

Priorisoinnin periaatteet terveydenhuollon hallinnon päätöksenteossa

Katja Iskala
KANDIDAATINTUTKIELMA
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Kevät 2024

Kandidaatintutkielma

Oppiaine: Hoitotiede

Tekijä: Katja Iskala

Otsikko: Priorisoinnin periaatteet terveydenhuollon hallinnon päätöksenteossa

Ohjaaja(t): Professori Riitta Suhonen

Sivumäärä: 35 sivua, 4 liitesivua

Päivämäärä: 20.5.2024

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jatkuvasti tehtävä valintoja erilaisten palveluiden resurssoinnin suhteen. Valintojen tekeminen pakon edessä on päivittäistä, riippumatta siitä, että globaalisti terveydenhuoltoon käytetään yhä enemmän taloudellisia ja henkilöstöresursseja. Sekä taloudelliset että henkilöresurssit ovat kuitenkin rajallisia, ja näiden rajallisten resurssien priorisointi eli tärkeysjärjestykseen asettaminen on välttämätöntä kaikilla terveydenhuollon eri tasoilla. Avoin keskustelu priorisoinnista on edellytys sekä priorisoinnin periaatteiden laatimiselle että hyväksymiselle. Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on kuvata, millaisia periaatteita terveydenhuollon hallinnossa käytetään priorisoinnin päätöksenteossa. Tutkielmassa selvitettiin, millaista tutkimusta on tehty priorisoinnin päätöksentekoa ohjaavista periaatteista terveydenhuollon hallinnon näkökulmasta ja millaisia ovat päätöksentekoa ohjaavat periaatteet.

Tämä kandidaatintutkielma on integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Tiedonhaku suoritettiin keväällä 2024. Perushakulauseketta muokattiin eri tietokantojen vaatimusten mukaisesti. Hakutuloksena saatiin 315 tutkimusartikkelia, joista kaksoiskappaleiden poiston jälkeen jäi 237. Tulokset käytiin läpi otsikko- ja tiivistelmätasolla.

Tutkielmassa tunnistettiin useita terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevan päätöksenteon periaatteita: oikeudenmukaisuus, kontekstisidonnaisuus, avoimuus, eettisyys sekä vaikuttavuus, joka sisältää kustannusvaikuttavuuden, tehokuden, tutkitun tiedon sekä näytön. Tuloksissa korostui tarve määritellä terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteolle yhteisesti hyväksytyt periaatteet. Priorisoinnin päätöksenteko voi muodostua vahvasti eettiseksi kysymykseksi, jossa valinta on tehtