siksi tietoista priorisointia pidetään eettisenä ja priorisoimatta

jättämistä epäeettisenä (Lindqvist 2000, 21.) Jotta priorisointipäätökset olisivat eettisesti laadukkaita, olisi huomioitava, ketkä ovat osallisia tässä päätöksenteossa ja että päätöksenteon perusteet ovat kansalaisille avoimia. On myös varottava, että kovaääniset omia etujaan ajavat ryhmät eivät pääse liiaksi vaikuttamaan päätöksentekoon.

Priorisointia koskevassa päätöksentekoprosessissa nousee esiin vaikuttavuuden lisäksi kysymys oikeudenmukaisuudesta, kun verrataan sekä keinoja että päämääriä. Tämä korostaa demokraattista päätöksentekoprosessia. Terveystaloustieteelliset ja luonnontieteelliset menetelmät perustuvat yhden päämäärän (terveyshyöty) oletukseen ja sen maksimointiin ja ovat siten utilitaristisia. Utilitarismi ei kuitenkaan riitä lähtökohdaksi priorisointiin, jos huomioidaan terveydenhuollon eettiset periaatteet kuten oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja ihmisarvo. On olemassa muitakin arvokkaita asioita kuin terveys, kuten esimerkiksi vaikka hyvä terminaalihoido (Saarni 2010, 45–46.) Vaikka jostain hoidosta ei voitaisikaan todeta suoraa kustannushyötyä, voi se olla olennaista potilaan ihmisarvon ja integriteetin kannalta (Lindqvist 2002, 12).

Kansalaisnäkökulmaa oikeudenmukaisen priorisoinnin toteutumiseen selvitettiin tutkimuksessa, jossa nostettiin esiin kolme asiaa: 1) hyödyn maksimointi (terveydenhuollon tulisi tuottaa paras mahdollinen terveyshyöty), 2) tarveperiaate (miten paljon potilas hyötyy annetusta hoidosta) ja 3) tasavertaisuuden periaate (terveydenhuollon resurssit tulisi allokoida niin, että epätasa-arvoa tuottavat tekijät poistetaan). Tutkimuksen mukaan suurin osa vastaajista kannatti pluralistista lähestymistapaa eli kaikkia kolmea periaatetta tulisi käyttää yhdessä, kun tehdään priorisointipäätöksiä (Cookson & Dolan 2000, 326- 328.)

Daniels ja Sabin kehittivät vuonna 1998 Rawlsin oikeudenmukaisuusteorian pohjalta määritelmän oikeudenmukaiseksi priorisointiprosessiksi: Accountability for Reasonableness (AfR). Määritelmässä neljä tekijää takaa priorisointiprosessin legitimitetin: julkisuus (publicity), merkityksellisyys (relevance), korjattavuus (revisability) ja toimeenpano (enforcement). Julkisuus viittaa päätösten ja niiden perusteiden julkisuuteen. Merkityksellisyys tarkoittaa sitä, että tukeudutaan näyttöön ja periaatteisiin, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä, oikeudenmukaisia ja järkeviä päätöksiä tehtäessä. Korjattavuus taas antaa kansalaisille ja potilaille mahdollisuuden päätösten kyseenalaistamiseen ja virheellisten päätösten oikaisemiseen. Toimeenpano (enforcement) tarkoittaa selvien peli-

sääntöjen olemassaoloa päätöksenteon toteuttamiseen (Daniels 2000,1300-1301; Daniels & Sabin, 2002, 45 -65; Ham & Robert 2003, 1-3; Hetemaa ym. 2003, 15- 16.)

AFR:n periaatteet ovat yleisiä ja niitä voitaisiin soveltaa laajemminkin tietyissä puitteissa. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa sitä, että olisi hyvä olla foorumi, joka mahdollistaisi kokemusten vaihdon eri instanssien / toimijoiden välillä. Tästä saadun kokemuksen ja tiedon perusteella voitaisiin sitten luoda ”kelvollisen hoidon politiikalle” kehys, jota vasten uusia käytänteitä ja hoitoja voitaisiin peilata (Martin & Singer 2003.) AfR:n periaatteet soveltuvat kannattelemaan myös tämän tutkimuksen päämääriä, koska julkinen ja läpinäkyvä priorisointi, joka perustuu näyttöön ja yleisesti hyväksytyihin periaatteisiin, on edellytys oikeudenmukaisuuden toteutumiseen.

2.2 Priorisointi ilmiönä ja tutkimuskohteena

Koska terveydenhuollon priorisointi on monitahoinen ja kiistanalainen asia, se on myös erittäin kiinnostava yhteiskunnallinen ilmiö ja tutkimuskohde. Terveystieteissä priorisointia joudutaan tekemään koko ajan. Silti monet päätöksentekijät välttelevät puuttumasta siihen. Mutta tilanne, jossa priorisointiin suhtaudutaan välinpitämättömästi eikä päätöksiä tehdä avoimesti, johtaa kyseenalaiseen ja epäoikeudenmukaiseen päätöksen tekoon (Tinghög, 2011,9).

Monissa länsimaissa kuten esimerkiksi Ruotsissa, Norjassa ja Kanadassa on yritetty tehdä erilaisia malleja eksplisiittisemmän priorisoinnin edistämiseksi. Norjassa ensimmäinen asiaa käsittelevä raportti julkaistiin 1987, ja siinä ehdotettiin potilaan sairauden vakavuuden mukaan viittä eri prioriteetti-luokkaa. Uudessa esityksessä vuonna 1996 luokat vähennettiin neljäksi ja priorisointikriteereiksi lisättiin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus (Callthorp 1999, 2-5; Hetemaa ym. 2003,26.) Kanadassa merkittävin yritys avoimemmasta ja julkisemmasta priorisoinnista on 1999 alkanut WCWL-projekti. Siinä potilaat pyritään laittamaan kiireellisyysjärjestykseen eksplisiittisin kriteerein tavoitteena tasavertaisuus. Viidelle terveydenhoidon osa-alueelle on luotu kiireellisyyskriteereitä: magneettikuvaus, yleiskirurgia, kaihileikkaukset, lonkka- ja polvi-leikkaukset ja lasten mielenterveys (WCWL 2012; Hetemaa ym.2003,26.)

Nämä kokeilut eivät ole kuitenkaan johtaneet kovin konkreettisiin julkisiin ja avoimiin priorisointipäätöksiin. Tätä tukee myös Sabikin ja Lien (2008) tutkimus, jonka mukaan ei voida näyttää toteen, että arvoperusteisilla priorisointilinjauksilla olisi vaikutusta terveydenhuollon toimintaan, eikä myöskään voida todistaa sitä, että priorisointikäytänteiden mallintaminen olisi johtanut ennakoituun ideaaliin eli avoimeen, aktiiviseen ja eri tahojen yhteiseen osallistumiseen päätöksentekoon. Poikkeuksena tästä on kuuluisin priorisointimalli, USA:ssa toteutettu ns. Oregonin lista. Se on saanut osakseen varsin paljon arvostelua, koska varakas ja keskituloinen väestö on asettanut prioriteetteja köyhille (Ryynänen ym.1999,49–50; Oregon Health Plan 2009). Se on kuitenkin ainoa malli, jolla on saavutettu konkreettisia parannuksia, koska niiden ihmisten suhteellinen osuus, jotka saavat terveydenhuoltopalveluja, on suurempi kuin muualla USA:ssa (Nikkinen 2000, 51–52).

Priorisointia ja siihen liittyviä ilmiöitä on tutkittu runsaasti varsinkin kehittyneissä länsimaissa. Priorisointiin liittyvä päätöksenteko, kansalaisten, potilaiden ja terveydenhuollon työntekijöiden odotukset ja asenteet ovat kiinnostaneet monia tutkijoita. Muun muassa Rosen (2002) on todennut, että Ruotsissa väestöllä on yleisesti ottaen korkeat odotukset terveydenhuollon suhteen. Odotukset eivät ole yhteneväisiä siihen nähden, mitä julkinen terveydenhuolto pystyy päättäjien mielestä tarjoamaan. Myös Ruotsissa perusterveydenhuollon piirissä tehty tutkimus paljasti, että suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että julkisen terveydenhuollon tulisi tarjota kaikki mahdollinen hoito kustannuksista piittaamatta (Arvidsson ym. 2009).

Kanadassa on tehty 2000-luvulla priorisointia ja sen ehtoja käsitteleviä tutkimuksia, kuten Brittiläisessä Kolumbiassa sijaitseva maakunnallisen terveyshallintoviraston (Provincial Health Services Authority = PHSA) päättävälle viranomaisille tehty tutkimus eksplisiittisen ja näyttöön perustuvan priorisoinnin toteuttamisesta. Vaikka kaikki viranomaiset eivät ole halunneet luopua implisiittisestä priorisoinnista, ovat terveydenhuollon päätöksenteosta vastaavat viranomaiset viime aikoina Kanadassa ja muuallakin maailmassa ilmaisseet halunsa toteuttaa eksplisiittisempää ja näyttöön perustuvaa priorisointia. Sen vuoksi tutkimuksen perusteella pääkehittämiskohteiksi koettiin läpinäkyvämmän priorisointiprosessin kehittäminen ja sellaisen kulttuurin luomisen, joka tukee eksplisiittistä priorisointia, jonka keskiössä on päätöksenteon oikeudenmukaisuus. Avoimemman allokoinnin esteinä tutkimukseen osallistujat pitivät muun muassa sitä,

että päätöksentekijöiltä puuttuu harjaantuminen priorisointipäätösten tekemiseen (Teng ym. 2007.)

Lisäksi on tutkittu näyttöön perustuvia resurssien allokointiprosesseja tutkimuksessa, jossa kysyttiin päättäjien mielipiteitä näyttöön perustuvasta voimavarojen allokoinnista. Tutkimuksessa saatiin nimettyä yhdeksän avaintekijää, joista mainittakoon näyttöön perustuva hoidon toteuttaminen ja selkeiden mitattavien kriteereiden käyttö. Näiden avaintekijöiden käytön toivotaan auttavan päätöksen tekijöitä onnistumaan allokointiprosesseissa. (Dionne ym. 2008.) Onnistuneen priorisoinnin avaintekijöitä saatiin identifioitua myös toisessa Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa, jossa oli mukana hoitoon osallistuvia, potilaita ja päätöksentekijöitä. Tärkeinä asioina nousi esiin muun muassa päätöksenteon laatu ja julkisuus (Sibbald ym. 2009.)

Osa tutkimuksista käsittelee priorisoinnin oikeudenmukaisuuden ja siihen liittyvien periaatteiden toteutumista. Muun muassa Douglas Martin ja Peter Singer (2003) ovat arvioineet oikeudenmukaisuuden periaatteiden toteutumista priorisoinnissa AFR:n antaman viitekehyksen puitteissa (s.16). Tutkimuksen mukaan julkisuusnäkökulma ei aina toteudu, koska media ja kansalaiset eivät ole tarpeeksi informoituja priorisointiin liittyvien ongelmien monimutkaisuudesta eivätkä tämän vuoksi kykene täysipainoisesti osallistumaan priorisointikeskusteluun. Toisaalta kysymys siitä, onko priorisointi asiamukaista tai merkityksellistä siinä kontekstissa, jossa sitä tehdään, on myös hankala. Priorisointikomiteat pyrkivät tekemään linjauksia, jotka perustuvat asiakkailta ja asiantuntijaryhmiltä saatuihin kokemuksiin ja näyttöön. Hallitukset, terveyshallintoviranomaiset ja sairaalat eivät välttämättä konsultoi potilaita tai yleisöä, eikä asianmukainen tiettyyn kontekstiin sidottu priorisointi välttämättä toteudu. Valitusoikeus (korjattavuus) on keskeinen priorisointiin liittyvä oikeus, joka ei myöskään aina toteudu. Priorisoinnin perusteita ei välttämättä julkisteta, ja siksi painostusryhmät eivät kykene haastamaan viranomaisia. Koska julkisuusnäkökulma ei toteudu, asianmukaisuus- ja merkityksellisyysnäkökulma toteutuu vain harvoin, ja koska valitusoikeus ei toteudu, ei tapahdu myöskään toimeenpanon seurantaa (Martin & Singer 2003.)

AFR:n antamaan eettiseen kehikkoon peilaten on tutkittu sydänkirurgian priorisointia, ja sen tulokset painottavat samoja asioita kuin edellä. Tutkimuksen tulosten perusteella todettiin, että merkityksellisyysperiaatteeseen vaikuttavien kliinisten (esim. sydämen

anatomia) periaatteiden lisäksi ei-kliiniset periaatteet (esimerkiksi potilaan elämäntavat, kirurgiset käytännöt tai osaston kustannusten hillitseminen) voivat johtaa epäjohtonmukaisiin päätöksiin. Ei-kliiniset priorisointisyöt eivät ole yleisesti hyväksytyjä, eikä niiden olemassaoloa ole kliinikoiden välisissä keskusteluissa myönnetty, joten julkisuusperiaatekaan ei välttämättä toimi. Priorisointiperusteiden haastamiseen on luotu mekanismeja, mutta ilman tietoa ei-kliinisistä syistä se voi olla ongelmallista, jolloin korjattavuusperiaatekaan ei toimi. Priorisoinnin täytäntöönpanossa kliinikot eivät tutkimuksen mukaan saaneet yksikössään/osastollaan tarpeeksi tukea (Walton ym. 2007.)

2.3 Priorisointi hyvinvointivaltion kontekstissa

Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden edistäminen sekä ihmisen mahdollisuus työhön ja itsensä kehittämiseen olivat perusajatuksena, kun Suomessa, Ruotsissa ja muissa Pohjoismaissa alettiin rakentaa hyvinvointivaltiomallia 1960-luvulla. Periaatteena on ollut, että kansalaisille turvataan tasa-arvoiset edellytykset yhteiskunnan täysivaltaisina jäseninä toimimiseen pääosin verovaroin kustannettujen palvelujen avulla. Suomalaisen hyvinvointimallin ajatellaan perustuvan työlle ja sen tuottamalle taloudelliselle kasvulle. Nykyiset palvelurakenteet ovat olleet voimassa vuosikymmeniä, ja kunnilla on ollut on Suomessa (ja Ruotsissa) vahva rooli peruspalvelujen järjestämisessä. Tätä roolia on modernissa demokratiassa haluttu vahvistaa edelleen (STM 2005, 20; STM 2008,6-8).

Hyvinvointiyhteiskunta koostuu hyvinvointivaltiosta, kunnista ja kolmannelta sektorilta. Sen perusteisiin kuuluu taata kansalaisille oikeudenmukainen, laadukas ja tehokas terveydenhuolto, joka on tasa-arvoinen niin maantieteellisesti kuin terveydenhuollon osa-alueidenkin suhteen. Nämä tavoitteet voidaan saavuttaa vain valintojen kautta (Tohmo, Pahlman 2003,425.) Valintojen tekeminen johtaa väistämättä priorisointiin, eli hyvinvointivaltio harjoittaa priorisointia ylläpitämiensä instituutioiden sisällä ja välillä. Niukkoina aikoina priorisoidaan eri asioita kuin runsaina aikoina, ja tämä vaikuttaa luonnollisesti myös terveydenhuollon priorisoinnin painopistealueisiin.

Terveydenhuollon priorisoinnissa korostetaan oikeiden asioiden tekemistä oikein, ja sen periaatteisiin pitäisi kuulua myös edellä mainitut hyvinvointiyhteiskunnan periaatteet. Kustannustehokkuus ja vaikuttavuus, joita painotetaan puhuttaessa priorisoinnista, sopivat myös hyvinvointivaltion periaatteiksi. Silti voi olla, että hyvinvointivaltiomalli ei

sinällään aina välttämättä edistä makrotason priorisoinnin jalkautumista ruohonjuuritasolle, kuten Ruotsissa on todettu, koska sen rakenteet ja päätöksentekojärjestelmät saattavat olla byrokraattisia ja jäykkiä. (Carlsson 2010,561). Hyvinvointivaltioajattelu voi olla myös iskostuneena kansalaisten mieliin vääränlaisena käsityksenä, jonka mukaan yhteiskunnan tulisi tarjota kaikki mahdollinen hoito kustannuksista piittaamatta. Tällöin priorisointitoimenpiteet voidaan kokea vain säästämisenä ja rajoituksina.

Sen vuoksi on tärkeää keskustella hyvinvointivaltion arvoista eli siitä, mitä tavoitteita kansalaiset asettavat hyvinvointivaltiolle ja mikä on yksilön ja mikä on yhteisön vastuu. Tarpeet ja arvot muodostavat hyvinvointivaltion järjestelmät, joiden kautta vastataan kansalaisten tarpeisiin heidän arvojensa mukaan. Nämä järjestelmät eivät ole ainoastaan kuntia tai sosiaaliturvarahastoja, vaan myös esimerkiksi markkinat ovat hyvinvointia synnyttävä instituutio, kuten myös perhe, naapurit ja erilaiset yhteisöt. Se, miten ihmiset reagoivat näihin erilaisiin instituutioihin, on tärkeää samoin kuin se, miten hyvinvointiyhteiskunnan palveluja käytetään (Hiilamo 2011,7.)

On sanottu, että toisen maailmansodan jälkeisen hyvinvointivaltion ekspansiivinen kasvu on päättynyt ja se on törmännyt byrokraattisiin ja taloudellisiin rajoihin eikä paluuta entiseen enää ole, vaikka talous elpyisikin (Eräsaari, Rahkonen 1999,7). Suomessakin perinteinen hyvinvointivaltiomalli on osittain rapautunut 1990-luvun laman jälkeen ja tutkimuksissa on todettu, että sosiaalimenojen kasvussa sekä terveydenhuoltoon käytetyissä rahoissa ollaan jäljessä verrattuna Ruotsiin ja Tanskaan (STM 2005,13).

Viime aikoina on myös paljon käyty keskustelua hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuudesta, johon vaikuttavat väestön ikääntyminen, suurten ikäluokkien jääminen eläkkeelle ja julkisen sektorin uudistushankkeet. Kansalaisten näkemys hyvinvointivaltion tulevaisuudesta vaikuttaa toistaiseksi vielä valoisalta. EVA:n teettämän tutkimuksen mukaan suomalaiset arvostavat laajasti hyvinvointiyhteiskuntaa ja ovat sitä mieltä, että hyvinvointipalveluiden turvaaminen ei ole rahasta kiinni. 93 % vastaajista oli sitä mieltä, että Suomen kaltaisessa vauraassa maassa pitäisi olla varaa huolehtia paremmin vanhuksista, sairaista ja muista huono-osaisista. Lisäksi suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että vaikka julkisten palvelujen ylläpitäminen maksaa paljon, hyvinvointivaltio on aina hintansa arvoinen eikä ketään saa jättää oman onnensa varaan (Haavisto ym. 2007, 72–73.)

Suomalaisten vaatimustason nousu lisää myös hyvinvointivaltion haasteita ja osa palveluista koetaan puutteellisina. Kaksi kolmasosaa tutkimukseen vastanneista oli sitä mieltä, että tyytymättömyyden ja kriittisyyden kasvu ei johdu siitä, että asiat olivat aiemmin paremmin, vaan siitä, että kansalaisten hinta- ja laatutietoisuus on noussut ja sen myötä myös vaatimustaso (Haavisto ym. 2007, 72–73.) Kansalaisten vaatimustason kasvu on noussut esiin myös eräänä priorisointiin johtaneena syynä (Ryynänen ym. 2006,55). Voidaankin sanoa, että hyvinvointivaltion haasteet ovat yhteismitallisia terveydenhuollon priorisoinnin haasteiden kanssa.

Vaikka väestö on entistä terveempää ja toimintakykyisempää, eivät väestöryhmien terveyserot ole kaventuneet (STM 2008,6-8). Parhaiten kansanterveyttä parannetaan, kun palvelut kohdennetaan niin, että huono-osaisimpien suhteellinen osuus niistä paranee (STM 2010,11). Tämä on tärkeä yhteinen haaste hyvinvointivaltiolle ja sen harjoittamalle terveyspolitiikalle. Palvelujen kohdentaminen jollekin terveydenhuollon sektorille tarkoittaa sitä, että ne ovat pois jostain muualta. Kansalaisten antama hyväksyntä priorisointipäätöksille on tärkeää, ja tulevaisuudessa on hyvä käydä julkista arvopohjaista keskustelua asiasta. Varmaa on, että hyvinvointivaltio joutuu tulevaisuudessa tekemään kipeitä valintoja ja priorisointipäätöksiä.

3 PRIORISOINTI RUOTSISSA JA SUOMESSA

3.1 Ruotsin ja Suomen priorisointikeskustelun lähtökohtia

Pitkä historiallinen kehitys on muovannut pohjoismaista terveydenhuoltojärjestelmää. Terveydenhuollon rahoitus, painotukset ja järjestäminen ovat vaihdelleet eri aikoina. Terveyspolitiikan päätavoitteista ja -periaatteista on kuitenkin ollut melko laaja poliittinen yhteisymmärrys. Tällä hetkellä Pohjoismaiden terveydenhuolto on suurten haasteiden edessä esimerkiksi väestön ikärakenteen muutoksen ja sen seurauksena palvelujen tarpeen kasvun takia. Toisaalta terveydenhuollon mahdollisuudet erilaisten terveysongelmiin hoidossa ovat lisääntyneet, ja kansalaisten odotus- ja vaatimustaso on noussut. Lisäksi terveydenhuoltoa tuottavat myös julkisen vallan suoran vaikutusvallan ulkopuolella olevat organisaatiot. Tämä kaikki lisää kustannuspaineita, ja kaikissa Pohjoismaissa on 2000-luvulla toteutettukin rakenteellisia muutoksia terveydenhuollossa (Willberg & Valtonen 2007,11.)

Ruotsissa terveydenhuolto on järjestetty paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla. Kuntajärjestelmä koostuu kahdesta tasosta, kunnista ja maakunnista eli maakäräjäkunnista, joilla molemmilla on verotusoikeus. Julkista terveydenhuoltoa rahoitetaan pääasiassa verovaroin ja lisäksi kerätään käyttäjämaksuja. Julkisten terveystieteiden ja sairaaloiden lisäksi palveluja tarjoavat erilaiset yksityiset palvelun tuottajat. Kansalaisilla on ollut vuodesta 1993 mahdollisuus valita lääkäri joko julkiselta tai yksityiseltä sektorilta, ja 2003 valinnan vapautta on lisätty niin, että kansalaiset voivat valita terveydenhuoltopalvelunsa mistä tahansa maan eri osista. Kunnat ovat edelleen vastuussa palvelujen saatavuudesta, mutta yksityisille palveluntuottajille on siirretty paljon vastuuta niiden tuottamisesta, ja suurempien yritysten markkina-asema on tämän takia korostunut (Wilberg, Valtonen 2007, 18- 19; Mattila 2011,14.)

Ruotsissa priorisointikeskustelua on käyty 1980-luvulta lähtien ja ensimmäinen priorisointikomitea sai valmiiksi raporttinsa 1995. Vuonna 1997 valtiopäivät päättivät terveydenhuollon priorisoinnin suuntaviivoista (nationella riktlinjer). Parlamentin hyväksymät kansalliset suuntaviivat ovat olleet tiennäyttäjinä priorisoinnin toteuttamisessa, ja kaksi näistä periaatteista on kirjattu terveydenhuoltolakiin. Priorisointilinjausten päämääräksi otettiin heti aluksi avoimuus, läpinäkyvyys ja oikeudenmukaisuus (Call-

torp1996,7; Hetemaa ym.2003,23.) Mitään näkyvää makrotason eksplisiittistä priorisointijärjestelmää ei kuitenkaan ole toteutettu, mutta monia alueellisia kokeiluja on kuitenkin tehty (Hetemaa 2003,24). Näihin alueellisiin priorisointikokeiluihin perehdytään tämän tutkimuksen puitteissa myöhemmin.

Kuten muissakin Pohjoismaissa, on Suomessa terveystalouden tavoitteena ollut turvata kaikille kansalaisille mahdollisimman korkealaatuiset terveydenhuoltopalvelut tasapuolisesti riippumatta asuinpaikasta ja varallisuudesta. Pääosin julkisen sektorin tarjoamia, julkisin varoin tuettuja palveluja täydentävät yksityiset palvelut. Terveystalousohjelmien järjestämisestä vastaavat kunnat, ja jokainen kunta on velvollinen järjestämään asukkailleen sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä naapurikuntien kanssa, ja se voi myös ostaa palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta, muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä. Sairaanhoidopiirit järjestävät alueellisen erikoissairaanhoidon, ja kunnat ovat sairaanhoidopiirien osakkaina. Terveystalouden ja sairaanhoidopiirien palvelujärjestelmää täydentävät työterveyshuolto ja yksityiset lääkäriasemat (Willberg & Valtonen 2007, 16- 17; Mattila 2011,11.)

Suomessa on muutaman vuoden ajan pyritty uudistamaan sekä kunta- ja palvelurakenteita sekä terveydenhuollon rakenteita. Tavoitteena on ollut suurempien yhteenliittymien luominen terveydenhuollon järjestämiseksi korkealaatuisten palvelujen turvaamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007: Willberg & Valtonen 2007, 16–17.) Palvelurakennemuutos ei ole edennyt toivotulla tavalla, ja uusi hallitus on alkanut valmistella laajaa kuntamuutosta, jonka tavoitteeksi on asetettu elinvoimainen, vahvoihin peruskuntiin pohjautuva perusrakenne. Vahva peruskunta muodostuisi luonnollisesta työssäkäyntialueesta ja olisi riittävän suuri pystyäkseen itsenäisesti vastaamaan peruspalveluista lukuun ottamatta vaativaa erikoissairaanhoidon ja vaativia sosiaalihuollon palveluja. Vahvan peruskunnan kriteerinä olisi elinkeinopolitiikka, kehittämistyö sekä toimenpiteet yhdyskuntarakenteen kehittämiseksi (Kuntaliitto 2011; VM 2012.)

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki mahdollistaa ainakin teoriassa asiakkaalle suuremman vapauden valita hoitopaikkansa (Terveydenhuoltolaki 1.5.2011). Käytännössä valinta tapahtuu julkisen terveydenhuollon tarjoamien palveluiden suh-

teen. Yksityisen terveydenhuollon palvelut ovat edelleen tarjolla pääasiassa niille, joilla on enemmän varaa maksaa niistä.

Suomessa valtionhallinto ei ole ottanut yhtä näkyvää roolia priorisoinnissa kuin Ruotsissa, mutta arkkiatri Pelkosen johdolla perustettiin priorisointitoimikunta 1990-luvulla. Priorisointitoimikunnan työn ja siihen liittyneen Espoon Hanasaassa 1993 pidetyn konsensuskokouksen tuloksena julkaistiin 1994 loppuraportti ”Arvoista valintoihin”. Kokouksessa hyväksyttiin periaatteessa sisäinen priorisointi ja piilopriorisointi (potilasmaksut, jonot), mutta ei ulkoisia priorisointitoimenpiteitä. Sen jälkeen priorisointikeskustelu hiipui miltei kokonaan. Sittemmin perustettiin uusi priorisointitoimikunta, joka järjesti suuren priorisointiseminaarin Hanasaassa vuonna 1999. Hanasaaren kokouksessa tehtiin useita priorisointiin liittyviä peruslinjauksia, joista mainittakoon lainmukaisuuden periaate, vaikuttavuuden periaate ja avoimuuden periaate (Ryynänen ym. 1999,58; Lindqvist 2000, 21–27.) Aiheesta on 1990-luvulla eri tutkijoiden toimesta tehty useita kyselytutkimuksia hoitohenkilökunnan, lääkäreiden, kansalaisten ja poliitikkojen prioriteeteista eri sairaus- ja hoitoryhmiin nähden. Niiden perusteella kävi ilmi, että eri ryhmien näkemykset erosivat melko paljon toisistaan priorisoinnin suhteen (Hetemaa ym.2003.) 1990-luvun julkisen keskustelun jälkeen priorisointikeskustelu jälleen hiljeni, mutta 2000-luvulla on varsinkin tiedepiireissä ja yksityisten lääkärien toimesta viritetty keskustelua uudelleen käyntiin.

3.2 Ruotsin ja Suomen priorisoinnin nykytila

Priorisoinnin nykytilan selvittämiseksi Ruotsissa ja Suomessa tässä tutkimuksessa laadittiin kirjallisuuden perusteella katsaus, jonka muodostivat tieteelliset artikkelit, raportit ja aiheeseen liittyvä kirjallisuus. Katsauksessa käytiin läpi Ruotsin priorisoinnin suuntaviivoja ja toimenpiteitä sekä perehdyttiin maakuntatason (landstinget) priorisointityöhön asiantuntijoiden ja tutkijoiden tekemien raporttien ja tieteellisten julkaisujen kautta vuodesta 2008 lähtien. Tarkoitus oli selvittää, miten avoin priorisointityö on jalkautunut maakunnalliselle tasolle, mitkä seikat ovat edistäneet sitä ja mitkä asiat ovat olleet esteenä. Tutkimusraportit ja julkaisut saatiin hankittua Linköpingin yliopiston alaisuudessa toimivan priorisointikeskuksen tutkijan dosentti Peter Garpenbyn kautta, ja lisätietoa hankkeista saatiin sosiaalihallituksen verkkosivuilta. Suomen osalta pyrittiin etsimään tietoa priorisointia tukevista toimenpiteistä, tutkijoiden ja asiantuntijoiden

kannanotoista hakukoneiden kautta sekä suoraan verkkojulkaisuista vuodesta 2005 lähtien. Dokumenttien osalta ei tehty systemaattista sisällön luokittelua tai analyysia, mutta sieltä saatiin identifioitua ja luokiteltua tutkimusteemoihin liittyviä asioita.

3.3 Priorisointia tukevia toimenpiteitä Ruotsissa

Ruotsissa terveydenhuollon priorisoinnin kulmakivenä voidaan pitää kansallista priorisointimallia. Toinen tärkeä asia ovat kansalliset priorisointia tukevat hoitosuosituksset, joiden tuottamisessa sosiaali- ja terveyshallituksella on päävastuu. Hoitosuositusten lisäksi Ruotsissa käytetään priorisoinnin apuna menetelmien arvioita (SBU) ja näyttöön perustuvaa lääketiedettä (EBM) kuten Suomessa. Hoitotakuu on säädöspohjaisena ohjauskeinona myös vakiinnuttanut asemansa eräänä priorisointityökaluna. Myös internetin käyttöä on hyödynnetty priorisointityössä muun muassa Prio-net nettifoorumin kautta. Laaja tutkimustyö tukee myös terveydenhuollon priorisointityötä, ja Linköpingin yliopiston alaisuudessa toimivalla priorisointikeskuksella on tärkeä rooli asiantuntijata-solla priorisoinnin tukemisessa ja siihen liittyvien tutkimushankkeiden läpiviemisessä.

Kansallinen priorisointimalli

Kun Ruotsin hallitus asetti 20 vuotta sitten parlamentaarisen komitean keskustelemaan terveyspalvelujen roolista hyvinvointiyhteiskunnassa, muotoiltiin myös eettiset periaatteet, joiden oli määrä ohjata välttämättömiä priorisointiratkaisuja. Parlamentti hyväksyi vuonna 1997 nämä periaatteet, ja kaksi niistä kirjattiin terveydenhuoltolakiin. Periaatteenä on tehdä vertikaalista priorisointia kustannustehokkaasti eettisin perustein (Callthorp 19997-8; Waldau 2010,17.) Alla olevaan taulukkoon on koottu priorisointia ohjaavat eettiset periaatteet.

Taulukko 1. Priorisointia ohjaavat eettiset periaatteet Ruotsissa

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ihmisarvo: kaikilla yhtäläiset oikeudet ja jokainen on samanarvoinen • Voimavarat suunnataan tarpeen mukaan ja heikoimmat otetaan huomioon (solidaarisuus). • Pyrkimys kustannustehokkuuteen |
|--|

Aluksi priorisointi oli uusi asia monille, mutta vähitellen avoin priorisointi on saanut jalansijaa kansallisella tasolla, ja 2-3 vuotta sitten myös maakäräjät tulivat mukaan tähän työhön (Carlsson, 2010,561.) Priorisointia tapahtuu poliittishallinnollisella ja kliinillä tasolla ja sairaudet on jaettu viiteen eri ryhmään tärkeysjärjestyksen mukaan (Callthorp 1999, 7-8; SOU:2001.) Taulukkoon 2 nämä sairausryhmät on koottu tärkeysjärjestyksessä.

Taulukko 2. Tärkeysjärjestys sairausryhmien mukaan

- 1) Henkeä uhkaavat sairaudet
- 2) Terveyden edistäminen ja kuntoutus
- 3) Ei-henkeä uhkaavat akuutit ja krooniset sairaudet
- 4) Rajatapaukset
- 5) Hoito, joka ei johdu sairaudesta tai vammasta

Parlamentin hyväksymät priorisoinnin suuntaviivat on koettu tärkeiksi, mutta niitä ei suurimmaksi osaksi tunneta, ja monia tulkintaongelmia on ilmennyt käytännön tasolla. Sen vuoksi periaatteista on pyritty muodostamaan käytännönläheisempi malli, jonka ensimmäisenä periaatteena on tunnistaa ja rajata olosuhteet, jossa priorisointia toteutetaan. Toinen tärkeä asia on tunnistaa priorisoinnin kohde eli se, mitä aiotaan priorisoida: kartoitetaan terveydentila tai terveysriski ja siihen liittyvä toimenpide. Kolmanneksi on välttämätöntä koota tutkimustietoa esimerkiksi erilaisten sairaustilojen vaikeusasteista ja siitä, miten eri potilaat hyötyvät eri toimenpiteistä ja mikä on eri toimenpiteiden kustannustehokkuus. Neljänneksi on tärkeää nivoa voimavarojen kohdentaminen ja tutkimustieto yhteen (Ahlström ym. 2008,6.)

Hoitosuosituksiset

Kansallisilla priorisointia tukevilla hoitosuosituksilla on kaksijakoinen tehtävä. Ensimmäkin ne on tarkoitettu tueksi maakäräjien ja kuntien päätöksentekijöille, jotka jakavat taloudellisia voimavaroja ja päättävät erilaisista terveydenhuoltoon liittyvistä asioista. Toiseksi ne sisältävät hoitosuosituksia terveydenhuollon työntekijöille siitä, mitä hoitomuotoja kannattaa kulloinkin valita ja käyttää. Linjaukset ovat vahvoja suosituksia,

mutta ne eivät ole juridisesti sitovia eli niitä ei ole pakko noudattaa. Kuitenkin, jos esimerkiksi dementiaa sairastavalle koituu vahinkoa siitä, ettei hoitosuosituksia ole noudatettu, voi tällainen yksikkö joutua sosiaali- ja terveystieteiden tutkintaan. Sosiaali- ja terveystieteiden sekä vuonna 2001 perustettu priorisointikeskus ovat keskittyneet tukemaan näiden hoitosuositusten tekemistä sekä edistämään aiheeseen liittyvää tutkimusta. Hoitosuositusten laadinnassa on mukana monialaisia asiantuntijaryhmiä. Hoitosuosituksia on tehty muun muassa dementiaa, diabeteksestä, sydänpotilaan hoidosta, astmasta, skitsofreniasta ja tuki- ja liikuntaelinsairauksista. (Socialstyrelsen/nationella riktlinjer 2009.)

Menetelmien arviointi ja näyttöön perustuva lääketiede

Menetelmien tieteellistä arviota tehdään monissa maissa, ja Ruotsissa sitä on tehnyt myös SBU vuodesta 1992. Arvioinnin pohjalta on tarkoitus löytää ne menetelmät, joista on eniten hyötyä potilaalle. Se auttaa myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa hyödyntämään parhaiten resurssejaan. Monet rutiininomaisesti käytetyt menetelmät potilaiden hoidossa ovat vanhentuneita ja tehottomia, eikä parhaita menetelmiä ole käytössä. Toisaalta monet uudet hoitomuodot ovat levinneet ilman, että niiden riskejä tai kustannuksia on tarkkaan arvioitu. Lisäksi on jo olemassa hyviä ja tehokkaita menetelmiä, joita pitäisi käyttää enemmän kuin niitä tällä hetkellä käytetään (SBU 2011.) Menetelmien arviointi on laajasti hyväksytty priorisointikeino, ja se on kirjattu Ruotsin lainsäädäntöön (SFS 2007:1233). SBU:n alaisuudessa tehdään myös näyttöön perustuvan lääketieteen/hoidon kehittämistä (EBM).

Hoitotakuu

Hoitotakuu liittyy priorisointiin eräänä osatekijänä jonojen hallinnassa. Ensimmäinen makrotason priorisointiin liittyvä päätös tehtiin 1992, kun asetettiin ensimmäinen hoitotakuu 12 elekttiiviselle leikkaukselle. Aluksi pystyttiin hoitotakuusta pitämään kiinni ja jonoja saatiin lyhennettyä, mutta sitten siitä luovuttiin. Syynä oli se, että hoitotakuun toteuttaminen olisi vaatinut tiukempia priorisointeja ja lääkärit vastustivat niitä. (Hete-
maa ym. 2003, 23–24.)

Tällä hetkellä hoitotakuu (vuodelta 2005), joka on kirjattu terveydenhuoltolakiin, on voimassa perusterveydenhuoltoon kuuluvien lääkärikäyntien yhteydessä ja kaiken suunnitellun erikoishoidon yhteydessä ensimmäisellä käynnillä sairaalassa tai vastaanotolla riippumatta siitä, käykö potilas esimerkiksi lääkärin tai lääkintävoimistelijan tai muun hoitohenkilökunnan vastaanotolla. Hoitotakuu koskee kaikkia potilaita (Patient-brochyr på finska, 2010; Vårdgaranti 2012.)

Hoitotakuu koskee kaikkea suunniteltua hoitoa. Jos sairastuu tai loukkaantuu äkillisesti, hoitoa saa tavalliseen tapaan mahdollisimman pian. Hoitotakuu merkitsee sitä, että yhteyden hoidonantajaan tai tarvitsemansa hoidon saa tietyn ajan kuluessa. Hoitotakuuta säädellään 0-7-90-90 -aikarajojen mukaan. Se tarkoittaa sitä, että yhteys perusterveydenhuoltoon on saatava samana päivänä (0). Yhteyden voi ottaa joko puhelimitse tai käymällä hoidonantajan luona. Jos perusterveydenhuolto katsoo aiheelliseksi, on asiakkaalle tarjottava lääkärinaikaa seitsemän päivän sisällä. Jos asiakkaalle on tehty lähete erikoislääkärille, on aika saatava 90 päivän sisällä, ja jos lääkäri katsoo potilaan tarvitsevan esimerkiksi leikkaushoidon, on aika saatava 90 päivän kuluessa. (Landstinget i Uppsalalän 2010; SKL 2011.)

Hoitotakuun rajojen tiukentamista on jo vaadittu pidempään, ja tarkoitus oli saada lyhennetyt hoitotakuun rajat voimaan kaikkien maakäräjien alueella vuoden 2011 aikana. Potilaan oikeuksien ja valinnan vapauden lisääntyminen ja hoitokuun jonotusaikojen lyheneminen käyvät käsi kädessä. Potilaiden ei pitäisi antaa jonottaa kolme kuukautta, ennen kuin he tapaavat erikoislääkärin tai pääsevät röntgentutkimukseen (SKL 2011.)

Ruotsissa kehitetään priorisointia koko ajan aktiivisesti: sosiaali- ja terveyshallitus ja priorisointikeskus työstävät ja koordinoivat priorisointia tukevia kansallisia hoitosuosituksia. Sosiaali- ja terveyshallitus, priorisointikeskus ja SKL, maakäräjien ja kuntien yhteistyöelin, järjestävät koulutuksia ja seminaareja sekä julkaisevat aiheeseen liittyviä raportteja ja tieteellistä kirjallisuutta (SKL 2011). Lisäksi on perustettu PrioNet-Vårt nettifoorumi. PrioNetin tarkoitus on olla kansallinen arena poliitikoille, terveydenhuollon työntekijöille ja hallinnosta vastaaville priorisointia koskevissa kysymyksissä. Tärkeä tehtävä on välittää maakäräjien ja kuntien näkökulmia priorisointikeskukselle siitä, miten priorisointikeskuksen toimintaa voisi kehittää. PrioNetin kautta on tarkoitus levittää ja esitellä priorisointiin liittyvää kehitystyötä. Lisäksi verkon kautta saa tietoa val-

tiopäivien, hallituksen ja keskeisten viranhaltijoiden päätöksistä. Se välittää myös tietoa kansainvälisestä priorisointikeskustelusta. (Prioriteringscentrum/PrioNet-Vårt 2012.)

Priorisointiin liittyen on viime vuosina tutkittu muun muassa priorisointia tukevia hoitosuosituksen toteutumista sairaaloissa (Norrving ym. 2007) sekä myös maakunta- ja kuntatasolla (Garpenby & Johansson 2007). Lisäksi kiinnostuksen kohteina ovat olleet eri toimijoiden asenteet priorisointiin (Rosen 2002; Rosen 2006; Arvidsson ym.2009). Lisäksi viime aikoina Ruotsissa on pyritty maakunnallisella tasolla toteuttamaan merkittäviä hankkeita avoimemman voimavarojen kohdentamisen toteuttamiseksi.

3.4. Kolmen maakärjäkunnan priorisointihankkeet

Ruotsissa on 21 maakärjäkuntaa, joilla on vahva itsehallinto. Ne vastaavat itsenäisesti terveydenhuollon päätöksistä ja toteutuksesta. Noin puolet maakärjäkunnista pyrkii toteuttamaan avointa ja läpinäkyvää terveydenhuollon priorisointia. Tähän tutkimukseen valittiin kolme maakärjäkuntaa: Västmanland, Västerbotten, ja Kronoberg, joissa on viime vuosina toteutettu laajat hankkeet avoimemman priorisoinnin edistämiseksi. Priorisointiprosesseista on tehty seurantalutkimuksia ja niihin liittyen julkaistu tieteellisiä artikkeleita, joiden antia ja tuloksia tarkastellaan tässä tutkimuksessa. Näiden kolmen maakärjäkunnan priorisointikokeilut muistuttavat läheisesti toisiaan. Niissä kaikissa pyrittiin jakamaan terveydenhuoltoon annetut resurssit uudelleen vertikaalisesti eri toimialojen ja erikoisalojen sisällä ja horisontaalisesti eri toimialojen välillä. Hankkeiden tarkoituksena ei ollut ensisijaisesti säästäminen vaan olemassa olevien voimavarojen uudelleen jako (omfördelning) ja tehokkaampi käyttö.

3.4.1 Västerbottenin hanke resurssien uudelleen jakamiseksi

Västerbottenin läänin maakärjäjäät toteuttivat vuonna 2008 mittavan priorisointiprosessin käsittäen kaikki toimialat ja tavoitteena voimavarojen uudelleen jako. Hanke syntyi useiden poliittisten päätösten seurauksena. Siinä painotettiin, että priorisointia tulisi tehdä useamman eri strategian kautta, jotta saavutettaisiin asetetut taloudelliset päämäärät. Prosessissa käytettiin kansallista avoimeen vertikaaliseen priorisointiin tähtäävää mallia, jota sovellettiin horisontaaliseen priorisointiin eri toimialojen välillä (Waldau 2009:1,4; Broqvist ym. 2009,1; Waldau ym. 2010,245–254.) Ennen hankkeen alkamista

oli tehty 160 miljoonan kruunun arvoinen budjettikehys, joka sisälsi listan korkealle priorisoiduista toimialoista ja toimenpiteistä (eniten terveyttä panostettuun rahamäärään nähden), jotka tarvitsivat resurssien vahvistamista. Lista sisälsi ehdotuksia, jotka pohjautuivat kansallisiin priorisointilinjauksiin esimerkiksi syöpäsairauksien seuranta-analyysin osalta tai lääkehoidon vaikuttavuuden arvion osalta. Lista muodosti eräänlaisen lähtökohdan priorisointityölle, mutta mitään poliittista päätöstä siitä ei tehty (Waldau 2009,4.)

Hankkeen tiimoilta tehtiin kyselytutkimus (Waldau 2009) ja haastattelututkimus (Broqvist ym. 2009). Valtaosa kyselyyn vastaajista piti hyvänä työskentelytapaa, johon kuului vertikaalinen ja horisontaalinen priorisointi. Ajan puutteen todettiin heikentäneen priorisointiprosessin laatua varsinkin ensimmäisessä vaiheessa. Tutkimuksessa epäiltiin poliitikkojen kykyä viedä päätöksiä läpi ja painotettiin sitä, että poliitikkojen tulisi seistä priorisointipäätösten takana kansalaisten edessä. Tästä huolimatta osanottajat olivat melko tyytyväisiä poliittisen päätöksen sisältöön tarjonnan rajoituksista ja uusien toimialojen ja menetelmien sisäänajosta. Päätöksenteko koettiin myös eettisesti motivoivana. Moni piti positiivisena, että yleensä saatiin ratkaisu aikaan ja vieläpä yhteisymmärryksessä. Lisäksi priorisointiprosessi koettiin merkittävänä oppimiskokemuksena, joka avasi mukana olleiden mukaan uusia näkökulmia omaan ja toisen toimialaan. (Waldau 2009,69–74.)

Hankkeen tiedotusstrategiassa oli selkeä suunnitelma siitä, miten poliitikkojen, johdon ja viranhaltijoiden tulisi muotoilla ja määritellä priorisointityötä. Medialle järjestettiin tiedotusseminaari jo alkuvaiheessa, ja raportointi oli koko ajan asiallista, joten viestintästrategia toimi suunnitelmien mukaan. Hankkeessa mukana olleiden mielestä perusteellisesti suunniteltu ”sanoman” läpivieminen osoittautui myöhemmin menestystekijäksi (Waldau 2009:1,74; Broqvist ym.2009:2,78.) Varsinkin lähijohtajat arvostivat tiedotusosaston antamaa tukea prosessin aikana. Tuki ei ollut vain tiedotusmateriaalin jakamista, vaan myös yhtenäisyyden luomista. Poliitikkojen yhtenäinen esiintyminen alkuvaiheen lehdistötilaisuudessa, jossa muotoiltiin priorisointityön tavoitteet, oli viranhaltijoiden mielestä tärkeää. Myös poliitikot kertoivat ottaneensa koko vastuun priorisointityön ja sen päämäärien kertomisesta kansalaisille (Broqvist ym.2009, 78- 80.)

Viranhaltijoiden, toimialajohtajien sekä poliitikkojen kesken rakentui priorisointiprosessin aikana epätavallisen suuri avoimuus. Todettiin ettei priorisointiprosessia voi toteuttaa pelkästään joko poliitikkojen tai lääketieteen edustajien tai hallinnon toimesta vaan yhteistyössä. Toisaalta joku oli sitä mieltä, että todellista vaikutusmahdollisuutta ei prosessissa annettu, vaan se oli johdettu autoritaarisesti. (Broqvist 2009,75.)

3.4.2 Kronobergin hanke terveydenhuollon kehittämiseksi

Marraskuussa 2008 Kronobergin maakäräjät päätti aloittaa strategisen terveydenhuollon kehitystyön (2009- 2015), jonka eräänä osa-alueena oli avoimemman priorisointiprosessin toteuttaminen. Alussa terveydenhuollon toimialajohtajat saivat tunnistaa ne toimenpiteet, jotka oli priorisoitu alhaiselle tasolle. Toimenpiteet muistuttivat samana vuonna alkaneen Västerbottenin maakäräjien samoin kuin Västmanlandin maakäräjien ja Jämtlandin läänin hankkeita. Vaikka Västerbotten on inspiroinut Kronobergia, on se kuitenkin tehnyt omia erityisratkaisujaan hankkeessa (Garpenby ym.2010,1.) Priorisointiprosessin työskentelyyn osallistuivat muun muassa johtoryhmä, toimialajohtajat, lääketieteellinen komitea ja eri ammattiryhmien edustajat (Garpenby ym.2010,6-7). Hankkeen etenemisestä ja tuloksista tehtiin tutkimus, johon kuului haastattelu ja lomakekysely. Haastattelututkimuksen perusteella Kronobergin priorisointityö perustui mikrostrategioihin eli yksilöön vaikuttamiseen (10 kokoontumista eri puolilla lääniä) eikä makrotasolla tapahtuvaan organisaatiomuutokseen. Se oli tietoinen ratkaisu ja noudatti maakäräjien linjauksia muutosprosessin läpiviemiseksi (Garpenby ym.2010,15.) Suuri osa arvioinneista ja ehdotuksista oli projektin vetäjien ja johtoryhmän vastuulla, koska toimialajohto ei ottanut niihin osaa. Projektin vetäjät ja johtoryhmä joutuivat lajittelemaan ja arvioimaan eritasoisia ja -arvoisia ehdotuksia. Eri toimialojen ehdotuksia ei asetettu toisiaan vasten, ja sen vuoksi mitään todellista horisontaalista priorisointia ei tapahtunut kuten Västerbottenissa (Garpenby ym. 2010, 33-35.)

Vuoropuhelua käytiin linjajohdon ja toimialajohtajien kesken, mutta toimialajohtajien ja poliitikkojen välillä ei dialogia syntynyt. Ehdotukset matalalle priorisoiduista toimenpiteistä menivät varhaisessa vaiheessa johtoryhmän käsiin, joka kantoi prosessin aikana vastuun sisällöstä. Koska johtoryhmäryhmä sai heti alussa käsityksen materiaalin vahvuuksista ja heikkouksista, sai se asiasta kokonaiskuvan jo varhaisessa vaiheessa (Garpenby ym.2010.)

Västerbotteniin verrattuna poliitikoilla oli paljon pienempi rooli, koska he eivät halunneet kommunikoida toimialajohtajien kanssa suoraan. Poliittinen yhtenäisyys eri puolueiden välillä ilmeni strategisessa suunnittelussa ja priorisointityön läpiviemisessä suunnitellun formaatin mukaisesti. Mitään yhtenäistä linjaa ei kuitenkaan saavutettu priorisoinnin muodoista, yksityiskohdista ja toteutuksesta. Pääosa poliitikoista ei halunnut mitään avointa virallista keskustelua valinnoista. Näin ollen ei tehty mitään poliittista valmistelua käsitellyistä ehdotuksista, jotka liittyivät säästämiseen, tehostamiseen tai priorisointiin (inprioriteringar). (Garpenby ym.2010,12- 13.)

Lomakekyselyssä tuotiin esiin maakäräjien sisäinen kehitystyö ja siihen liittyvä oppimisprosessi, ja kokemuksia ja näkökulmia koottiin prosessin eri vaiheista. Suurin osa oli erittäin motivoituneita priorisointityöskentelystä, vaikka jotkut epäilivät oliko prosessi tarpeeksi päämäärätietoinen. Kaikkein tärkeimpinä asioina mainittiin avoin keskustelu priorisoinneista, toiminnan kokonaistarkastelu ja läpivalaisu ja osallisuuden kokeminen. Olemassa olevien hyödyttömien asioiden tunnistaminen ja poistaminen koettiin niin ikään erittäin tärkeäksi (Garpenby ym. 2010,52–54.)

Negatiivisina asioina mainittiin ajan puute, eivätkä päätöksenteon perusteet aina olleet laadultaan korkeatasoisia (Garpenby ym. 2010,56). Lisäksi moitittiin sitä, että päätöksistä ei keskusteltu eikä niistä annettu palautetta. Se, onnistuivatko maakäräjät saavuttamaan suuremman sisäisen avoimuuden priorisoinneissa, jakoi mielipiteitä tasaisesti, vaikka sisäisiä tiedotuskanavia käytettiinkin melko tehokkaasti hyväksi. Ulkoinen avoimuus kansalaisiin nähden ei juuri lisääntynyt (Garpenby ym. 2010, 58–61.) Syynä tähän saattoi olla, että maakäräjät tekivät päätöksen, ettei prosessista tiedoteta ensimmäisen lehdistötilaisuuden jälkeen ennen asian poliittista käsittelyä (Garpenby ym. 2010,27–30).

Kansallisen priorisointimallin tuntemus vaihteli osanottajien keskuudessa, ja vain vajaa puolet oli sitä mieltä, että malli soveltui matalalle priorisoitavien kohteiden tunnistamiseen (Garpenby ym. 2010,63). Monien toimialajohtajien mielestä heille ei priorisointityöskentelystä ollut juurikaan hyötyä, ja vain pieni osa koki saaneensa uusia näkökulmia työhönsä. Suurin osa eri ryhmistä oli kuitenkin tyytyväisiä oman ryhmänsä työskentelyyn ja ongelmanratkaisutaitoihin ja katsoi, että priorisointityötä pitäisi jatkaa,

mutta halukkuus lähteä uudelleen tällaiseen kehitystyöhön vaihteli vastaajien keskuudessa (Garpenby ym. 2010,71.)

3.4.3 Västmanlänsin kehittämistyö resurssien uudelleen jakamiseksi

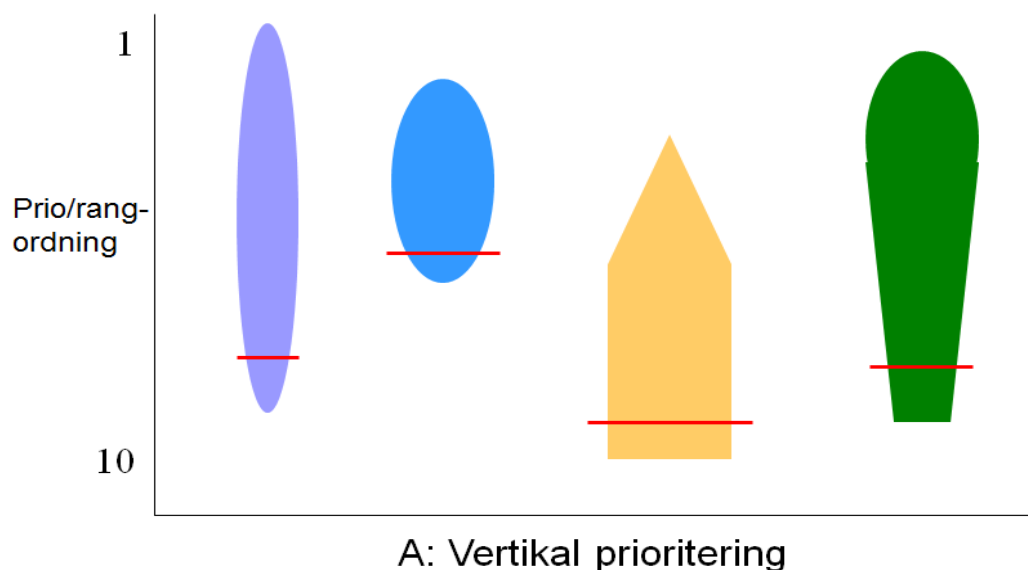
Västmanlänsin maakäräjät toteutti oman kehittämisprojektinsa vuoden 2009 aikana. Poliitikkojen ja terveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden mielestä rakenteiden muuttaminen ja tehokkuuden lisääminen eivät riittäneet hyvään terveydenhuollon resurssien jakamiseen. Eräänä keinona terveydenhuollon haasteiden kohtaamiseen maakäräjät halusi kokeilla avointa priorisointia vertikaalisesti toimialojen ja erikoisalojen sisällä ja horisontaalisesti toimialojen ja erikoisalojen välillä. Lähtökohtana oli poliittinen yhteisymmärrys ja pyrkimys sisäiseen avoimuuteen monien eri toimijoiden kesken. Samalla haluttiin edistää poliitikkojen, kansalaisten ja muiden intressiryhmien välistä dialogia tuomalla päätökset ja niiden perusteet julkisesti esiin (Östling ym.2010,1,12.) Lääkärit ja hoitohenkilökunta ovat perinteisesti vastanneet lääketieteellisestä priorisoinnista, ja toisaalta poliittisia priorisointeja on tehty resurssien jaon yhteydessä. Tässä priorisointihankkeessa uutta verrattuna aikaisempaan oli se, että priorisointia tehtiin systemaattisesti yhteistyössä toimialojen, virkamiesjohdon ja poliittisen johdon kanssa. (Västmanlän landstinget 2010.)

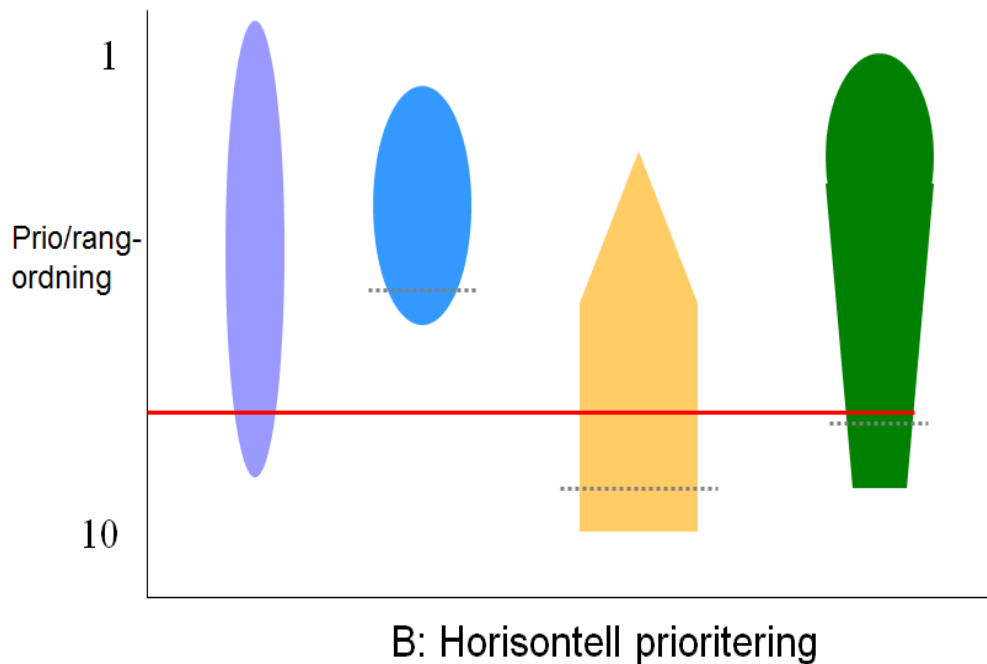
Västmanlänssissa toteutettiin samanaikaisesti myös kansalaiskeskustelu, johon osallistui 680 osanottajaa. Vaikka kyseessä ei ollut tieteellisin menetelmin tehdystä tutkimuksesta, sen perusteella voidaan tulkita, että kansalaiset ovat kiinnostuneita keskustelemaan priorisointikysymyksistä. Tulosten mukaan 75 % keskusteluun osallistuneista katsoi, että klinikoiden olisi tehtävä päätökset siitä, ketkä ovat etusijalla saamaan hoitoa. Toisaalta yli 50 % osallistujista oli sitä mieltä, että poliitikkojen on päätettävä siitä, mitkä hoidot yhteiskunta on valmis kustantamaan ja mikä on yksilön oma vastuu kustannuksista. Yli puolet oli myös sitä mieltä, että he olisivat valmiit itse kustantamaan niitä hoitoja, jotka on priorisoitu matalalle tasolle (Östling ym.2010, 13.)

Kehittämistyön perusteella tehdyssä raportissa pidettiin tärkeänä omia oppimiskokemuksia asiasta ja lisääntyvää ymmärrystä priorisoinnista. Poliitikkojen osallistuminen konkreettisesti toimialojen väliseen horisontaaliseen priorisointiin yhdessä lääketieteen asiantuntijoiden kanssa loi lisääntyvää ymmärrystä ja tiedon välittymistä eri vaiheissa.

Lisäksi todettiin, että on erittäin tärkeää käytännössä ja oppimismielessä keskustella siitä, mitä priorisoidaan (inprioriteringar) ja mitä posteriorisoidaan (bortprioriteringar). Lisäksi tulevaisuudessa on tärkeää painottaa priorisointiin liittyviä positiivisia panostuksia (vaikuttavamman hoitomuodon valinta) kuin vain kriisiluonteisia säästötoimenpiteitä. Ajan puutteen todettiin hankaloittavan eri luokittelujen ja etusijajärjestyksen tekemistä ja siihen liittyvän keskustelun käymistä sekä ruohonjuuri- että johtajatasoisen kesken (Östling ym.2010,36–39.)

Prosessissa käytettiin vertikaalista ja horisontaalista priorisointia soveltaen Västmanlän sin tarpeisiin. Riippumatta toimialasta, vertikaalisessa priorisoinnissa jaetaan Västmanlän sissa kaikille toimialoille sama osuus prosentuaalisesti toiminnan suunnitteluun. Sen jälkeen toimialat laitetaan paremmuusjärjestykseen. Horisontaalisessa priorisoinnissa lähdetään toimialan tuottamasta hyödystä potilaalle. Eri toimialojen tuloksia verrataan keskenään ja määritellään se lääketieteellinen taso, johon koko organisaation pitäisi ylittää. Palvelu joka on priorisoitu matalimmalle tasolle, otetaan pois riippumatta siitä missä palveluyksikössä se sijaitsee. Näin saadaan suunnattua voimavaroja sinne, mistä saadaan eniten hyötyä potilaille (Östling ym.2010 19–20.) Horisontaalisen ja vertikaalisen priorisoinnin eroja Västmanlän sissä on kuvattu graafisesti kuviossa 5.





Kuvio 1. Horisontaalisen ja vertikaalisen priorisoinnin erot vaikutusten mukaan (Östling ym.2010).

Kuviossa 1 on kuvattu Västmanlänsin hankkeessa toteutettua vertikaalista ja horisontaalista priorisointia ja niiden eroja vaikutusten mukaan. Erimuotoiset kuviot edustavat klinikkaa tai toimialaa ja numerot 1-10 lääketieteellistä kiireellisyysluokkaa. (1= kiireellisin ja 10= vähiten kiireellinen). Kuviot voidaan nähdä myös yksittäisinä diagnooseina tai prosesseina. Lopputulos on sekä horisontaalisessa että vertikaalisessa priorisoinnissa sama: käytettävissä olevien voimavarojen optimaalisen käytön toteutuminen (Östling ym.2010,21.)

Priorisointihankkeeseen liittyi myös kyselytutkimus, johon osallistui poliitikkoja, konsernin johtajia, toimialajohtajia ja työntekijöitä. Sen mukaan suurin osa vastanneista piti priorisointityötä motivoivana. Poliitikot olivat sitä mieltä, että maakäräjähallinnon päätös priorisointiprosessin suhteen lepää vankemmalla pohjalla kuin aiemmat resurssien jakoon liittyvät poliittiset päätökset. Konsernin johdon mielipiteet sen sijaan olivat päinvastaisia. Mielipiteet jakaantuivat myös sen suhteen, oliko poliitikkojen ja toimialajohtajien välillä syntynyt dialogia. Poliitikkojen mielestä yhteinen keskusteluyhteys oli ollut hyvä, kun taas toimialajohtajien mielestä asia ei ollut näin. Ulkoinen avoimuus (kansalaisten tietoisuus priorisoinneista) ei ollut lisääntynyt kyselyn perusteella proses-

sin aikana juuri lainkaan. Sen sijaan sisäisen avoimuuden katsottiin lisääntyneen prosessin aikana (Östling ym.2010,34.)

Priorisointiprosessin jatkuvuuden takaamista pidettiin tärkeänä, ja avuksi ehdotettiin eettisten asioiden nostamista esiin ja niiden dokumentointia. Lisäksi olisi tärkeää, että kun tehdään suunnitelmia uusista investoinneista, tekniikasta ja metodeista, niitä verrattaisiin vanhoihin vastaaviin. Lisäksi kun uusia asioita punnitaan, olisi niitä tärkeä peilata priorisointiperiaatteisiin, jotka ovat ihmisarvo, tarve ja solidaarisuus ja kustannustehokkuus. Laadun varmistamista pidettiin myös tärkeänä. Tämä tarkoittaa sitä, että arviot on tehty samalla tavalla eri yksiköissä. Dialogia ja asian jalkauttamista pitäisi jatkaa johtajafoorumien kautta. Kun asia on jalkautettu eri tasoille, se lisää osallisuutta ja avoimuutta. Avoimet priorisoinnit eivät ole avoimia, jos kaikki intressiryhmät eivät ole mukana. Tämän vuoksi myös potilas- ja käyttäjänäkökulma on huomioitava. Poliitikoilla (valtuutetuilla) koettiin olevan tärkeä osa kansalaiskeskustelussa, samoin toimialajohtajien velvollisuutena pidettiin sitä, että he selittävät potilaille, miksi joitakin hoitoja ja toimenpiteitä priorisoidaan korkeammalle kuin toisia (Östling ym.2010,35–36.)

3.4.4 Avoimuuden edellytykset priorisointihankkeissa

Taulukkoon 3 on koottu keskeiset asiat edellä kuvatuista hankkeista. Vertikaalisen ja horisontaalisen priorisoinnin yhdistäminen ja poliittisen arvion ja päätöksenteon tuominen tähän prosessiin vaikuttaa melko käyttökelpoiselta mallilta ajatellen tämän päivän ja tulevaisuuden terveydenhuoltoa. Päämääränä on resurssien uudelleen jako, jossa identifioidaan ne kohteet, joiden käyttäminen on vähemmän hyödyllistä ja panostetaan niihin, jotka tuottavat esimerkiksi eniten terveyshyötyä. Merkille pantavaa on, että kaikki kolme maakärjäkuntaa olivat valmiit jatkamaan kehitystyötä saman konseptin mukaan.

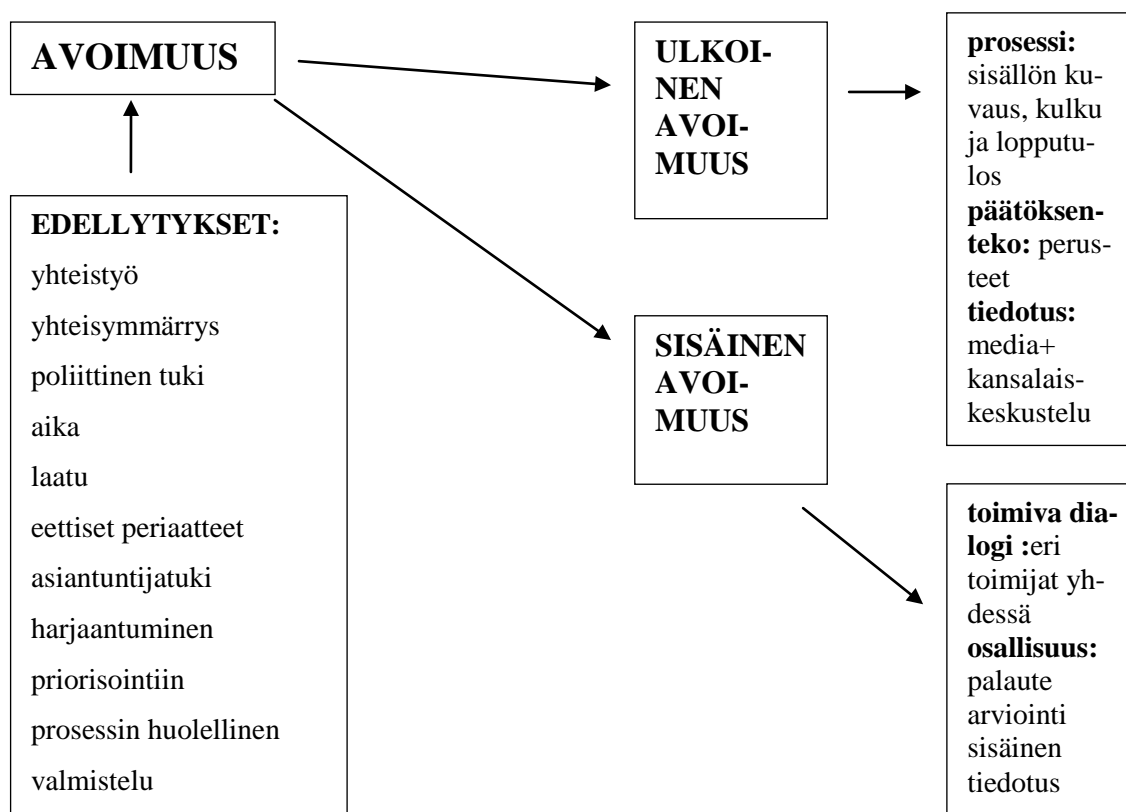
Taulukko 3. Kolmen maakärjäkunnan priorisointihankkeet

Aika ja paikka	Kronoberg 2008	Västerbotten 2008	Västmanlän 2009
Strategia	Mikrostrategia=yksilöön vaikuttaminen	Useita eri strategioita tavoitteena taloudellisten päämäärien saavuttaminen.	Systemaattinen yhteistyö Kattava taloudellinen strategia

Osalliset	Projektin vetäjät johtoryhmä toimialajohto	Poliittinen ohjausryhmä virkamiesjohto/toimiala- johto	Toimialajohto Virkamiesjohto Poliittinen johto Kansalaisdialogi
Tavoitteet	Resurssien uudelleen jako	Resurssien uudelleen jako ja korkealle priori- soituihin toimenpiteisiin satsaaminen	Resurssien uudelleen jako ja säästäminen
Toimenpiteet	1) Arkipäivän rationali- sointitoimenpiteet 2) Rakenteiden muut- taminen 3) Talous: veronkoro- tukset ja välttämättömi- en uudistusten läpivi- minen 4) Priorisointi: resurssi- en uudelleen jako	1) Matalalle priorisoitu- neiden toimenpiteiden tunnistaminen (10% nettobudjetista) 2) Matalalle priorisoitu- jen toimenpiteiden ver- tailu horisontaalisesti (4%) 3) Priorisointifoorumi + poliittinen valmistelu ja päätöksenteko	1) Matalalle priorisoi- dud toimenpiteet toimi- alakohtaisesti tärkeys- järjestykseen (10% net- tobudjetista) 2) 10%:n lista pohjana jatkopriorisoinnille, toimialojen aktiviteetti- en vertaaminen toisiinsa 3) Poliittinen valmistelu 4%:n listan ehdotukset poliittiseen valmiste- luun (2,5% nettobudje- tista)
Tulokset	Ei todellista horisontaa- listaa priorisointia. Poliit- tikkojen rooli pieni.	Yhteisymmärrys ja yh- dessä työskentely hyvä. Poliittisen päätöksente- on sisältö hyvä. Tarjon- nan rajoitukset ja uusien metodien ja toimialojen sisäänajo onnistui melko hyvin.	Kattavan taloudellisen strategian onnistumi- nen. Poliittinen päätös johti resurssien uudel- leen jakoon organisaa- tioiden sisällä
Kritiikki/ongelmat	Ajan puute: päätöksen- teon perusteiden laatu vaihtelevaa. Palautteen saanti huonoa.	Ajanpuute: laskee työs- kentelyn laatua. Epäily poliitikkojen kyvystä viedä päätöksiä läpi.	Ajan puute ongelmana. Kansallinen priorisoin- timalli ei ollut kaikille tuttu. Laadun varmis- taminen.

Priorisointihankkeissa esiin tulleet avoimuuden edellytykset liittyvät niin sisäiseen kuin ulkoiseen avoimuuteen (kuviot 2). Sisäistä avoimuutta edistävinä tekijöinä voidaan muun muassa pitää toimivaa dialogia eri tahojen kanssa, samoin kuin osallisuuden ko-

kemista, joka tarkoittaa muun muassa palautteen saamista ja antamista. Ulkoisen avoimuuden edistäjänä pidettiin esimerkiksi hyvää tiedotusstrategiaa, jossa myös päätöksenteon perusteet tuodaan esiin. Yhteistyö ja yhteisymmärrys eri toimijoiden välillä sekä poliittinen tuki ovat sekä ulkoisen että sisäisen avoimuuden kulmakiviä.



Kuvio 2. Yhteenveto avoimen priorisoinnin edellytyksistä priorisointihankkeiden kokemusten perusteella

Kuviossa 2 on nostettu esiin avoimuuden edellytyksiä, jotka liittyvät niin ulkoisen kuin sisäisen avoimuuden ilmenemiseen. Kaikissa priorisointihankkeissa ei päästy riittävään ulkoiseen avoimuuteen, vaikka sisäiseen avoimuuteen ja tiedotukseen oltiin pääasiassa tyytyväisiä.

3.5 Priorisointi Suomessa

Kuten jo alussa todettiin, Suomen julkinen priorisointikeskustelu on ollut melko vaimeaa, ja se on edennyt sysäyksittäin. Profiilia on pyritty nostamaan priorisointifoorumeiden kautta ja yksittäisten asiantuntijoiden ja tutkijoiden toimesta. Valtionhallinto ja kunnallishallinto eivät ole ottaneet keskustelussa niin näkyvää roolia kuin Ruotsissa.

Suomessa ei ole tehty kunnallisella tasolla samanlaisia eksplisiittisiä priorisointikokeilu- ja kuin Ruotsissa. Silti Suomessa käytetään suurimmaksi osaksi samoja menetelmiä priorisointipäätösten tukemiseksi ruohonjuuritasolla kuin Ruotsissa.

3.5.1 Priorisointia tukevia toimenpiteitä Suomessa

Suomessa ja koko Euroopassa menetelmien arviointi (HTA) on eräs tärkeimmistä priorisointikeinoista, koska se pyrkii tarjoamaan mahdollisimman puolueetonta tietoa vaikuttavuudesta klinikoille ja päätöksentekijöille. EBM ja käypähoitosuositukset toimivat myös osittain priorisoinnin tukena, koska niiden antaman tiedon perusteella on pyrkimys tarjota tasalaatuista ja tasa-arvoista hoitoa potilaille riippumatta esimerkiksi hoitopaikasta. Hoitotakuu on säädöspohjainen jonojen hallinnan väline, jonka pyrkimyksenä on tiettyjen aikarajojen puitteissa taata hoitoon pääsy tasavertaisesti. Kiireettömän hoidon kriteerinä on pyrkimys avoimeen ja läpinäkyvään priorisoitiin kliinisen pisteytyksen pohjalta. KELA:n rooli on myös merkittävä priorisoinnissa, sillä esimerkiksi sen maksamat lääkekorvaukset ohjaavat lääkkeiden määräämistä ja käyttöä.

Menetelmien arviointi ja näyttöön perustuva hoito

Suomessa priorisointityötä tukee muun muassa terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Finohta, joka tekee työtä terveydenhuollon menetelmien arvioimiseksi ("health technology assesment" = HTA). Koska terveydenhuoltojärjestelmään kohdistetaan yhä enemmän toiveita samaan aikaan, kun terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet, on tärkeä tehdä oikeita asioita ja oikein. Terveydenhuollon menetelmien arviointi etsii näitä oikeita asioita, joita ovat muun muassa terveydenhuollon käytössä olevat lääkkeet, laitteet, toimenpiteet ja hallinnolliset tukijärjestelmät. Tutkimuksissa huomioidaan menetelmien kustannukset, vaikuttavuus sekä eettiset ja sosiaaliset näkökulmat (Finohta 2010.)

Terveydenhuollon menetelmien arviointi on monitieteistä ja systemaattista menetelmiin kohdistuvaa lyhyt- ja pitkäaikaista tutkimusta ja siitä tiedottamista. Tavoitteena on tarjota korkeatasoista, tieteellisesti perusteltua tietoa ja näin tukea terveydenhuollon ammattilaisia ja poliitikkoja päätöksenteossa. Suomi on osana INAHTA-nimistä (International Network of Agencies for health technology Assesment) kansainvälistä järjestöä kuten

Ruotsissa toimiva SBU:kin (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.) (Roine 1999,2; Mäkelä, 2007,10–11.)

Duodecim-seura ja lääkäriyhdistykset kehittivät omia laatumittareita hoidon laadun parantamiseksi 1990-luvulla, mutta tulokset eivät olleet hyviä. Siksi päätettiin alkaa koota tietoa potilaan terveyteen parhaiten vaikuttavista toimenpiteistä, ja niin Suomessa sai alkunsa käypähoito-hanke. Suomi oli ensimmäisenä maana linjaamassa näyttöön perustuvaa hoitoa, ja tällä hetkellä Suomi on näyttöön perustuvien sähköisten hoitosuosituksen edelläkävijämaa. Käypähoito ja Finohta kokoavat tietoa, jota kunnallinen terveydenhuolto käyttää esimerkiksi terveystieteen kautta. Myös lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto tukee tätä työtä. AGREE-verkoston kautta tehdään myös kansainvälistä yhteistyötä koko ajan. (Ketola, Kaila & Mäkelä, 2004,2949–54; Käypähoito 2012.)

Hoitotakuu

Suomalaisessa yhteiskunnassa perustuslakia ja lakia potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan tulkita siten, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat potilaat tulisi hoitaa samojen periaatteiden mukaisesti. Oikeus asianmukaiseen hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vammauksesta. (Suomen perustuslaki 731/1999; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Vuonna 2005 tehtiin kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin muutokset, joiden perusteella pyrittiin parempaan ja oikeudenmukaisempaan jonojen hallintaan. Uuden terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1.5.2011) alle on koottu sittemmin tätä hoitotakuuta koskevat säädökset. Hoitotakuun myötä potilaan on saatava yhteys omaan terveyskeskukseen samana päivänä. Hoidon tarpeen arvion jälkeen potilas pääsee perusterveydenhuollon lääkärille 1-3 päivän / 3 viikon / 6 kuukauden kuluessa. Erikoissairaanhoidossa hoitopäätös on tehtävä kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut, ja potilaan on päästävä kuuden kuukauden kuluessa hoitoon tai toimenpiteeseen.

Kiireettömän hoidon kriteerit

Eräs avoimuuteen tähtäävä priorisointimuoto, jota Suomessa toteutetaan, on ohjeistus kiireettömän hoidon perusteista. Hoitokäytännöissä on ollut suurta eroa eri puolilla maata, ja päätöksiä kiireettömän hoidon saamiseksi on tehty erilaisin perustein. Vuonna 2004 käynnistyi hanke kiireettömän hoidon perusteiden laatimiseksi. Kyseessä on pisteytysjärjestelmä, jossa pisteitä kartuttavat esimerkiksi oireet, haitta, tutkimustulokset ja hoidon vaikuttavuus. Suositukset on tehty lääkärin avuksi hänen päättäessään potilaan hoidosta. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa hoitoa, mutta tarkoitus on, että lääkäri päättää potilaan hoidosta yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Ohjeet eivät ole pakottavia, ja yksittäinen lääkäri voi poiketa ohjeista perustellusta syystä (Kukkonen 2007,68; STM 2009:5,3.)

Sairaudet on pisteytetty asteikolla 0-100, ja tavallisissa selkeissä leikkauskriteereissä 50 pisteen raja ylittyy helposti. Suomi seuraa pisteytysjärjestelmän käytössä Uuden-Seelannin esimerkkiä, mutta poikkeaa Uuden-Seelannin järjestelmästä, jossa pisteet lasketaan lääketieteellisesti, mutta huomioidaan myös taloudelliset kriteerit hoitorajojen asettamisessa. Vain lääketieteellisesti asetetut rajat saattavat olla liian väljiä. Ongelmana on myös, että pisteytys koskee vain osaa potilaista, ja hoitotakuu voi johtaa siihen, että hoitokuun piiriin kuulumattomilta vedetään pois voimavaroja. Pistejärjestelmä ja hoitotakuu hallitsevat terveyspoliittista keskustelua. Kaikkia terveydenhuollon ongelmia ei ratkaista hoitotakuulla, eikä pisteytysjärjestelmäkään ole välttämättä tehokas keino priorisoida (Ryynänen 2005,349- 50.)

Jonojen hallinta hoitotakuun ja kiireettömän hoidon indikaatioiden valossa on nähty myös sosioeettisenä ongelmana. Jos huomio kohdistuu vain elektiivisen kirurgian jonojen hallintaan tai muihin kliinisiin toimintatapoihin, unohdetaan ne potilaat tai potilasryhmät, joiden terveysongelmat ovat moninaiset ja joilla on monta päällekkäistä diagnoosia. Mielenterveys- ja päihdepotilaat kuuluvat usein tähän ryhmään. (Lindqvist 2002,13; Nikkinen 2007,147- 149.)

KELA:n toiminnassa voidaan todeta myös priorisointiin tähtääviä piirteitä. Niitä ovat muun muassa sairauspäivärahojen maksamiskriteerit, kuntoutuksen ja muun fysioterapian korvaamien ja lääkkeiden korvattavuuteen liittyvät kriteerit sekä yksityislääkäripalvelujen korvaamien. Näitä päätöksiä tehtäessä voidaan tarvittaessa toteuttaa hoidon suuntaamista (Kukkonen 2005,71.)

3.5.2 Arvioita priorisoinnin toteutumisesta Suomessa

Valittujen dokumenttien perusteella suomalaisesta priorisointikeskustelusta nousi neljä eri pääteemaa. Useimmiten nousi esiin julkisen terveydenhuollon riittämätön taloudellinen panostus ja sitä pidettiin oikeudenmukaisen ja eettisesti kestävänsä priorisoinnin esteenä. Seuraavaksi eniten nousi esiin toive priorisoinnin avoimuuden lisääntymisestä Suomessa. Kolmanneksi tärkeimpänä asiana pidettiin hoidon vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä ja eettisten kysymysten huomioimista näissä prosesseissa. Neljäntenä tekijänä vaikuttavuuden rinnalle nousi yhteistyö poliitikkojen ja asiantuntijoiden kesken ja päätöksentekokoon liittyvät asiat. Oheiseen taulukoon 4 on koottu yhteen neljä eri pääteemaa ja niiden sisältöjä, niin että ensimmäisenä järjestyksessä on useimmiten esiin tullut teema.

Taulukko 4. Suomen priorisointikeskustelun teemoja

1) Taloudelliset voimavarat	2) Avoimuus	3) Vaikuttavuus	4) Yhteistyö päätöksenteko
Riittävä taloudellinen resursointi oikeudenmukaisen ja eettisesti kestävänsä priorisoinnin toteutumiseksi	Yhteinen näkemys Vaikeiden valintojen ymmärtäminen Julkinen keskustelu Lainsäädännön muutokset	Hoidon vaikuttavuuden mittaaminen (mittarit) Eettisten kysymysten ja arvojen integrointi vaikuttavuustietoon Ali- ja ylihoidon välttäminen	Lääkärit ja poliitikot yhdessä Vastuun pallottelun lopettaminen

Suomessa on kehitetty erilaisia järjestelmiä tukemaan priorisointia ja periaatteessa ne toimivat tehokkaasti. Silti priorisointi tapahtuu paljolti piilossa, eikä laki anna mahdollisuutta avoimeen priorisointiin. Rajalliset resurssit ohjaavat yhteisiä päätöksiä ja resurssipula jää Suomessa usein lääkärin harteille. Vastuun pallottelu estää avointa priorisointia, ja kansalaisten osallistumismahdollisuudet ovat pienet. Aito priorisointi tarkoittaa keskustelua ja päätöksiä hoitojen vaikuttavuudesta, arvoista ja voimavaroista. Tarvitaan yhteinen näkemys ja yhdenvertaisuutta erilaisista hoidoista ja taudeista sekä luottamusta siihen, että kansalaiset ymmärtävät, että vaikeat valinnat ovat välttämättömiä, kunhan päätöksenteko on perusteellista ja avointa (Saarni & Mäkelä 2011, 636–7.)

takia hoitojen karsiminen tulisi tehdä klinikoiden kanssa yhteistyössä. Saadun tiedon pohjalta tulisi olla myös uskallusta toimia, mutta poliittinen päätöksenteko ei aina ole kykenevä tekemään isoja linjauksia. Kukkonen ehdottaakin virkamies- ja vakuutuspoijaista päätöksentekoa, joka siirtäisi priorisointipäätöksiä makrotasolle, jonne ne hänen mielestään kuuluisivat. Kustannusvaikuttavuutta on kuitenkin syytä aina arvioida, olivatpa linjauspäätökset millaisia tahansa (Kukkonen 2005, 231–232.)

Hoidon vaikuttavuutta mittaavien mittareiden tuottaman tiedon lisäksi tarvitaan myös tietoa hoidossa käytettyjen menetelmien ja laitteiden laadusta, kustannuksista, ja vaikuttavuudesta unohtamatta eettisistä ja sosiaalisia näkökulmia. Saarni (2010) on tutkinut hoidossa käytettävien menetelmien vaikutusten arvioon liittyviä asioita soveltavan etiikan kautta. Tutkimuksessa tehdyn käsiteanalyysin mukaan todettiin, että menetelmien arvioiden (HTA) ja näyttöön perustuvan lääketieteen (EBM) prosessit ovat arvosidonnaisia. HTA:n lähtökohta on organisatorinen ja yhteiskunnallinen, ja arvokysymykset on huomioitu alusta alkaen. EBM on taas toiminut lisäten objektiivisen tiedon välittämistä potilaiden hoidon parantamiseksi yksilötasolla (Saarni 2007,92–93.) Eettiset kysymykset tulisi integroida HTA-prosessiin ja tuoda prosessin kuluessa esiin välttämättömät arvovalinnat, jolloin päätöksenteko on avoimempaa ja demokraattisempaa (Saarni, 2010, 37–38). Ei ole olemassa periaatteellisia syitä, joiden perusteella etiikan merkitys olisi EBM:n piirissä erilainen kuin HTA:n sisällä. Sen vuoksi olisi perusteltua kokeilla samankaltaista eettisten kysymysten integrointia myös EBM:n piirissä (Saarni 2010,94.)

Saarnin tutkimuksen mukaan tavallisimpia eettisiä ongelmia lääkäreillä ovat ne käytännön tilanteet, joissa ei onnistuta hoidon rajaamisessa, eli hoidetaan joko liikaa tai liian vähän. Alihoito johtuu todennäköisesti riittämättömistä resursseista ja ylihoito potilaiden ja omaisten vaatimuksista. Potilaiden, hoidosta vastaavien ja rahoituksesta vastaavien käsitykset eroavat. Vaikuttavuustietoa voisi käyttää sekä ali- että ylihoitojen vähentämiseen eli terveydenhuollon säännöstelyyn ja toisaalta riittävän hoidon takaamiseen. Oikeudenmukaisessa terveydenhuollossa lääkärin tehtävä on järjestää potilaalle riittävä hoito ja toisaalta rajata perusteettomat vaatimukset (Saarni 2010, 71–73.)

IMED 10 -tutkimuksessa kävi ilmi, että jopa 57 % lääkäreistä oli joutunut luopumaan potilaan kannalta parhaasta mahdollisesta hoidosta silloin tällöin tai useammin. Lisäksi

selkeiden ja yhtenäisten priorisointikäytäntöjen puute lisää potilaiden eriarvoisuutta ja hankaloittaa lääkärintyötä. Tutkimuksen mukaan lääkärit ovat halukkaita jakamaan vastuuta priorisoinnista viranomaisille, koska viranomaiset määrittelevät, että tietyt sairaudet tulee hoitaa. Riittäviä resursseja ei kuitenkaan anneta, ja yksittäinen lääkäri joutuu monesti mahdottoman päätöksen eteen. Tutkimuksen mukaan makrotason priorisointipäätökset tulisi tehdä eduskunnassa ja STM:ssä. Lisäksi lääkärit haluaisivat, että priorisointi olisi avoimempaa ja läpinäkyvämpää, ja he peräänkuuluttavat arvokeskustelun käymistä. Heidän mielestään myös terveydenhuoltoon varatut määrärahat ovat riittämättömät (Imed/Kaufman Agency, 2010; Vierula 2010, 3476–77.)

Terveydenhuoltoon olisi varattava myös Pälveen (2009) mukaan saman verran resursseja kuin Tanskassa, Ruotsissa, Norjassa ja Islannissa. Terveydenhuollon osuus Suomen bruttokansantuotteesta on oleellisesti pienempi kuin vertailumaissa. Suomessa potilaiden on usein vaikea saada heille kuuluvaa hoitoa. Tähän on syynä vähäinen julkinen panostus terveydenhuoltoon, joka aiheuttaa hoitonoja ja yksityisen terveydenhuollon nopeaa kasvua. Olisi myös tärkeää, että terveydenhuoltoon käytetyt rahat kannustaisivat hoidon järjestäjiä järkevään toimintaan, kun puhutaan hoidon kustannuksista ja lääkkehoidon kustannuksista. Vasta kolmantena asiana tulisi organisaatioiden uudistaminen, johon on tähän mennessä uhrattu paljon panoksia. Vasta kun nämä edellä mainitut asiat on saatettu kuntoon, voidaan käydä eettisesti perusteltavissa oleva priorisointikeskustelu (Pälve, 2009, 3913- 3930.)

Nikkisen (2007) ja Pälveen (2009) ajatukset taloudellisten ja muiden voimavarojen vähäisyydestä ovat lähellä toisiaan, vaikka näkökulma on hieman erilainen. Nikkisen (2007,165–166.) mielestä väittämä siitä, että julkiset voimavarat eivät riittäisi tyydyttämään julkisen terveydenhuollon tarpeita, ei välttämättä pidä paikkaansa. Riittävästi resursoitu julkinen terveydenhuolto voi tyydyttää väestön tarpeet, jos tarpeet on tarkoin identifioitu ja resurssit on allokoitu sen mukaan ilman tiettyjä ideologisia taustaoletuksia.

Nikkinen kritisoi 70–80 -lukujen priorisointitutkimusta siitä, että öljykriisin jälkimmäisissä voimavarojen rajallisuutta on pidetty itsestään selvänä asiana. Olisi keskusteltava siitä miksi terveydenhuolto on ylipäättään aliresursoitu. Uuden-Seelannin ja Oregonin priorisointiratkaisut pohjautuivat tutkijan mielestä 70–80 -lukujen priorisointi-

tutkimukseen, ja niiden tuloksia on käytetty hyväksi ilman kritiikkiä. Lisäksi 80–90 -lukujen asenneilmasto suosi yksityisten terveystalvelujen lisääntymistä, mitä on vaikea sovittaa julkisen terveydenhuollon toiminta-alalle, jossa on tarkoitus palvella kaikkein suurimmassa hädässä olevia (Nikkinen 2007,172–173.)

Lääkärit ovat aina olleet vastuussa mikrotason priorisointipäätöksistä ja olleet myös mukana metatason priorisointipäätöksissä. Makrotason päätösten sen sijaan on katsottu kuuluvan poliitikoille, kuten Imed-tutkimuksessa kävi ilmi. Poliitikot eivät kuitenkaan aina ole halukkaita keskustelemaan priorisointipäätöksistä, ja he voivat kokea, että heillä ei ole tarpeeksi asiantuntemusta priorisointipäätösten tekemiseen. Koska resurssipula pahenee jatkuvasti, on makrotason ratkaisuja pakko tehdä. Lääkärikunnan ja lääkärijärjestöjen tulisi ottaa aktiivisempi ote makrotason ratkaisuihin tarjoamalla asiantuntijapua ja tietoon perustuvaa näkemystä liittyen priorisointiin ja siihen, millaisia päätöksentekomekanismeja eri päätöksentekotasolla kannattaa käyttää. Kun perusteellinen keskustelu on käyty makrotasolla, mikrotasolla olevien päätösten tekeminen on helpompaa (Heikkilä, 2010,3723.)

Päätösten ja valintojen tekeminen on myös poliitikoille eettisesti vaikeaa, kun on päätettävä miten tasata resursseja eettisesti oikein, kun niin moni intressiryhmä vahtii etujaan. Monikanavainen rahoitus ja myönnettyjen rahojen valvonta eivät anna luottamusmiehille paljon eväitä resurssien jakoon. Viranomaisten ja poliitikkojen yhteistyö vastuun kantamisessa ja eettisissä päätöksissä on välttämätöntä. Virkamiehet valmistelevat eri vaihtoehtoja toimintatavoista, ja poliitikkojen pitäisi tehdä päätökset ja vastata seurauksista. Jotta eettisesti kestäviä valintoja voitaisiin tehdä, olisi toivottavaa, että asiantuntijat osallistuisivat ja sitoutuisivat poliitikkojen rinnalla enemmän päätöksentekoon (Urho 2010, 322- 39.)

Poliitikkojen, terveydenhuoltohenkilökunnan ja kansalaisten asenteet priorisoitaviin kohteisiin muuttuvat sen mukaan, mitkä voimavarat kulloinkin ovat käytettävissä. Kotisairaanhoido oli Lammintakasen (2005) tutkimuksen mukaan ainoa ala, jota priorisoitiin sekä vähenevien että suurenevien resurssien aikana. Kuntapoliitikkojen päätöksenteossa ja asenteissa oli merkillepantavaa, että he periaatteissa kannattivat panostusta ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon, mutta käytännössä päätöksenteko kuitenkin suosi erikoissairaanhoidon painottamista. Päätöksentekomekanismin tutkiminen olisi tärkeää,

koska aikaisemmat tutkimukset eivät anna tukea politiikkaprosessille ja niiden antamat suositukset ovat ristiriidassa päätöksenteon suhteen (Lammintakanen 2005, 63–66).

Taloudellisiin ja muihin voimavaroihin liittyvät kysymykset ovat olennainen osa priorisointikeskustelua, ja poliitikot ovat vastuussa näiden resurssien jakamisesta. Erilaiset keinot ja mittarit, joita käytetään priorisoinnin tukena, ovat mekaanisia välineitä, mutta niiden tarkoitus on tukea päätöksentekoa.

Taulukko 5. Yleisimmät priorisointikeinot Ruotsissa ja Suomessa

Priorisointikeino	Suomi	Ruotsi
HTA= menetelmien arviointi	✓	✓
EBM= näyttöön perustuva lääketiede	✓	✓
Hoitotakuu	✓	✓
Kansallinen priorisointimalli		✓
Kansalliset hoitosuosituks		✓
Kiireettömän hoidon kriteerit	✓	

Priorisointikeskustelun ja -tutkimuksen painopisteet ovat osittain erilaisia Ruotsissa ja Suomessa, mutta priorisointikeinot ovat melko samankaltaisia. Taulukkoon 5 on koottu yleisimmät Ruotsissa ja Suomessa käytetyt priorisointikeinot. Menetelmien arviointi ja näyttöön perustuva lääketiede ja hoitotakuu ovat käytössä molemmissa maissa. Ruotsissa on käytössä kansallinen priorisointimalli, josta Suomessa vasta haaveillaan. Malli on ohjenuorana priorisointia tukeville kansallisille hoitosuosituksille Ruotsissa. Suomessa tällaisia kansallisia suosituksia ei ole käytössä. Meillä on sen sijaan käytössä kiireettömän hoidon perusteet, joissa käytetään pisteytystä priorisointikeinona.

4 HAASTATTELUTUTKIMUS RUOTSISSA JA SUOMESSA

4.1 Tutkimusaineiston hankinta ja siinä käytetyt menetelmät

Tutkimukseni empiirinen aineisto muodostui kahdesta osasta: avoimesta teemahaastattelusta (Suomi) ja kirjallisesta avoimesta teemakyselystä (Ruotsi). Haastattelun historia ulottuu jo Aristoteleen aikaan, ja Platon osoitti miten keskustelun avulla saadaan esiin asioiden moniselitteisyys. Keskustelunomaisessa haastattelussa tutkija pystyy lähestymään ihmisen tietoisuutta, aikomuksia ja elämyksiä, jotka ovat ehkä inhimillisen käyttäytymisen vaikeimmin tutkittavia ilmiöitä (Hirsijärvi, Hurme1985,7.) Yleisimmät laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja tieto, joka perustuu erilaisiin dokumentteihin. Niitä voidaan käyttää eri tavoin yhdisteltynä, rinnakkain ja vaihtoehtoisina tutkimusongelmasta ja resursseista riippuen (Hirsijärvi, Hurme, 1985,7; Tuomi, Sarajärvi 2002,73.)

Kyselyä ja haastattelua ei kannata erottaa jyrkästi toisistaan, vaikka ne eivät olekaan synonyymejä. Tuomi ja Sarajärvi (2002,75–76) viittaavat Eskolaan (1975), jonka mukaan kysely on sellainen menettelytapa, jossa tiedonantajat täyttävät kyselylomakkeen kotona tai valvotussa ryhmätilassa. Haastattelussa tiedonantaja vastaa kysymyksiin suullisesti ja kyselyssä kirjallisesti. Eli ero liittyy toimintatapaan tiedonkeruuvaiheessa.

Suomessa haastatteluun valittiin kuusi henkilöä: kaksi tutkijaa, kaksi terveydenhuollon johtajaa ja kaksi terveydenhuollon ammattilaista, joista toinen toimi johtotehtävissä ja molemmat toimivat aktiivisesti politiikassa. Kaikki vastaajat olivat kokeneita terveydenhuollon ammattilaisia, joilla oli vuosikymmenien työkokemus. Neljä haastateltavista oli lääkäreitä ja kaksi hoitotyön edustajia; kolme haastateltavista oli naisia ja kolme miehiä. Iällä ja sukupuolella ei tässä haastattelussa ollut olennaista merkitystä, vaan esiin tuli pitkä kokemus työstä terveydenhuollossa ja osalla haastateltavista erikoistietämys priorisoinnista.

Ruotsiin lähetettiin avoin kirjallinen teemakysely, jossa edettiin etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien puoliavoimien kysymysten perusteella. Tarkoitus oli saada ainakin kuusi vastaajaa, mutta lopulta saatiin analyysiä varten neljä vastausta. Kysymysten toivottiin antavan vastuksia tutkimustehtäviin ja -kysymyksiin. Ruotsissa kyse-

ly toimitettiin Linköpingin yliopiston alaisuudessa toimivan priorisointikeskuksen tutkijan, dosentti Peter Garpenbyn avustuksella n. 15 Ruotsin terveydenhuollon vaikuttajalle (tutkijat, johtajat, viranhaltijat), jotka olivat työskennelleet avoimen priorisoinnin edistämiseksi maakunnallisella ja valtakunnallisella tasolla. Tutkimuskysymykset olivat samat, mutta osittain eri lailla muotoiltu suomalaisille ja ruotsalaisille tutkittaville (ks. liitteet 1 ja 2). Lisäksi maakunnallisen priorisointiyön asiantuntijoille oli lisätty yksi tutkimuskysymys, joka koski maakunnallisen priorisoinnin nykytilaa. Vastaajista kaksi oli yliopiston tutkijaa ja kaksi maakunnallisessa tasolla toimivaa terveydenhuollon virkamiestä tai johtajaa.

Laadullisen tutkimuksen aineiston koko on pieni verrattuna määrälliseen tutkimukseen, koska siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Aineiston koon määrittämiseen voidaan käyttää saturaatio- eli kylläntymispistettä. Saavutettuaan saturaatiopisteen aineisto alkaa toistaa itseään, eli tiedonantajat eivät tuo tutkimusongelmaan enää mitään uutta oleellista tietoa. (Tuomi, Sarajärvi 2002,89.) Tarkoitus on kuvata ja ymmärtää tiettyä ilmiötä, tapahtumaa ja toimintaa ja tulkita sitä tutkimuksen teoriaan nojaten. Tietoa kannattaa kerätä tutkittavasta ilmiöstä niiltä, jotka tietävät siitä mahdollisimman paljon (Tuomi, Sarajärvi 2002,87.)

Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus saada tietoa terveydenhuollon priorisoinnin nykytilasta ja tulevaisuuden näkymistä ja avoimen priorisoinnin edellytyksistä pääasiassa niiltä henkilöiltä, jotka tietävät ja joilla on kokemusta siitä eniten. Sen vuoksi osa kyselyyn osallistuneista oli Suomessa järjestetyn priorisointifoorumin (Terveydenhuollon valinnat 2011) osanottajia, ja Ruotsissa Priorisointikeskuksen kautta tavoitettavia asiantuntijoita, johtajia ja virkamiehiä. Aineistoa pyrittiin saamaan riittävästi eli niin kauan, että saturaatio- eli kylläntymispiste täytyisi. Ruotsista ja Suomesta saatiin yhteensä kymmenen tiedonantajan kuvaukset tutkimukseen liittyvästä ilmiöstä. Aineisto olisi voinut olla suurempikin, mutta saadut vastaukset antoivat mielestäni rikkaan ja monipuolisen materiaalin aiheen tarkasteluun.

Suomalaisten asiantuntijoiden ja terveydenhuollon johtajien teemahaastattelut tein pääasiassa maaliskuun-huhtikuun aikana 2011 ja osan vielä kesä-heinäkuun aikana. Kaksi haastattelua toteutettiin puhelinhaastatteluna. Toisessa puhelinhaastattelussa esiintyi teknisiä ongelmia ja jouduin tarkentamaan tutkimuskysymyksiä sähköpostin välityksellä. Nau-

hoja kuuntelin alustavasti viikolla 20 ja samalla aloitin litteroinnin. Ruotsalaisille terveydenhuollon johtajille teemakyselyn kysymykset lähetin kesäkuun alussa ja uusintakyselyn loppukesästä 2011.

4.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi alkoi muotoutua mielessäni jo osittain kuunnellessani haastattelu- nauhoja ja tehdessäni litterointeja. Kuuntelin osan nauhoista useaan kertaan ja tein tarkentavia lisäyksiä litterointeihin. Litterointien lukeminen selkiytti haastateltujen vastauksia verrattuna siihen, että olisin pelkästään kuunnellut haastatteluja nauhalta ja tehnyt tämän pohjalta päätelmiä. Oli jännittävää kuunnella ja lukea haastateltavien vastauksia, koska aloittelevana tutkijana pelkäsin, että en saakaan vastausta tutkimuskysymyksiin ja joutuisin muuttamaan näkökulmaa. Ruusuvuori ja kumppanit (2010,15–16) kuitenkin toteavat, että kun aineistoa käydään läpi on tärkeä lukea sitä niin, että siitä voi nousta esiin uudenlaisia tarkennuksia tutkimuskysymyksiin, uusia tuoreita näkökulmia ja aineiston rajaamisen tarvetta. Jos aineistoa rajataan, täytyy rajauksen olla perusteltua. Perustelut voi johtaa tutkimuskysymyksistä (tutkimusongelmasta) tai tutkimuksen tavoitteista. Tietoiset valinnat ja rajaukset vaikuttavat tutkimusongelman muotoutumiseen niin, että analyysin välineet ovat yhteismitallisia keskenään ja asetettuihin kysymyksiin on mahdollisuus vastata.

Laadullisessa aineistossa tutkimusongelma ja aineisto ovat tiiviissä vuoropuhelussa keskenään. On huomioitava, että aineisto ei useinkaan tarjoa suoria vastauksia tutkimusongelmaan. Sen vuoksi on tarpeen kysyä analyttisiä kysymyksiä, jotka tarkentuvat ja muotoutuvat samalla, kun tutustutaan aineistoon. Analysointiin liittyy kolme toisiinsa liittyvää tehtävää, jotka ovat luokittelu, analysointi ja tulkinta. On hyvä tunnistaa nämä eri vaiheet ja ymmärtää niiden jokaisen tärkeys, sillä pelkkä luokittelu ei ole aineiston analysointia vaan kootun aineiston haltuunottoa ja tuntemista (Ruusuvuori ym.2010, 11-12.)

Tärkeää on huomioida, että tutkimusaineistosta ei itsessään ilmene mitään, vaan tutkimuskysymys ja tutkijan tapa lukea ja tulkita sekä hänen tekemänsä valinnat jäsentävät ja ohjaavat aineiston käsittelyä. Aineistoon tutustuminen auttaa tutkijaa kriittisesti arvioimaan omia odotuksiaan tutkimustuloksiin nähden (Ruusuvuori ym.2010 15–16.)

Tässä tutkimuksessa käytin aineiston analyysimenetelmänä sisällön luokittelua ja teemoittelua sekä teemahaastatteluissa että kirjallisissa kysymyksissä. Kirjallisuuskatsauksessa pyrin saamaan vastausta tutkimuskysymyksiin aineistosta poimittujen teemojen kautta. Varsinaista sisällön analyysiä ei tehty, mutta sen periaatteita pyrin soveltamaan aineiston käsittelyyn.

Sisällön analyysin avulla pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti ja järjestämään ne tiiviiseen ja selkeään muotoon. Näin lisätään aineiston informaatioarvoa luomalla selkeä, ytimekäs ja yhtenäinen informaatiokokonaisuus tutkimustehtävästä riippuen. (Tuomi, Sarajärvi 2002,106–107.) Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti (induktiivinen), teorialähtöisesti (deduktiivinen) tai teoriaohjaavasti (abduktiivinen). Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus, ja teorialähtöisessä sisällönanalyysissä valmis teoreettinen malli ja siihen liittyvät käsitteet ohjaavat aineiston analysointia (Tuomi, Sarajärvi 2009,96- 97.) Tämän tutkimuksen haastattelun ja kirjallisen teemahaastattelun sisällön luokittelu ja teemoittelu tehtiin soveltaen abduktiivista (teoriaohjaavaa) aineiston analyysiä.

Aineistoanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen (= tiivistäminen tai pilkkominen osiin). Tutkimustehtävä tai teoreettinen viitekehys ohjaa aineiston pelkistämistä, jolloin koodataan tai litteroidaan tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Alasuutari 1994,31; Tuomi, Sarajärvi 2009,117.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusteemat ja tarkentavat kysymykset määrittivät havaintoyksikön valitsemista. Havaintoyksikkönä käytettiin pääasiassa lauseita ja jonkin verran myös yksittäisiä sanoja. Alkuperäisilmausten samaa asiaa tarkoittavat sanat ja lauseet, joita käytettiin analyysiyksikköinä, koodattiin aluksi eri väreillä neljään eri luokkaan. Myöhemmin luokkia vähennettiin kolmeen luokkaan, jotka noudattivat tutkimuskysymysten pääteemoja, ja niiden alle koottiin aineistosta sopivat havaintoyksiköt. Ruusunen ja kollegat(2010) toteavat, että sopivan havaintoyksikön valinta on luokittelussa tärkeä lähtökohta, ja on kysyttävä, mitä aineistosta koodataan (esimerkiksi toiminto, toiminnon kohde, selonteko jne.) tai ymmärretäänkö tutkittavan ilmiön liittyvän yhteiskunnallisiin rakenteisiin, yksilöön tai kulttuurisiin merkityksiin. Tutkimuskysymys mää-

rittää havaintoyksikköä, ja kun se puretaan muutamaksi tarkentavaksi alakysymykseksi, voidaan rakentaa jokaista tutkimuskysymyksen osa-aluetta varten siihen sopiva haltuunoton ja koodauksen tapa (Ruusu vuori ym.2010, 20–21.)

Aineiston ryhmittelyssä, klusterionnissa koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja ryhmitellään aineistosta löytyneet samankaltaiset ja eroavat käsitteet. Sitten samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään omaksi luokaksi ja nimettiin sisällön ja tutkimustehtävien mukaan. Kun aineisto on klusteroitu seuraa abstrahointivaihe (käsitteellistäminen), jolloin alkuperäisilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin (Tuomi, Sarajärvi 2009, 108- 117). Abstrahoinnissa tutkimusaineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa henkilöistä, tapahtumista ja lauseista ja siirtää yleiselle käsitteelliselle tasolle (Metsämuuronen 2008,48). Luokituksia yhdistetään niin pitkään, kuin se on mahdollista aineiston sisällön kannalta. Käsitteitä yhdistämällä saadaan lopulta vastaus tutkimustehtävään, kun empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin (Sarajärvi 2009, 108- 117.)

Teoriaohjaavassa tai teorialähtöisessä sisällön analyysissä teoreettiset käsitykset tuodaan valmiina eli jo tiedettyinä, kun taas aineistolähtöisessä analyysissä teoreettiset käsitteet luodaan aineiston pohjalta (Tuomi, Sarajärvi 2009, 108–117.) Tässä tutkimuksessa ei siis tehty varsinaista sisällön analyysiä vaan sisällönluokittelu, jossa edettiin tutkimusongelmaan ja tutkimusteemoihin peilaten. Tutkimuksen teemat toimivat viitekehystenä, jonka mukaan luokittelua tehtiin. Ensimmäin käsiteltiin haastattelujen teemojen mukaan terveydenhuollon priorisoinnin nykytilannetta Ruotsissa ja Suomessa, sen jälkeen priorisoinnin avoimuuden ja läpinäkyvyyden edellytyksiä ja lopuksi tulevaisuuden suunta- viivoja.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5. 1 Terveydenhuollon priorisoinnin toteutuminen Ruotsissa

Kirjallisen teemahaastattelun pohjalta kävi ilmi, että Ruotsissa avoimella priorisoinnilla on positiivinen arvolutaus, vaikka poliittisen todellisuuden katsottiinkin asettavan tiettyjä rajoituksia. Virallisten valtiopäivien linjausten mukaisen terveydenhuollon priorisoinnin perusteiden ja seurausten tulisi olla avoimia, ja muun muassa Linköpingin yliopiston alaisuudessa olevan priorisointikeskuksen tehtävänä on tukea tätä avointa priorisointia. Avoimet selvitykset ja tutkimukset hoitosuositusten käytön tuloksista ovat stimuloineet lisäämään avointa priorisointia. Kymmenen vuoden aikana valtiopäivien hyväksymien linjausten katsottiin laajasti levinneen terveydenhuoltoon, ja monet maakärjäkunnat työskentelevät tällä hetkellä avoimen priorisoinnin edistämiseksi. On kuitenkin tärkeä ymmärtää, että avoimuus ja läpinäkyvyys eivät aina tarkoita samaa asiaa. Vaikka päälinjaukset olisivat avoimia, ei niiden soveltaminen välttämättä ole läpinäkyvää.

”Sanoisin, että meillä yleisesti ottaen Ruotsissa avoimuus on hyvä, mutta läpinäkyvyys huono. Meillä on selkeä eettinen kehikko priorisoinnille, mutta se on vaikeasti tulkittavissa ja sitä voidaan käyttää pohjana millaisissa priorisointipäätöksissä tahansa.”

” Avoimuus ei ole itsetarkoitus vaan oikeudenmukaisuus. Oikeudenmukaisuus ei aina liity avoimuuteen, koska ne ryhmät, jotka saavat äänensä parhaiten kuuluviin painottavat eniten avoimuutta.”

Priorisointityössä nähtiin sosiaali- ja terveyshallituksen rooli tärkeänä, koska se työskentelee kansallisten hoitosuositusten kanssa ja koordinoi niitä. Lisäksi sosiaalishallituksen työn nähtiin tukevan myös oikeudenmukaisuuden toteutumista priorisointiprosesseissa. Sen tehtävänä on levittää tietoa avoimesta priorisoinnista ja kolmesta eettisestä periaatteesta ja niiden käytännön sovelluksista kuten näyttöön perustuvasta hoidosta ja kustannustehokkuudesta. Asiantuntijajärjestöjen apu pohjainformaation käsittelyssä on ollut helpottamassa varsinkin maakunnallisen tason priorisointityötä.

Tähän mennessä avoimen priorisointityön nähtiin edenneen hitaasti, kuten kirjallisuuden perusteella jo todettiin (SOU 2001:8; Carlsson 2010,561). Eräs syy on se, että struk-

turoitu priorisointi asettaa aivan uusia vaatimuksia terveydenhuollon hallinnon tiedotukselle pätevyydelle ja organisoinnille. Myös vastarintaa voi esiintyä virallista terveydenhuollon tarjonnan rajoittamista kohtaan, koska on olemassa suuret odotukset siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa voidaan parantaa tehostamalla sitä. Tätä ajatusta tukevat myös tutkimustulokset kansalaisten ylisuurista odotuksista (Rosen 2002; Arvidsson ym.2009). Muutamissa maakäräjäkunnissa avoin priorisointi on osana tavanomaista budjetointi- ja suunnittelutyötä ja se on tuottanut hyviä tuloksia.

”Priorisoinnin nostaminen avoimesti esiin sekä vertikaalisesti että horisontaalisesti, osana tavallista suunnittelua ja budjetointiä, lisää kaikkien tietoisuutta avoimen vuoropuhelun välttämättömydestä, kun puhutaan lisääntyneistä vaatimuksista ja rajallisista resursseista.”

Suurin osa priorisointipäätöksistä ja resurssien jaosta ei kuitenkaan edelleenkään ole avointa, vaan piilopriorisointi on tavallista ruotsalaisessa terveydenhuollossa. Tämän arveltiin johtuvan monista syistä, kuten siitä ettei ymmärretä, että priorisointia ylipäättään tapahtuu ja millä perusteella priorisointi on osa terveydenhuollon arkea. Lisäksi monella klinikalla ei uskalleta avoimesti priorisoida, koska pelätään resurssien menettämistä korkeammalle priorisoiduille toimialoille. Myöskään poliitikkojen ei tarvitse ottaa vastuuta hoidon rajoista julkisella tasolla, kun tehdään piilopriorisointia. Kansalaisten ja veronmaksajien kannalta tästä nähtiin koituvan haittaa siinä mielessä, että resurssit voidaan jakaa pääasiassa lääketieteellisen ammattialan organisatoriseen kehittämiseen.

5.1.2 Avoimen priorisoinnin edellytykset

Työ avoimemman priorisoinnin edistämiseksi katsottiin olevan hidasta, mutta terveydenhuollon toimialat ovat jo pidemmällä työskentelyssä, kun sen sijaan poliitikot vasta viime aikoina ovat olleet löytämässä muotoa toiminnalleen. Selkeys, tavoitteiden asettaminen, vaihtoehtokustannusten laskeminen ja rajalliset resurssit edistävät avointa priorisointia. Sen sijaan epäselvyys yleisellä tasolla ja poliittinen peli sekä henkilöt, jotka puolustavat omia virkojaan, estävät avointa priorisointia.

”Ne poliitikot, jotka uskaltavat avoimuuteen riskeeraavat poliittisen asemansa.”

Avoimuuden kirjaamisen lakiin nähtiin tukevan sen toteutumista, ja olisi hyvä olla konkreettinen malli, joka selkeästi ilmoittaisi, mitkä asiat on avoimesti tuotava julki. Priorisointiprosessin apuna kansallisella ja paikallisella tasolla käytettävän menetelmätuen (miten priorisointia tehdään) nähtiin myös lisäävän prosessin onnistumista ja avoimuutta. Menetelmätuki ja priorisointipäätöksiin harjaantuminen tuli myös maakuntien priorisointihankkeissa esiin tärkeinä tekijöinä (Waldau ym.2009; Waldau 2010; Garpenby ym. 2010; Östling ym.2010.) Yksimielinen poliittinen tuki paikallisella tasolla ja yleisön tietoisuuden lisääminen terveydenhuollon rajallisista resursseista koettiin myös avoimuuden edellytyksinä.

”Resurssit eivät riitä täyttämään kaikkea hoidon tarvetta. Tarvitaan poliittinen ja yleinen intressi, siitä kuinka rajalliset resurssit jaetaan eri potilasryhmien välillä. Edelleen tulisi myös olla näkemyksiä selittämättömistä käytännön vaihteluista, tietämys näyttöön perustuvasta hoidosta ja kustannustehokkuudesta.”

”Kuulostaa ehkä ristiriitaiselta, mutta jos luottamus ruotsalaiseen terveydenhuoltoon laskee paljon, voi olla, että yleisö katsoo, että priorisointia ja säännöstelyä on pakko tehdä terveydenhuollossa. Tällä hetkellä luottamus on ehkä liian korkealla: kaikki voidaan tehdä kaikille ja suuri epätieoisuus vallitsee siitä, kuinka paljon rahaa voidaan käyttää esimerkiksi lastensairauksien hoitoon verrattuna syöpähoitoihin.”

Avoimuuden esteenä nähtiin myös, että vakava keskustelu valinnoista puuttuu ruotsalaisesta mediasta ja että media on enemmänkin kiinnostunut yksittäisistä tapausten uutisoinnista. Jotta saavutettaisiin laaja hyväksyntä priorisointiprosessille sekä ulkoisesti että sisäisesti, on tärkeää, että toimialajohtajat ja poliitikot ovat yhdessä viemässä prosessia eteenpäin. Priorisointia koskevassa prosessissa tulisi olla mukana laaja edustus eri ryhmistä, mutta lopullisessa päätöksenteossa on hyvä olla mukana poliitikkoja tai henkilöitä, joilla on kansan antama legitimiteetti päätöksenteon perusteiksi. Kansalaisten osallisuuden prosessissa suhtauduttiin osittain empivästi, ja heidän roolinsa nähtiin lähinnä osallistumisena priorisointipäätöksiä edeltäviin tarveanalyysiin.

Vastausten perusteella maakunnallisella tasolla on saatu hyviä kokemuksia laajasta yhteistyöstä: ammattilaiset ovat tehneet lääketieteellistä priorisointia, ja poliitikot ovat lähestyneet asiaa kansalaisten näkökulmasta. Poliitikot ovat vuoropuhelussa saaneet tietoa

ammattilaisilta päätöksen teon perusteiksi. Yhdessä työskennellen on saatu tehtyä arvoja etusijajärjestyksiä, jotka ovat olleet pohjana maakäräjien hallinnon poliittisissa päätöksissä. Molempien osapuolten välillä olevaa luottamusta pidettiin tärkeänä, kun tehdään päätöksiä tarjonnan rajoituksista (posteriorisointi) ja priorisoitavista kohteista ja asioista. Myös priorisointilinjausten muotoilu ja selkeys koettiin tärkeinä avoimuutta edistävinä tekijöinä.

”Olisi tärkeää, että vertikaalisen priorisointityön perusta on selkeästi muotoiltu ruotsin kielellä, jotta kaikki voivat ymmärtää sen sisällön.”

5. 1. 2 Priorisoinnin tulevaisuuden näkymiä

Vastausten perusteella kävi ilmi, että jatkossa olisi pääasiassa hyvä seurata samoja jalanjalkia kuin nytkin sillä poikkeuksella, että poliittisen aktiviteetin pitäisi lisääntyä eikä vähiten kansallisesti. Signaalit ovat tällä hetkellä sellaisia, että kaikille pitäisi tehdä kaikkea ja palvelujen ja hoitojen saatavuudella on suurempi painoarvo kuin priorisoinneilla. Olisi tärkeää avoimemmin keskustella säännöstelystä ja siitä, mitä eettisiä periaatteita tulisi noudattaa, kun tehdään valintoja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Myös siinä, kuinka priorisoinneista kerrotaan potilaille ja yleisölle, on kehitettävää, koska tällä hetkellä ei tiedetä paljonkaan tämän tyyppisen sanoman välittämisestä.

Avoimen priorisoinnin edistämistyön katsottiin vasta olevan alussa, mutta se on tullut jäädäkseen. Suurenevien tarpeiden ja vaatimusten ja rajallisten resurssien takia nähtiin, että keskustelun on oltava avointa sen suhteen, mitä yhteiskunta tarjoaa ja mikä taas on yksittäisen kansalaisen vastuu. Paikalliseen kehittämistyöhön panostaminen maakäräjäkunnissa, joissa on vahva itsehallinto, nähtiin tärkeänä myös tulevaisuudessa.

”Lainsäädäntö, joka koskee lääketieteellistä priorisointia ja yhtäläisen hoidon saamista eri puolilla maata, sekä kunnallinen itsehallinto eivät aina synkronoi keskenään. Tämä tekee dialogista ja päätöksenteosta hankalaa.”

Periaatteessa vastaajat pitivät kansallista priorisointimallia edelleen käyttökelpoisena, eikä mallin perusteiden muutoksiin nähty tarvetta, koska se perustuu valtiopäivien hyväksymiin eettisiin perusteisiin.

”Malli on hyvin koeteltu ja arvioitu, ja yksiselitteisesti) se antaa hyvän tuen otettaessa askelia kohti avointa priorisointia”.

Sitä vastoin priorisointia aktiviteettina ei katsottu voitavan rajata siihen analyysimalliin, jota käytetään, koska mallin toteutus tapahtuu mikrotasolla. Tulevaisuudessa olisi tarve myös meso- ja makrotason priorisointimalleihin. Kaivattiin myös kansallisen mallin selkiyttämistä ja uutta eettistä pohjaa, joka olisi vähemmän symbolinen ja enemmän ohjeellinen.

” Priorisointimallin olisi oltava selkeämpi, eikä tällaista mallia voi periaatteessa käyttää kuin tarkistuslistana asioissa, joita on otettava huomioon priorisoinnissa. Vaikeissa arvo- tai etusijajärjestykseen liittyvissä tilanteissa ei koskaan selviä käyttämällä vain yksinkertaista mallia.”

Kansallinen malli onkin ollut uudistuksen alla vuoden 2011 aikana. Eräs vastaajista on työskennellyt mallin uudistamiseksi ja hän kertoi, että malli on peruseriaateiltaan muuttumaton, mutta sisältää sovellusalueen, jossa on myös horisontaalisia priorisointeja ja erilaatuisia valintoja.

5.2 Terveystieteiden priorisoinnin toteutuminen Suomessa

Haastattelujen pohjalta kävi ilmi, että priorisointia tehdään Suomessa lääketieteellisin perustein päivittäin arkityön puitteissa jokaisessa potilaskontaktissa. Pyrkimyksenä on tehdä priorisointia tarpeen ja vaikuttavuuden mukaan, ja pohjana tulisi olla oikeudenmukainen, perusteltu päätös eri hoitomuotojen ja palvelujen välillä. Näitä periaatteita myös Ryytänen (1999) sekä Lammintakanen (2005) ovat omissa priorisointia koskevis- sa määritelmässään painottaneet. Periaatteessa priorisoinnin katsottiin osuvan paremmin kohdalleen Suomen kaltaisessa hyvinvointivaltiossa kuin jossain muussa yhteiskuntajärjestelmässä. Suurena ongelmana nähtiin kuitenkin yhteisten pelisääntöjen eli kansallisten linjausten tai laajan priorisointiohjelman puuttuminen. Priorisoinnin nähtiin olevan vaihtelevaa ja klinikkakohtaista ja tapahtuvan epävirallisten verkostojen kautta..

”Kukin tekee mitä lystää. Joka paikassa päätetään niin kuin parhaaksi nähdään, ja sitten ei aina päätetä, vaan se jää yksittäisen ammattilaisen ja potilaan väliseen keskusteluun. Ei ole minkäänlaista systeemiä, jossa voitaisiin yhdessä toimia ja tehdä päätöksiä jonkun yhdessä sovittun systeemin perusteella.”

”Miten avointa ja läpinäkyvää se on? Tavalliselle kansalaiselle se ei ole avointa ja läpinäkyvää, koska se määrittely tapahtuu sairaalan seinien sisällä, ja mielestäni sitä ei voi oikein tehdä millään listoilla, ja läpinäkyvyys on sen takia heikko.”

Suomessa priorisointi toteutuu osittain avoimesti osittain piilossa. Virallisesti avointa priorisointia tapahtuu monessa asiassa, kuten esimerkiksi Kelan lääkekorvausjärjestelmä osoittaa. Päätöksenteon perusteet eivät kuitenkaan ole näissäkään järjestelmissä avoimia kansalaisille. Yhtenäisten hoitoon ottamisen kriteerien ja kansallisen rokotusohjelman nähtiin kuitenkin edustavan avointa ja läpinäkyvää priorisointia. Avoimen priorisoinnin esteenä nähtiin rahoitus- ja lainsäädäntöympäristö. Lainsäädäntö laahaa jäljessä, ja tulossa oleva terveydenhuollon hallintolain ja vanhuspalvelulain toivottiinkin korjaavan tilannetta.

”Priorisoinnissa lainsäädäntö on vähän perässä. Tää vanhuspalvelulaki puuttuu, ja se liittyy oleellisesti tähän isoon näkökulmaan, että mitkä oikeudet vanhusväestöllä on.”

”Ne järjestelmät ovat käytännössä aika epäavoimia, koska päätökset ja päätöksentekoprosessit eivät ole minusta sillä tavalla oikeasti kansalaisille avoimia, että kansalaisilla olisi vaikutusmahdollisuuksia.”

”Toinen puoli on se, että tää käytännön hoitojen ja erilaisten resurssien huomioon ottaminen terveydenhuollon arjessa, niin se tehdään oikeasti piilotetusti”.

Priorisoinnin perusteena pitäisi olla hoidon tarve: kun tarve on todettu, valitaan hoito ja tehdään konkreettinen päätös, millä aikataululla ja millä tavalla hoidetaan. Hoidon tarpeen määrittelyssä läpinäkyvyys toteutuu, mutta varsinaisessa potilaskontaktissa se hämärtyy osittain eikä avoimuus välttämättä toteudu. Useampi haastateltava katsoi, että mikrotasolla lääkäri-potilas -kontakti on yleisesti ongelmallinen avoimen priorisoinnin toteutumisen suhteen. Tämä saattaa johtua siitä, että priorisointivastuu on jätetty liiaksi yksittäisen lääkärin harteille, kuten jo aiheeseen liittyvät tutkimukset Suomessa osoittavat (Saarni 2010,71- 73; Imed-tutkimus 2010).

Eräänä ratkaisuna piilopriorisoinnin vähentämiseksi potilas-lääkäri -kontaktissa nähtiin perusterveydenhuollon piirissä aloitettu tuotteistaminen, jossa potilaalle tehdyt toimen-

piteet koodataan ja puretaan, jolloin voidaan avata ja arvioida hoitoprosessia ja käynnin sisältöä. Näin myös vähemmän konkreettiset asiat nostetaan näkyviksi

”Se mikä on ollut tähän asti hyvin mysteeri mitä avoterveydenhuollon vastaanottohuoneissa tapahtuu, kun tuoteistetaan, se tulee näkyväksi.”

Haastatteluissa korostui se, että priorisoinnin eteen on tehty Suomessa paljon käytännön työtä kliinisellä tasolla kuten kiireettömän hoidon kriteerit, käypähoito-suositukset ja nyt työn alla ovat päivystyshoidon kriteerit, hoitotakuu sekä FINOHTA:n tekemä työ menetelmien arvioinnissa osoittavat. Käypähoito-suosituksia ja hoitotakuuta ei kuitenkaan pidetty parhaina mahdollisina priorisointikeinoina. Jonojen hoitaminen hoitotakuun kautta nähtiin piilopriorisoinnin muotona, ja sen katsottiin olevan lähtöisin operatiivisen toiminnan tarpeista. Tätä tukee myös Janne Nikkisen (2007) näkemys, joka pitää elektiivisen kirurgian jonoja sosioeettisenä ongelmana, jossa unohdetaan ne potilaat, joilla on monta terveysongelmaa ja päällekkäisiä diagnooseja (Nikkinen 2007,172-173). Toisaalta joku piti hoitotakuuta avoimena ja selkeänä priorisointikeinona, koska perusteet ja jonotustilanne ovat avoimesti kaikkien nähtävinä.

5.2.1 Avoimen priorisoinnin edellytyksiä

Eräänä tärkeänä lähtökohtana avoimen ja läpinäkyvän priorisoinnin toteutumiseksi pidettiin vaikeiden valintojen välttämättömyyden myöntämistä ja yhteistä keskustelua.

”Ainakin jotenkin sen hahmottaminen, että kyse on siis valinnoista, yhdessä tunnustaminen, että on pakko tehdä näitä valintoja, ja ne on vaikeita, ja ne vaatii yhteistä ja avointa keskustelua.”

Hoidon vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta pidettiin myös hyvinä priorisointikeinoina. Jos niistä olisi saatavissa enemmän tutkimustietoa, se lisäisi priorisoinnin avoimuutta. Lisäksi olisi tärkeää, ettei katsota vain hoidon lääketieteelliseen lopputulokseen, vaan tarkastellaan hoidon vaikutusta potilaan kokonaistilanteeseen.

Vaikuttavuuteen liittyen menetelmien arviointia pidetään yleisesti hyväksyttynä priorisointikeinona. Sen toteutumista pidettiin kuitenkin osittain ongelmallisena, koska vaarana on, että tiedon kokoajien ja päättäjien intressit ovat yhteneväisiä. Tiedon kokoami-

nen ja päätöksenteko tulisi tämän vuoksi erottaa toisistaan, ei kuitenkaan kokonaan, koska vuoropuhelua ja yhteisen ymmärryksen saavuttamista tarvitaan prosessin onnistumiseksi. Tärkeäksi koettiin myös löytää mekanismi, jolla voidaan arvioida vaikuttavuustietojen kokoamisen ja päätöksentekoprosessien luotettavuutta. Tällaiseen mekanismiin viittaa myös Saarni (2010), jonka kehittämän HTA:n ydinmallin mukaan eettiset kysymykset tulisi integroida osana vaikuttavuustiedon hankintaan. Välttämättömät arvovalinnat tulisi tuoda esiin, jotta päätöksenteko olisi demokraattisempaa (Saarni, 2010, 37–38.)

”Tarvitaan jonkinlainen mekanismi, että miten se olemassa oleva tieto, näyttö vaikuttavuudesta ja mielellään kustannusvaikuttavuudesta, miten se kootaan ja kuka sen kokoaa, missä muodossa ja minkälaisella aikataululla ja kuinka luotettavasti.”

Avoimen priorisoinnin edellytyksenä nähtiin myös riittävä taloudellinen panostus. Pelkästään säästöihin tähtäävää toiminta nähtiin avoimuuden ja tasa-arvon esteenä.

”Avoin priorisointi, joka tarkoittaa, että eettisesti ja lääketieteellisesti kestävällä tavalla voidaan priorisoida, niin se vaatii paradoksaalisesti riittävät resurssit.”

Vaikka yhtenäisiä pelisääntöjä kaivattiin niin yleisellä kuin käytännön tasolla, eivät ns. Oregonin-mallin mukaiset avoimet priorisointilistat saaneet kannatusta. Sen sijaan lääketieteellisin perustein tehty pisteytys nähtiin hyvänä.

”Priorisointiahan voi perustella ihan järkisyilläkin, mutta jälleen kerran me tullaan sille priorisointipuolelle, että mitään listoja ei voida tehdä: näitä potilaita ei leikata, hoideta.”

”Et meidän asiakaskunta on koko väestö, et me ei voida niinku asettaa mitään tällaisia listoja, joka sulkisi jonkun asiakkaan pois.”

”Pidetään tällaista pisteytystä esimerkiksi polvi-lonkka -proteesien kohdalla. Kun on kylliksi pisteitä, se leikataan. Sekin on yks tällainen priorisointimalli, joka on aika medisiinispainotteinen ja mielestäni aika hyvä.”

Yksikanavainen rahoitus nähtiin myös eräänä avoimen priorisoinnin edellytyksenä, vaikka sen toteutuminen käytännössä koettiin haastavana. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa perinteisesti ollut monikanavainen. Tärkeimpiä rahoittajia ovat

kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Monet kotimaiset ja kansainväliset tahot ovat viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kiinnittäneet huomiota Suomen terveydenhuoltoon koskevissa arvioinneissaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän synnyttämään tehottomuuteen ja kustannusvastuun siirto-ongelmiin (Pekurinen ym. 2010,7.) Toisaalta joku katsoi, että on etuakin siitä, ettei rahoitusjärjestelmä ole vain yksissä käsissä, koska se niin monimuotoinen asia.

”Meillä tää ydinongelma on tää rahoitus- ja lainsäädäntöympäristö, joka ei siis mahdollista avointa priorisointia.”

”Sen potilaan hoidon kannalta olis hyvä, et olis yksikanavainen rahoitus-systeemi. Maksut ja kulut saman maksajan piikistä. Silloin ei tulis tilannetta, että voidaan lepuuttaa potilaita hoitajoina.”

Avoimen ja laajan kansalaiskeskustelun nähtiin myös lisäävän avoimuutta. Kansalaisten osallistuminen priorisointiprosessiin nähtiin myös haasteellisena, koska asiaa pitäisi katsoa monesta eri näkökulmasta ajatellen koko väestön parasta. Potilasjärjestöt ovat usein yhden agendan liikkeitä eivätkä välttämättä katso asiaa laajemmasta näkökulmasta. Lisäksi kansalaisten osallistumisaktiivisuutta epäiltiin. Tätä tukee myös Rosenin (2006) tutkimus, jossa 75% vastaajista oli sitä mieltä, että kansalaisten tulisi osallistua priorisointikeskusteluun. Käytännössä ihmisillä ei kuitenkaan ollut aikaa ja halua osallistua projektiin liittyvään ryhmätyöskentelyyn (Rosen 2006, 23–24.)

”Aidosti kansalaiskeskustelu, että siihen osallistuis tavalliset ihmiset ja heidän näkökulmansa otetaan siinä huomioon. Jos aito kansalaiskeskustelu toteutuu, niin silloin myös tällaisella priorisoinnilla on mahdollisuus toteutua. Et sen lopputulos olis eettisesti ja lääketieteellisesti kestävä. Ja sitä se pitäis liittää lainsäädäntöön, jolloin siihen tulee myös eduskunta. Se olis myös avoimien täysistuntojen asia, ja se olis aika tärkeä juttu.”

Kansalaiskeskustelu ei riitä edistämään avointen priorisointipäätösten toteutumista, vaan tutkijoiden, päätöksentekijöiden, poliitikkojen ja erityisesti ammattilaisten tulisi olla mukana prosessissa. Lopulliset päätökset tehdään poliittisella tasolla ja sitä ennen poliitikkojen on saatava riittävä tieto päätöksenteon perusteeksi. Ammattilaisten rooli tiedon tuottajina, yhteistyön tärkeys eri tahojen kanssa ja pallottelun lopettaminen nousi esiin.

”Tässä käydyssä keskustelussa on ollut pikkusen sitä, et ei me ammattilaiset: noiden poliitikkojen pitää, ja poliitikot: noiden ammattilaisten pitää.”

Kun on kyse vaikeista asioista, niin sitä joko ei puhuta tai sitä pallotellaan.”

5.2.2 Priorisoinnin tulevaisuudennäkymiä

Tulevaisuudessa nähtiin yhteistyön merkityksen korostuvan yhä enemmän ja jo olemassa olevien työryhmien ja neuvottelukuntien (ETENE, seulontatutkimuksen työryhmä) tulisi tiivistää yhteistyötä. Tähän yhteistyöhön tulisi linkittää myös sairaanhoitopiirien yhteistyöverkosto. Osittain jo näiden olemassa olevien toimikuntien pohjalta voisi perustaa laajan priorisointineuvottelukunnan. Tällaisella neuvottelukunnalla tulisi olla myös toimivaltaa, eikä pelkkä suositusten antajan rooli ole riittävä. Tällaiseen työskentelyyn olisi myös varattava riittävästi aikaa.

”Pitäisi muokata sellainen viisasten ryhmä, semmoinen neuvottelukunta. Sille pitäis antaa riittävästi aikaa, kun nyt tällaista uutta systeemiä pystytään. Se ei synny vuodessa eikä kahdessa.”

Synkkenevät taloudelliset näkymät pakottavat poliitikkoja miettimään priorisointia. Poliittista tahtotilaa pitkän aikavälin ratkaisuille kaivattiin jo lähitulevaisuudessa. Toisaalta koettiin voimattomuutta konkreettisten toimien aikaansaamiseksi ja todettiin, että päätöksentekoprosessit etenevät hitaasti. Poliitikot toivoivat myös julkisen priorisointikeskustelun lisääntymistä.

”Ihan oikeesti pitäis miettiä millaisilla ratkaisuilla tää väestö ylläpidettäis ja heidän terveyttänsä edistettäis ja heidän sairautensa saatais hoidettua. Että vähän ollaan tulipaloja sammuttamassa, ja kun syttyy joku tulipalo, se vaan sammutetaan eikä aatella, että minkälaisilla asioilla voitais nää asiat pitkäl aikavälil tehdä.”

”Valtion ja kuntien velkaantumista ei voida yhtään lisätä, et kyllä täs maksimissaan ollaan sillä näkökulmalla, et se (priorisointi)keskustelu pitäis ehdottomasti käynnistää. Jonkin verran sitä keskustelua näyttäytykin olevan jossakin. Kuta enemmän näistä kuntien talouskysymyksistä, valtion taloudesta puhutaan, sitä enemmän se näyttäytyy. Kaikki vaan sanovat, että pitäisi tehdä valintoja”.

Vaikka taloudelliset asiat vaikuttavat priorisointiin, kokonaisvaltaisen potilasnäkökulman huomioiminen nousi esiin tulevaisuuden priorisointipäätöksiä tehtäessä. Yhteisölli-

sen näkökulman lisäksi olisi mietittävä, miten priorisointipäätökset vaikuttavat yksilöiden elämässä.

”Kyllä me tulevaisuudessa joudutaan priorisoimaan aivan varmasti, että joudutaan tekemään ratkaisuja siitä, että millä tavalla ihmisiä hoidetaan. Vaikka raha tässä on taustalla ja keskustellaan, että se on kaikkein tärkein syy ja peruste, mä en niinkään näkis tätä tulevaisuudessa keskeisenä, vaan mikä priorisoinnin ja priorisointiratkaisun vaikutus on yksittäisen potilaan inhimillisellä tasolla. Yksilön ottaminen huomioon kokonaisuutena, valintojen vaikutus siihen, nämä ovat ehkä tärkeimpiä priorisointivalintoja.”

Muiden maiden priorisointimalleista ollaan valmiita ottamaan opiksi, mutta mitään mallia ei kannata valmiina kopioida Suomeen, vaan se on muokattava tänne sopivaksi. Pohjoismaiset mallit, Saksa, Uusi-Seelanti ja Britannia herättivät kiinnostusta.

”Kun puhutaan priorisointimalleista ja pohjoismaisesta mallista, en minä ole löytänyt sieltä mitään ylitsekäyvää. Aika alkuvaiheessa ollaan vähän joka paikassa,”

Ajankohtaisena asiana nähtiin tarve kehittää Suomeen oman priorisointimalli, jossa voidaan hyödyntää muiden maiden kokemuksia. Sen keskiössä voisi olla toimivaltainen priorisointielin, joka veisi työtä eteenpäin. Tällaisen prosessin läpiviemiseen pitäisi kuitenkin varata riittävä aikaa, koska samalla kun prosessia viedään eteenpäin, sen rinnalla on tehtävä koko ajan myös arviointityötä.

6 PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja jäsentää priorisoinnin nykytilaa ja tulevaisuuden näkymiä Ruotsissa ja Suomessa. Lisäksi oli tarkoitus kuvata ja arvioida priorisoinnin avoimuuden toteutumista valituissa maissa. Tutkimuskysymyksiin pyrin saamaan vastauksen molemmista maista tehdyn kirjallisuuskatsauksen sekä Suomessa toteutetun teemahaastattelun ja Ruotsissa tehdyn kirjallisen teemakyselyn perusteella.

Laadullisessa tutkimuksessa analyysin systemaattisuus ja tulkinnan luotettavuus nousevat esiin arvioitaessa reliabiliteettia toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jossa korostetaan mittaamista ja tarkkoja instrumentteja. Kaikki tutkimuksen varrella tehdyt valinnat, rajaukset ja periaatteet, jotka ovat ohjanneet analyysin etenemistä, avataan lukijalle, samoin aineiston kokonaisuuden muodostuminen ja päähavaintojen rakentuminen ja kuvaaminen (Ruusuvuori 2010,25- 26). Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston kokoamisen ja luokittelun vaiheet ja rakentumisen olen selvittänyt mahdollisimman tarkkaan luvussa neljä ja liitteenä olevassa taulukossa kuusi. Tutkijana olen itse haastatellut kaikki tiedonantajat Suomessa, kuunnellut nauhat ja litteroinut sekä luokitellut ne analyysirungon teemojen mukaan. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta verrattuna siihen, että olisin käyttänyt ulkopuolisia henkilöitä haastatteluissa ja litteroinneissa.

Tutkimus oli toteutustavaltaan vaativa, koska Ruotsin osalta tutkimuksessa käytetyt dokumentit olivat ruotsinkielisiä. Lisäksi tutkimuskysymysten kääntäminen ruotsiksi ja ruotsinkielisten vastausten analysointi ja tulkinta oli vaativaa. Kieliongelmien en usko kuitenkaan heikentävän tutkimuksen reliabiliteettia, koska puhun ruotsia toisena äidinkielenäni. Lisäksi sain vaikeiden lauseiden ja sanojen kääntämisessä konsulttiapua, ja dosentti Peter Garpenby auttoi minua ystävällisesti muotoilemaan tutkimuskysymykset ruotsiksi.

Validiteettia arvioidaan siinä suhteessa, miten kerätyt aineistot ja niistä tehtävät tulkinat käyvät yhteen: onko valittu oikea aineisto, jotta tutkimuskysymykseen voidaan vastata osuvasti (Ruusuvuori 2010,25–26.) Voin todeta, että tutkimuksen aineisto – haastattelut, kirjallinen teemakysely ja kirjallisuuskatsaus - tarjosivat rikkaan vaikkakin melko

suppean aineiston, ja tutkimuskysymyksiin saatiin osuvat vastaukset. Haastatteluista saadut vastaukset olivat osittain samansuuntaisia kuin kirjallisuuskatsauksesta esiin nousseet näkökulmat. Tämä voi johtua siitä, että osa haastatteluissa mukana olleista on tutkinut priorisointia sekä Ruotsissa ja Suomessa, ja heidän julkaisujaan on käytetty kirjallisuuskatsauksessa. Tätä voidaan pitää validiteettia heikentävänä asiana, mutta toisaalta perusteena tähän valintaan voidaan pitää sitä periaatetta, että tarkoitus oli saada mahdollisimman paljon tietoa niiltä, jotka tietävät aihealueesta eniten, kuten alussa jo mainitsin. Tämä periaate siis toisaalta lisää tutkimuksen validiteettia.

Validiteettia lisäävänä asiana voi pitää myös tutkijan perehtyneisyyttä aihepiiriin. Olen perehtynyt aiheeseen 2,5 vuoden aikana ensin kandidaatin tutkielmassa ja nyt Pro gradu -tutkielmassa. Aika ei ole vielä kovin pitkä eikä tieteellisiä julkaisuja ole tehty, joten lukijan päätettäväksi jää validiteetti tästä näkökulmasta.

Ruusuvuoren (2010,26) mukaan tutkimuskohteen systemaattinen käsitteellistäminen ja tulkinta lisäävät myös sen validiteettia. Samoin validiteettia vahvistavat myös aineisto-koosteiden esittäminen ja visualisointi, analyysiohjelmien käyttäminen ja analyttisten kriteereiden avaaminen. Tutkimusaineisto käsitteellistettiin tutkimusteemojen mukaan ja osa tuloksista on esitetty visuaalisesti (ks. kuvio 2 ja taulukko 5). Ruusuvuoren (2010) mukaan tutkija voi testata omien tulkintojen toimivuutta muiden aineistojen suhteen tai suhteuttamalla niitä aiempien tutkimusten tulkintoihin tai keskustella ja analysoida niitä yhdessä tutkimusryhmän kanssa (Ruusuvuori 2010,26.) Tässä tutkimuksessa omien tulkintojeni toimivuutta olen verrannut aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja niiden tulkintoihin tutkimustuloksia tarkasteltaessa.

Perinteisesti on totuttu ajattelemaan, että objektiivisuus on tutkimuksen tärkein hyve, ja siinä käytettävät metodit maksimoivat objektiivisuuden. Tutkijat ovat kuitenkin osa sosiaalista maailmaa, jossa heillä on oma paikkansa, eivätkä he voi katsoa asioita vain ulkopuolisena tarkkailijana. On tosiasia, että subjektiivisuutta esiintyy niin kvantitatiivisessa kuin kvalitatiivisessa tutkimuksessa, ja tutkijan arvot ja tietämykset vaikuttavat tutkimuksen tekemiseen (Alveson & Deetz 2000,60–63.)

Tietynlainen subjektiivisuus on värittänyt myös tämän tutkimuksen kulkua. Kiinnostava aihe ja siihen liittyvät arvokysymykset ovat vaikuttaneet ajatteluuni. Toisaalta omat ar-

voni ja asenteeni heijastuvat myös tutkimuksessa. Osa ennakko-oletuksista on saanut vahvistusta ja osa taas muuttunut. Aluksi näkökulmani priorisointiin oli liian kapea, mutta tutkimuksen edetessä tutkijan ja aineiston välinen vuoropuhelu on onneksi laajentanut näkökulmaani.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Ruotsin osalta tärkeimpinä havaintoja tutkimuksen mukaan voidaan pitää sitä, että poliitikkojen ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö avoimen priorisoinnin edistämiseksi on tuonut hyviä tuloksia maakunnallisella tasolla. Kansalliset linjaukset, oma priorisointimalli ja aktiivinen tutkimustyö ovat tukeneet tätä työtä. Kuitenkin yllättävää oli havaita, että piilopriorisointi on siitä huolimatta yleistä Ruotsissa. Toinen merkillepantava asia oli, että väestön odotukset terveydenhuollon kaikkivoipaisuuden suhteen ovat edelleen korkealla synkkenevistä talousnäkökymistä huolimatta.

Tutkimuksen päätuloksina voidaan Suomen osalta pitää sitä, että meillä ollaan tyytymättömiä yhteisten pelisääntöjen puuttumiseen ja toivottiin selkeitä kansallisia linjauksia, jotta priorisointia voidaan tehdä avoimesti. Lisäksi toivottiin omaa priorisointimallia ja toimivaltaista elintä tukemaan priorisointityötä. Tärkeänä asiana nousi esiin myös julkisen terveydenhuollon riittävä resursointi oikeudenmukaisen ja eettisesti kestävä priorisoinnin edellytyksenä sekä poliitikkojen ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö.

Tutkimuksen perusteella voidaan lisäksi todeta, että Suomessa ja Ruotsissa on tehty paljon työtä terveydenhuollon priorisoinnin eteen ja klinikot käyttävät samankaltaisia työkaluja päätösten tukena arkipäivän tilanteissa. Priorisointi on suurimmaksi osaksi lääketieteellisen hoidon tarpeeseen pohjautuvaa. Suomessa käytetään muun muassa kiireettömän hoidon perusteiden pisteytysjärjestelmää, jossa pisteitä muodostavat esimerkiksi oireet, haitta, tutkimustulokset ja hoidon vaikuttavuus. (Ryynänen 2005,349–50). Maailmalla erilaisia pisteytysjärjestelmiin pohjautuvaa avoimempaa priorisointia on kokeiltu myös esimerkiksi Kanadassa (WCWL2009; Hetemaa ym.2003,26) ja Uudessa-Seelannissa Coast 1996, 39- 82; National Health Committee, New Zealand, 2009). Ruotsissa taas esimerkiksi kansalliset priorisointia tukevat hoitosuosituksot ohjaavat päätök-

sentekijöitä. Menetelmien arvio, jota FINOHTA tekee Suomessa ja SBU Ruotsissa, on tärkeää, monitieteellistä ja systemaattista menetelmiin kohdistuvan tutkimusta. Sen tavoitteena on tarjota korkeatasoista, tieteellisesti perusteltua tietoa terveydenhuollon ammattilaisten ja poliitikkojen päätöksentekoon tueksi. (Roine 1999,2; Mäkelä, 2007,10- 11.) Myös näyttöön perustuvan lääketiedettä ja hoitoa (EBM) sekä jonojen hallintaa hoitotakuun ohjaamana on käytetty priorisoinnin tukena molemmissa maissa.

Vaikka hyviä, lähinnä mikrotason priorisointityökaluja onkin käytössä, kansallisten linjausten tai yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen koettiin Suomessa suurena ongelmana ja käytännöt eri puolilla maata ovat vaihtelevia. Silti Oregonin kaltaiset avoimet priorisointilistat eivät saaneet kannatusta. (Ryynänen ym. 1999, 49–50). Epäyhtenäiset käytännöt haittaavat kuitenkin tasalaatuisen, avoimen ja oikeudenmukaisen priorisoinnin toteutumista. Päätöksenteon laatu ja julkisuus ovat myös tutkimuksissa nousseet tärkeinä asioina esiin (Sibbald ym. 2009). Onnistunut priorisointi edellyttää lisäksi selkeiden mitattavien kriteereiden käyttöä ja esimerkiksi näyttöön perustuvan hoidon toteuttamista kuten Dionnen ja kumppaneiden tutkimuksessa kävi ilmi (Dionne ym.2008).

Toinen tärkeä asia, joka sekä haastattelujen että kirjallisuuden perusteella nousi esiin, oli se, että Suomessa toivottiin lisää taloudellisia voimavaroja julkiseen terveydenhuoltoon, jotta oikeudenmukaista ja eettisesti kestäväää priorisointia voitaisiin tehdä. Julkisen terveydenhuollon vähäisen panostuksen nähtiin kasvattavan hoitojonoja ja lisäävän eriarvoisuutta (Nikkinen, 2007; Pälve, 2009). Ruotsissa taas painotettiin kaikissa kolmessa priorisointihankkeessa olemassa olevien resurssien uudelleen jakoa (omfördelning). Voisiko tämä mahdollisesti johtua siitä, että Ruotsissa on terveydenhuoltoon panostettu enemmän rahaa kuin Suomessa? Vai ovatko ruotsalaiset omaksuneet sellaisen ajattelutavan, jossa ei vaadita lisäpanostusta vaan käytetään terveydenhuoltoon panostettu raha mahdollisimman tehokkaasti?

Molemmissa maissa tehdään sekä avointa että piilossa tapahtuvaa priorisointia. Piilopriorisointi on vielä yleistä Ruotsissa, mikä oli minulle tutkijana henkilökohtaisesti yllätys. Valtiopäivien hyväksymät avoimet linjaukset (priorisointimalli) ovat olleet voimassa kohta parikymmentä vuotta, ja ne ovat olleet kannustamassa avoimeen priorisointiin. Kansallisesta sääntelystä kuntien ja maakäräjien päätöksentekoon on kuitenkin ollut pitkä matka, kuten priorisointitoimikunnan loppuraportissa todettiin. Siinä korostettiin

priorisointilinjausten tuomista näkyville kunnalliseen päätöksentekoon eettisiä periaatteita noudattaen (SOU:2001:8). Avoin priorisointi on siis vasta viime vuosina jalkautunut maakunnalliselle tasolle (Carlsson, 2010,561). Osassa maakuntia priorisointi on kuitenkin jo osana normaalia budjettityöskentelyä.

Suomessa osa priorisoinnista tapahtuu virallisesti avoimesti, mutta koska päätöksenteon perusteet eivät ole oikeasti avoimia kansalaisille, ei kansalaisilla ole myöskään valitusoikeutta, kuten AfR:n periaatteiden mukaisesti kuuluisi olla (Daniels & Sabin 2002). Lainsäädäntö ei myöskään salli avointa ja julkista priorisointia, kuten jo kirjallisuuskatsauksessa kävi ilmi, vaan lain mukaan vaikuttava hoito on aina annettava potilaalle. Silti käytännössä kuntien budjettiraamit kuitenkin toimivat hoitoa rajoittavina tekijöinä (Saarni, Mäkelä 2011, 636-7).

Monikanavainen rahoitus koettiin myös eräänä avoimen ja tasavertaisen priorisoinnin esteenä Suomessa (Urho 2010, 322- 39). Monikanavainen rahoitusjärjestelmä ylläpitää väestöryhmien välistä ja alueellista eriarvoisuutta, ja sen luomat haitat ovat selvästi hyötyjä suuremmat. (Pekurinen ym.2010,7). Rahoitusjärjestelmän muuttaminen on käytännössä koettu haastavaksi, mutta tulevaisuudessa olisi hyvä, jos poliittista tahtotilaa muutokselle olisi.

Eräänä priorisoinnin avoimuuden edellytyksenä nähtiin myös se, että nyt ja tulevaisuudessa olisi yhteisesti myönnettävä vaikeiden valintojen välttämättömyys. Molemmissa maissa eri toimijoiden välinen yhteistyö koettiin tärkeänä avoimuutta lisäävänä tekijänä. Turha vastuun pallottelu poliitikkojen ja ammattilaisten välillä tulisi lopettaa. Tulevaisuudessa toivottiin terveydenhuollon ammattilaisten sitoutuvan myös poliittiseen päätöksentekoon, ja poliitikkoja toivottiin yhteiseen rintamaan mukaan. Västerbottenin hankkeesta tehty tutkimus osoitti poliitikkojen epäilyistä huolimatta pystyvän sitoutumaan priorisointipäätöksiin (Waldau 2009:2, 69–74). Tähän sitoutumiseen he tarvitsevat terveydenhuollon ammattilaisten tukea. Kumpikaan ryhmä ei voi nyt eikä tulevaisuudessa väistää omaa vastuutaan asiasta.

Avoin ja laaja kansalaiskeskustelu, jossa kansalaisten näkökulma nostetaan esiin, pidettiin avoimuuden kannalta tärkeänä kuten esimerkiksi Västmanlänsin kehitysprojektissa, jossa kansalaiset osoittivat olevansa kiinnostuneita priorisoinnista ja siitä kuka päätöksiä

tekee (Östling ym.2010, 13). Enemmistö haastateltavista sekä Suomessa ja Ruotsissa olivat kuitenkin sitä mieltä, että varsinaisessa päätöksentekoprosessissa kansalaiset eivät olisi mukana. Potilasjärjestöjen mukanaoloon suhtauduttiin myös epäillen, koska niiltä puuttuu laajempi yhteiskunnallinen näkökulma. Kansalaiset nähtiin molemmissa maissa lähinnä tiedonantajan roolissa ja informaation kohteena. Kansalaisten roolia tiedonantajina ja informaation kohteena tukee myös Rosenin (2006) Ruotsissa tehty tutkimus. Kansalaiskeskustelussa on tärkeä saada selville minkälaisia arvoja ja uskomuksia ihmisillä on. Lisäksi on lisättävä kansalaisten tietoisuutta rajoituksista ja eettisistä ongelmista tilanteissa, joissa hoidon tarve ja resurssit ovat ristiriidassa keskenään. Tulevaisuudessa tähän liittyvät ongelmat lisääntyvät, ja väestön tukea on vaikea saada, jos ihmiset eivät ymmärrä terveydenhuollon rajallisia voimavaroja. Keskusteluihin tulee potilaiden lisäksi ottaa myös ne kansalaiset, jotka eivät aktiivisesti käytä terveydenhuollon palveluja, vaan ovat lähinnä veronmaksajan roolissa. (Rosen, 2006, 3, 23–24.)

Vaikka kansalaisia kiinnostavat priorisointiin liittyvät asiat, aktiivisuus vaikuttaa asioihin ei ole ollut kovin suurta. Pohdittavaksi jää, miten kansalaisaktiivisuutta saataisiin nostettua, vai riittääkö ihmisille se tietoisuus, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa. Lehdistön kautta saatu informaatio priorisoinnista on usein sensaatiomaista ja negatiivisesti sävytettyä. Olisiko mahdollista suunnitella journalistien kanssa yhdessä uudenlaisia tiedotustapaa väestölle? (Rosen 2006, 23–24.)

Tutkimuksen mukaan Ruotsissa priorisointikeskustelu ja siihen liittyvä tutkimus on laajempaa ja vilkkaampaa kuin Suomessa. Priorisointi on nostettu kansallisella tasolla julkiseksi ja maakunnallisella tasollakin tehdään julkista priorisointia enemmän kuin aiemmin, ja tutkimustyö on vilkasta ja päämäärätietoista. Silti yllättävää oli huomata, että kansalaisten luottamus ja usko yhteiskunnan kykyyn tarjota erilaisia palveluja rajallisista resursseista huolimatta on suuri, kuten Per Rosenin (2002) ja Arvidssonin ja kumppaneiden (2009) tutkimuksissa kävi ilmi. ”Sanoman” viemisen ja sen ymmärtämisen haasteet ovat siis edelleen suuria. Tätä tukee myös EVA:n teettämä tutkimus, jossa suomalaiset ovat sitä mieltä, että hyvinvointipalveluiden turvaaminen ei ole rahasta kiinni, ja 93% vastaajista oli sitä mieltä, että vauraassa maassa kuten Suomessa pitäisi olla varaa huolehtia paremmin vanhuksista, sairaista ja muista huono-osaisista (Haavisto ym. 2007,72-73.) Hyvä informaatiostrategia ja poliitikkojen yhtenäinen esiintyminen lehdistössä vastuuta pakoilematta kertomassa kansalaisille priorisoinnin päämääristä voisi olla

yksi keino viestin perille saamiseen, kuten Västerbottenissa tapahtui (Broqvist ym.2009,78-80).

Näkemyksistä, että yksilön kokonaisvaltainen huomioiminen priorisointipäätöksiä tehtaessä olisi tulevaisuudessa tärkeimpiä valintoja, oli mielenkiintoinen. Tämä viittaa jo alussa mainittuun aristoteeliseen ajatteluun, jossa elämää tarkastellaan kokonaisuutena, ja hyvä elämä nähdään yhteisössä toteutuvana ihmisen erityiskykyjen monipuolisena kokonaisuutena (Knuutila 1998, 67- 68). Yksilöön kohdistuvien vaikutusten mittaaminen ei kuitenkaan ole helppoa, vaikka erilaiset mittarit kuten 15D ovatkin käyttökelpoisia (Kukkonen 2005,222–228). Vaikuttavuuden mittaaminen mahdollisimman laajasti on vaikeaa mutta tärkeää, jotta osataan tarpeen määrityksen perusteella arvioida, mikä hoitomuoto palvelee ihmisen elämäntilannetta kokonaisuutena. Hoidon vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus auttavat valintojen tekemisessä, ja kun niistä on saatavilla lisää tutkimustietoa, myös avoimuus lisääntyy. Vaikuttavuustiedon kokoamisen ja päätöksentekoprosessin luotettavuus ja arvosidonnaisuus ovat myös avoimuuden edellytyksiä, kuten Saarnin tutkimuksesta kävi ilmi (Saarni, 2010, 37- 38).

Oman priorisointimallin kehittäminen Suomeen sai kannatusta, mutta myös muiden maiden linjauksia katsottiin soveltuvien osin voitavan käyttää. Sen sijaan maailmanlaajuisista priorisointimallia ei voida tehdä, eikä muiden maiden malleja voi suoraan soveltaa esimerkiksi suomalaiseen yhteiskuntaan, kuten Lammintakanenkin toteaa. Terveystieteiden priorisoinnin kulttuurisidonnaisuus ja siteet vallitsevaan terveyspalvelujärjestelmään ja sen organisointi- ja rahoitusperiaatteisiin ovat tähän syynä (Lammintakanen 2005.)

Tutkimuksen mukaan ruotsalaiset olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä omaan priorisointimalliinsa ja haluavat jatkaa kehitystyötä sen pohjalta. Mallia on kuitenkin kritisoitu siitä, että se ei anna tarpeeksi konkreettisia ohjeita, vaan sen arvo olisi enemmän symbolinen. Lisäksi esimerkiksi Garpenbyn ja kumppaneiden tutkimuksessa tuli esiin, ettei kansallinen priorisointimalli ollut kaikille terveydenhuollon toimijoille tuttu (Garpenby ym. 2010,63). Priorisointimallia on uudistettu vuoden 2011 aikana, ja toivottavaa on, että se antaisi ruotsalaisille käytännönläheisempiä työkaluja jatkossa.

Toimivaltaisen priorisointielimen tai -komitean perustaminen Suomeen sai kannatusta. Tähän mennessä pidettyjen priorisointifoorumeiden anti on ollut konkreettisella tasolla vähäinen eikä niillä ole ollut poliittista painoarvoa. Tällainen elin voisi myös olla kehittämässä omaa priorisointimallia Suomeen ja tehdä avointa ja laadukasta priorisointityötä. Sen tulisi olla hyvin laajapohjainen, ja sen työskentelyyn olisi varattava riittävästi aikaa, kuten Ruotsin priorisointihankkeistakin kävi ilmi. Päätöksentekijöiden harjaantumista priorisointipäätöksiin voidaan pitää eräänä onnistuneen priorisoinnin edellytyksenä (Teng ym.2007). Sen vuoksi toimikunnan jäsenillä olisi oltava monipuolinen kokemus ja asiantuntijuus terveydenhuollosta ja priorisoinnista sekä laaja yhteiskunnallinen näkemys.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista paneutua siihen, onko taloudellisen panostuksen lisäämisellä julkiseen terveydenhuoltoon vaikutusta avoimen ja oikeudenmukaisen priorisoinnin toteutumiseen. Olisi myös selvitettävä, mikä olisi riittävä panostus, koska käsite on hyvin epämääräinen ja todennäköisesti vaikeasti selvitettävä.

Virallisesti avoin ja julkinen priorisointi ei välttämättä takaa oikeudenmukaisuuden ja läpinäkyvyyden toteutumista, koska päätöksenteon perusteet eivät aina ole avoimia kansalaisille. Tämän vuoksi jatkossa voisi tutkia priorisoinnin oikeudenmukaisuuden toteutumista AFR:n periaatteiden pohjalta Suomessa ja Ruotsissa, kuten Kanadassa on tehty.

Molemmilla mailla on edessään paljon työtä avoimemman, oikeudenmukaisemman ja eettisesti kestäväällä pohjalla olevan priorisoinnin toteuttamiseksi. Maat voisivat tehdä tässä enemmän yhteistyötä kuin tähän mennessä sekä politiikan tasolla, tutkijoiden kesken että käytännön tasolla hyvien käytäntöjen oppimisessa. Synkkenevät talousnäkymät ja globalisoituvan maailman haasteet sekä EU:n terveystalouden suunta asettavat suuria vaatimuksia tulevaisuuden terveydenhuollolle ja pohjoismaiselle hyvinvointiyhteiskunnalle. Mitään hyviä keinoja ja yhteistyön muotoja ei kannata jättää näiden skenaarioiden edessä käyttämättä.

LÄHTEET:

Alasuutari Pertti 1994. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.

Ahlström Monica, Bloms´ Ulrika, Broqvist Mari, Göransson Ingrid, Nilsson Anna-Karin, Petersson Ulla. 2008. Ett praktiskt försök. Nationell prioriteringsmodell tillämpad i lanstinget i Kalmar Län. Prioriteringscentrum 2008:5.

Alvesson Mats & Deetz Stanley 2000. Critical overview of quantitative and conventional qualitative methodology. Teoksessa: Doing Critical Management Research. Sage, London, 48-111.

Arvidsson Eva, Andre Malin, Borgquist Lars, Lindström Kjell, Carlsson Per 2009. Primary care patients' attitudes to priority setting in Sweden. Scandinavian Journal for primary health care 27 (2), 123-128.

Broqvist Mari, Garpenby Per, Lund Karin, Bäckman Karin 2009. Prioriteringar I Västerbottens läns landsting 2008. Del II. Olika tankar om prosessen. Prioriteringscentrum 2009:2.

Calltorp Johan. 1999. Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. Health Policy 50(1-2), 1-22.

Carlsson Per 2010. Priority setting in health care: Swedish efforts and experiences. Scandinavian Journal for Public Health 38 (6), 561-564.

Coast Joanna, Donovan Jenny, Frankel Stephen (Edt.) 1996. Priority setting: the health care debate. Wiley & Sons, Chichester.

Cookson Richard, Dolan Paul 2000. Principle of Justice in Healthcare Rationing. Journal of Medical Ethics 26 (5), 323- 329. Saatavissa: www.jmedethics.com. (Luettu 23.1.2012).

Daniels Norman. 2000. Accountability for Reasonableness. Establishing a fair process for priority setting, than agreeing on principles. BMJ 2000: 321(7271), 1300- 1301. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119050/> (Luettu 7.2.2012).

Daniels Norman, Sabin James E 2002. Setting Limits Fairly. Can we learn to Share Medical resources? Oxford. United Kingdom.

Dionne Francois, Mitton Craig, Smith Neale, Donaldson Cam 2008. Decision maker views on priority setting in the Vancouver Island Health Authority. Cost Effectiveness and Resource Allocation 13 (6). Saatavissa: <http://www.resource-allocation.com/content/6/1/13> (Luettu: 20.3.2010).

Eräsaari Risto, Rahkonen Keijo 1995. Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta. Gaudeamus-kirja, Helsinki.

ETENE 2006:18. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.etene.fi/julkaisut> (luettu 30.12.11).

ETENE 2008:23 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.etene.fi/julkaisut_2008. (Luettu 30.12.11).

ETENE 2011:13 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.etene.fi/julkaisut_2011 (Luettu 20.12.11).

Foucault Michel 1995. Vakuutusyhteiskunta. Kirjassa: Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta. Risto Eräsaari, Keijo Rahkonen(toim.).Gaudeamus, Tampere.

Finohta 2010. Saatavissa: <file:///G:/Priorisointi/Suomi/finohta.htm>.(Luettu 16.11.2011).

Garpenby Peter, Johansson Per.2007. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Implementeringen i fyra landsting och regioner - andra delen av utvärderingen. SOU: 2007:5

Garpenby Peter, Bäckman Karin, Broqvist Mari, Nedlund Ann-Charlotte 2010. Landstinget Kronoberg-i linje med prioriteringar. Prioriteringscentrum 2010:2.

Haavisto Ilkka, Kiljunen Pentti, Nyberg Matti 2007. Satavuotias kuntotestissä. EVAN kansallinen arvo- ja asennetutkimus. EVA 2007.

Ham Chris and Honigsbaum Frank 1998. Priority setting and Rationing Health Services. Critical Challenges for Health care reform in Europe. Edited by Saltman Richard B, Figueras Josef and Sakellaridis Constantino. Open University Press. Great Britain, 113-132.

Ham Chris. 2003. Reasonable rationing. International experience of priority setting in health care. Edited by Chris Ham and Glenn Robert. Open university Press. England.

Heikkilä Teppo 2010. Aktiivisempaa priorisointia. Suomen lääkärilehti 65 (45), 3723.

Hetemaa Tiina, Vuorenkoski Lauri, Keskimäki Ilmo 2003. Priorisointi ja jonoon - asettamisindikaattorit. Kirjallisuuskatsaus. STM: 2003:6.

Hiihmo Heikki. 2011. Uusi hyvinvointivaltio. Into-kustannus, Helsinki

Hirsijärvi S, Hurme H, 1982. Teemahaastattelu. Kyriiri Oy, Helsinki

Hunter J.David.1997. Desperately seeking solutions: rationing health care. Addison Wesley Longman Limited. Essex. United Kingdom.

Imed-tutkimus/Kaufman Agency 2010. Saatavissa: <http://www.imed.fi/ajankohtaista/> (Luettu 30.1.2012).

Ketola Eeva, Kaila Minna, Mäkelä Marjukka.2004. Käypähoitosuosituksen-kokeilusta kulmaki-veksi. Duodecim 120(24), 2949–54.

Klein Rudolf, Day Patricia and Redmay Sharon (Ham Chris, editor) 1996. Managing scarcity. priority setting and rationing in the national health service. Open University Press. Buckingham.

Knuutila Simo.1998. Teoksessa: Filosofian historian kehityslinjoja. Korkman Petter, Yrjönsuuri Mikko (toim.) Gaudeamus, Tampere.

Kuntaliitto/Kunnat.net.2011.

Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/uusikunta2017/kuntaudistus/Sivut/default.aspx>. (Luettu 11/2011).

Käypä- hoito 2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>; <http://www.duodecim.fi/web/kotisivut> (Luettu 30.1.2012).

Lammintakanen Johanna.2005.Health Care Prioritisation, Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Doctoral dissertation, Department of Health Policy and Management of Kuopio. Kuopio.

Lammintakanen Johanna, Kinnunen Juha, Kylmä Jari.2006. Terveysthuollon priorisointi poliittikkaprosessina ja käsitteenä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43 (4), 124–133.

Landstinget i Uppsala län 2010. Saatavissa: http://www.lul.se/default_10545.aspx

Lindqvist Martti 2000. Priorisointi- mitä ja miksi. Toinen otetaan ja toinen jätetään. Terveysthuollon etiikka ja priorisointi. KSK. Helsinki 2000, 21- 27.

Lindqvist Martti 2002. Etiikka ja valinnat. Tasavertaisuus ja oikeudenmukaisuus terveysthuollossa. ETENE- julkaisuja 6/2002. Hoidon hinta ja tasa-arvo eettisenä haasteena. Edita Prima Oy. Helsinki, 3-36.

Vierula Hertta 2010. Lääkärit haluavat jakaa vastuuta priorisoinnista. Lääkärelehti 2010 65(43), 3476- 77.

Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=9630/type=1 (Luettu17.11.2010).

Mattila Yrjö 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveysthuollon suuntaviivoista. Sosiaali-ja terveysturvan tutkimuksia 116. Juvenes Print, Tampere.

Martin Douglas, Singer Peter 2003. Kirjassa: Reasonable rationing. International experience of priority setting in health care.(42-63).Edited by Chris Ham and Glenn Robert. Open university Press, Buckingham. England.

Metsämuuronen Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. International Methelp KY. Gummerus Oy, Jyväskylä.

Myllykangas Markku 2002. Kallista hoitoa yhdelle vai halpaa hoitoa monelle? ETENE- julkaisuja 6/2002. Hoidon hinta ja tasa-arvo eettisenä haasteena. Edita Prima Oy. Helsinki, 3-36.

Mäkelä Marjukka 2007. Miksi menetelmien arviointia? Nightingalesta nykypäivään. Teoksessa: Menetelmien arviointi terveysthuollossa. Mäkelä Marjukka, Kaila Minna, Lampe Kristian, Teikari Martti. Duodecim, Helsinki.

Nikkinen Janne. 2000. Terveysthuollon priorisointi sosiaalieettisenä kysymyksenä. Toinen otetaan ja toinen jätetään. Terveysthuollon etiikka ja priorisointi. KSK. Kirkkohallitus. Helsinki, 49- 62.

Nikkinen Janne.2007.Ideological Notions in Public Health Care Rationing. Case studies from Oregon, New Zealand and Finland. Doctoral dissertation. The Faculty of Theology at the University of Helsinki. Printed at Picaset,Inc. Helsinki.

Norrving Bo, Stibrant Katharina Sunnerhagen, Terent Andreas, Sohlberg Anna, Berggren Frederik, Wester Per Olov, Asplund Kjell.2007. Beyond Conventional Stroke Guidelines setting Priorities. For the Stroke Guidelines Working Group, National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden. Saatavissa:

<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/38/7/2185>

Norrheim Ole Frithjof 1999. Health care rationing-are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines. Education and debate. British Medical Journal 319 (11), 1426-1429.

Oregon Health Plan.2009. Saatavissa: (<http://www.oregon.gov/OHPPR/index.shtml>)
Luettu 1.12.2009.

Palo Jorma.1992. Saanko elää saanko kuolla. Hoidon rajat. WSOY. Juva 1992.

Patientbrochyr på finska, 2012. Saatavissa:

<http://www.vll.se/Sve/Centralt/Standardsidor/V%C3%A5rdOchH%C3%A4lsa/DinaR%C3%A4ttigheter/Nedladdningsboxar/Filer/Patientbrochyr%20finska%20%28pdf%29.pdf>.(Luettu 23.1.2012).

Pekurinen Markku, Erhola Marina, Häkkinen Unto, Jonsson Pia, Keskimäki Ilmo, Kokko Simo, Kärkkäinen Jukka, Widström Eeva, Vuorenkoski Lauri 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2010.

Pälve Heikki.2009. Priorisoinnin vuokaavio. Lääkärilehti 64 (46), 3913–3930.
Saatavissa: www.laakarilehti.fi/ (Luettu 24.9.2011).

Prioriteringscentrum/ Prionetvårt 2011.Saatavissa: http://www.imh.liu.se/halso-och_sjukvard-sanalys/prioriteringscentrum?l=sy (Luettu 24.1.2012).

Roine Risto 1999. Tieteestä käytäntöön. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset käytännössä. Varonen Helena, Semberg Virpi, Teikari Matti (toim.) FinOHTAN raportti 1999:11.

Rosen Per 2002.Attitudes to prioritization in health services. The views of public, patients, healthcare personnel, politicians and administrators. Dissertation for the degree of public health. The Nordic school of public health. NHU RAPPORT 2002:1.Vasastadens bokbinderi AB.

Rosen Per 2006. Utvärdering av medborgardialog kring prioriteringar. Rapport till Landstinget i Östergötland 2006.

Ruusuvuori Johanna, Nikander Pirjo, Hyvärinen Matti (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Vastapaino, Tampere.

Ryynänen Olli-Pekka, Myllykangas Markku, Kinnunen Juha, Isomäki Veli-Pekka, Takala Jorma 1999. Terveyden ja sairauden valinnat. Kuopion yliopisto. Suomen kuntaliitto, Helsinki.

Ryynänen Olli-Pekka, Myllykangas Markku.2000. Terveydenhuollon etiikka. Arvot monimutkaistuvassa maailmassa. WSOY, Helsinki.

Ryynänen Olli-Pekka. 2005. Pisteillä hoitoon. Jonotuttamisen tilalle uusi priorisointijärjestelmä. Duodecim 121(4), 349- 350.

Ryynänen Olli-Pekka Kukkonen, Kukkonen Jarmo, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna Kinnunen Juha. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum Media Oy, Tampere.

Saarinen Esa.1985. Länsimaisen filosofian historia huipulta huipulle Sokratesta Marxiin. WSOY, Helsinki.

Saarni Samuli 2010. Vaikuttavuuden arviointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Väitöskirja. Turun yliopisto – University of Turku. Lääketieteellinen tiedekunta.

Saarni Samuli, Mäkelä Marjukka 2011. Kohti avointa priorisointia Suomessakin? Duodecim 127 (7), 636–637. Saatavissa: www.duodecim.fi (Luettu 10/2011).

Sabik Lindsay M & Lie Reidar K. 2008. Priority setting in health care: Lessons from experiences of eight countries. International Journal for equity 7(4), 1-13. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com> (Luettu 3.3.2012).

SBU 2011. Saatavissa: <http://www.sbu.se/sv/Om-SBU/> (Luettu:12/2011).

Sibbald Shannon, Singer Peter, Upshur Ros, Martin Douglas 2009. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Services Research 43 (9) Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com>. (Luettu 20.3.2010).

SKL 2011. Ruotsin kuntien ja maakuntien julkaisemaa tietoa priorisoinneista. Saatavissa: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/prioriteringar_2011 (luettu 12.1.2011).

SKL 2011. Ruotsin kuntien ja maakäräjien julkaisemaa tietoa hoitotakuusta. Saatavissa: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/vardgaranti/varfor_vardgaranti (luettu 5.3.12).

Socialstyrelsen.2009. Saatavissa: <http://sos.se/riktlinjer/nationellariktlinjer> (Luettu 21.112009).

Statens offentliga utredningar SOU 2001:8. Prioritering i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från prioriteringsdelegation. Regeringskansliet. Saatavissa: <http://www.regeringen.se/content/1/C4/2781> (Luettu:18.10.2009).

STM 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut>

STM 2005:13. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

STM 2008:17 Terveyttä turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2007–2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Tepponen Merja.2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopio.

STM 2009:5. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

STM 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2010. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Syrjäläinen Eija, Eronen Ari, Värri Veli-Matti. 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere University Press, Tampere.

Teng Flora, Mitton Craig, Mackenzie Jennifer 2007. Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *International journal for equity in health* 84 (7) Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/84> (Luettu 20.2.2010).

Terveysfoorumi 2011. Terveysthuollon valinnat 3-4.2.2011. Hanasaari, Espoo. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, STM, Kuntaliitto, THL, Helsinki.

Tinhög Gustav. 2011. The Art of Saying no. The Economics and Ethics of Health care Rationing. Linköping University Medical Dissertations No.1215. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University, Sweden

Tohmo Harri, Pahlman Irma. 2003. Priorisointi rationaalisia valintoja vai hoidotta jättämistä. *Suomen Lääkärilehti* 58 (4), 425- 429.

Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi. Gummerus Oy, Jyväskylä

Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Tammi. Gummerus Oy, Jyväskylä

Tuori Kaarlo, Kotkas Toomas 2008. Sosiaalioikeus. WSOY, Juva

Urho Ulla-Marja. 2010. Valintojen eettinen vaikeus- kuntapoliitikon näkökulma. *Duodecim* 2010:162: 322-323.

Waldau Susanne. 2009. Prioriteringar i Västerbottens landsting 2008. Del.1. Procedur, genomförande och uppföljning. Prioriteringscentrum 2009:1

Waldau Susanne 2010. Creating organisational capacity for priority setting in health care. Using a bottom-up approach to implement a top-down policy decision. Umeå University Medical Dissertations. Department of Public Health and clinical Medicine. Umeå University, Sweden.

Waldau Susanne, Lindholm Lars, Wiechel Anna. 2010. Priority setting in practise: Participants opinions on vertical and horizontal priority setting for reallocation. *Health policy* 96 (3), 245-254.

Walton Nancy, Martin Douglas, Peter Elisabeth, Pringle Dorothy, Singer Peter. 2007. Priority setting and cardiac surgery: A qualitative case study. *Health Policy* 80 (3), 444- 458. Saatavissa: <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/> (Luettu 4.3.2010).

WCWL 2012, saatavissa: <http://www.wcwl.ca/about/synopsis>. (luettu 20.1.2012).

Willberg Mirja, Valtonen Hannu Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36.

VM.2012:Kuntaudistus. Valtiovarainministeriö. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/0107_kuntaudistus/index.jsp (Luettu 21.1.2012).

Vuorenkoski Lauri, Saarni Samuli.2006. Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Riittävät palvelut jokaiselle. Stakes 2006,Helsinki.

Vuori Jari.2009. Terveystieteiden tutkimus. Pro Terveys 37 (4), 4–15

Vårdgaranti 2012 Saatavissa: [http:// www.vantetider.fi](http://www.vantetider.fi). (Luettu 23.1.2012).

Västmanlän landstinget 2010. Saatavissa:
http://www.ltv.se/LTVTemplates4/LTV_NewsPage.aspx?id=40922(Luettu: 4/2011).

Östling Ann, Weitz Per, Bäckman Karin, Garpenby Peter 2010.Öppna prioriteringar I landstinget Västmanlän. Prioriterings Centrum 2010:5,Arbetskopia.

L 1063/1989 Erikoissairaanhoitolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

L 66/1972 Kansanterveyslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>;

L 855/2004 Lakimuutos(kansanterveyslaki) <http://www.finlex.fi/laki/alkup/2004/20040855>;

L169/2007 Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 23.2.2007

<http://www.finlex.fi/lakiajantasa>

L731 /1999 Suomen perustuslaki

[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search\[type\]=pika&search\[pika\]=perustuslaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search[type]=pika&search[pika]=perustuslaki)

L313/2011Terveystieteiden tutkimus.<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

L SFS 2007:1233 http://www.sbu.se/upload/SBU_instruktion_20nov07

TEEMAHAASTATTELU:**TEEMA 1: TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI SUOMESSA**

- 1) Miten mielestäsi terveydenhuollon priorisointi toteutuu Suomessa tällä hetkellä?
- 2) Mitä ajattelet priorisoinnin avoimuudesta ja läpinäkyvyydestä Suomessa?
- 3) Mitä mieltä olet piilopriorisoinnista?

TEEMA 2: AVOIMEN PRIORISOINNIN TOTEUMISEN MAHDOLLISUUDET

- 1) Mitkä tekijät edistävät avointa priorisointia?
- 2) Mitkä tekijät estävät avointa priorisointia?
- 3) Keiden pitäisi osallistua priorisointia koskevaan päätöksentekoprosessiin?

TEEMA 3: PRIORISOINNIN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT SUOMESSA

- 1) Mitä priorisoinnin eteen pitäisi Suomessa lähivuosina tehdä/ tai mitä on tekeillä?
- 2) Pitäisikö Suomen ottaa mallia jostain toisesta maasta priorisoinnissa vai kehittääjoku oma systeemi?

Hej!

Jag heter Kristina Könönen och studerar på Östra.Finlands universitet (University of Eastern Finland) i Kuopio och gör min studie om öppna prioriteringar i hälso-och sjukvården).Jag har intervjuat finska hälsovårdsmyndigheter och forskare .Jag skulle gärna också vill ställa några frågor åt myndigheter,experter och forskare I Sverige som har arbetat med öppna prioriteringar eller som har erfarenheter om saken .Jag ber dig att vara vänlig och svara på några öppna frågor. Svaren på dessa frågor behandlas konfidentiellt så att svararens anonymitet består. Min instruktör är professor Johanna Lammintakanen (johanna.lammintakanen@uef.fi) och universitets lector, dosent Peter Garpenby (per.garpenby@liu.se) från prioriteringscentrum har hjälpt mig med att skicka material och kontakta personer för intervjufrågor.

TEMA I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPRIORITERINGAR I SVERIGE

- 1) Hur prioriterar man numera I ditt landsting?
- 2) Hur anser du att man arbetar med prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård idag rent generellt med avseende på öppenhet?
- 3) Vad tänker du om gömna prioriteringar ?

TEMA II MÖJLIGHETER FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR ATT ÄGA RUM I SVERIGE

- 1) Vilka omständigheter främjar öppna prioriteringar?
- 2) Vilka omständigheter hindrar öppna prioriteringar?
- 3) Vem borde vara med I beslutsprocessen om prioriteringar?

TEMA III FRAMTIDENS SYNPUNKTER

- 1) Vad borde man göra för hälso-och sjukvårdsprioriteringar I framtiden?
- 2) Räcker det med den nationella modellen eller borde man ha någon annan model?

HAASTATTELUSOPIMUS

Tämä haastattelu on osa Itä-Suomen yliopistossa terveyshallintotieteen alaan kuuluvaa pro-gradu- tutkielmaa, jossa kuvataan Suomen ja Ruotsin terveydenhuollon priorisointi- keskustelua. Tarkoitus on saada haastattelevalta(Suomi) ja avoimilla puolistrukturoiduilla lomakkeilla(Ruotsi) selville terveydenhuollon tutkijoiden ja vaikuttajien mieltä terveydenhuollon avoimen priorisoinnin edellytyksistä. Suomessa haastatteluun valitaan 8-10 ihmistä(asiantuntijoita, tutkijoita, terveydenhuollon johtajia). Haastattelu kestää n. 20-30 min. ja haastattelu nauhoitetaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltava voi halutessaan keskeyttää haastattelun.

Haastattelu tehdään nimettömästi ja luottamuksellisesti, niin ettei haastateltavaa pysty tunnistamaan. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule muiden kuin haastattelijan tietoon. Haastattelu puretaan tekstitiedostoksi, jonka jälkeen äänite hävitetään. Haastattelussa saatua materiaalia käytetään vain progradu-tutkielmassa. Haastattelijaa sitoo vaitiolovelvollisuus ja haastattelijaa sitoutuu noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisia toimintatapoja ja Henkilötietolakia (539/99).

Tätä sopimusta allekirjoitetaan kaksi kappaletta, joista toinen jää haastateltavalle ja toinen haastattelijalle

Paikkakunta

_____/____

Haastateltavan allekirjoitus

Haastattelijan allekirjoitus

Kiitän yhteistyöstä! Haastattelija: Kristina Könönen, akkonone@student.uef.fi

Taulukko 6. Sisällön luokittelun vaiheet

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Jos on kyse enemmän vaikuttavista ja vähemmän vaikuttavista hoitomuodoista, priorisointia tehdään joka päivä jokaisessa potilaskontaktissa	Priorisointia vaikuttavuuden mukaan päivittäin potilaskohtaisesti	PRIORISOINNIN TOTEUTUMISEN MUODOT	TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI SUOMESSA	TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI
Arjessa kukin tekee mitä lystää.	Ei yhteisiä pelisääntöjä			
Ja sitten niitten klinikajohtajien päätöksenteon perusteella, jossa esiintyy suurta vaihtelua	Päätösten vaihtelevuus			
Päätöksentekoprosessi ja se millä tavalla oikeasti päätetään ei ole minusta oikeasti avointa	Päätöksentekoprosessin epäavoimuus			
Meillä Ruotsissa avoimuus on hyvä, mutta läpinäkyvyys on huono. Suurin osa priorisointipäätöksistä epäavoimia	Avoimuus ei takaa läpinäkyvyyttä Epäavoimuus/piilopriorisointi	PRIORISOINNIN TOTEUTUMISEN MUODOT	TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI RUOTSISSA	
Ainakin jotenkin sen hahmottaminen, että kyse on siis vaikeista valinnoista ja sen tunnistaminen yhdessä. Se vaatii yhteistä avointa keskustelua. Aidosti kansalaiskeskustelu, et siihen osallistuis tavalliset ihmiset ja heidän näkökulmansa otetaan siihen huomioon Meillähän on tietysti yhtenäiset hoitoon ottamisen kriteerit	Vaikeiden valintojen tekemisen myöntäminen Avoimuus Kansalaiskeskustelu Yhtenäiset kriteerit	AVOIMEN PRIORISOINNIN TOTEUTUMISEN EDELLYTYKSET	PRIORISOINNIN AVOIMUUS SUOMESSA	

Meillä tää ydinongelma on tää rahoitus- ja lainsäädäntöympäristö, joka ei siis mahdollista avointa priorisointia	Rahoitus- ja lainsäädäntöympäristön muutos		PRIORISOINNIN AVOIMUUS SUOMESSA	
Jos luottamus ruotsalaiseen terveydenhuoltoon laskee paljon voi olla, että yleisö katsoo, että säännöstelyä on pakko tehdä Tänään luottamus on liian korkealla: kaikki voidaan tehdä kaikille	Kansalaisten tietoisuus palvelujen rajallisuudesta	PRIORISOINNIN AVOIMUUDEN TOTEUTUMISEN EDELLYTYKSET	PRIORISOINNIN AVOIMUUS RUOTSISSA	
Yksilön ottaminen kokonaisuutena, valintojen vaikutus siihen. Priorisoinnin vaikutus yksittäisen potilaan inhimillisellä tasolla	Priorisoinnin vaikutusten huomioiminen kokonaisvaltaisesti yksilötasolla.	PRIORISOINTI TULEVAISUUDESSA	TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINNIN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT SUOMESSA	TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI
Mallia pitää ottaa muualta kuten Norja, Ruotsi, Uusi-Seelanti, Britannia. Mallia ei voi suoraan siirtää tänne vaan se pitää muokata	Muiden maiden käytäntöjen muokkaaminen Suomeen sopivaksi			
Priorisointimallin olisi oltava selkeämpi, eikä tällaista mallia voi käyttää kuin tsekkauslistana.	Selkeämpi ohjeellinen malli	PRIORISOINTI TULEVAISUUDESSA	TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINNIN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT RUOTSISSA	
Kehitettävää on siinä miten yleisölle ja potilaille kerrotaan säännöstelystä	Tiedotuksen kehittäminen			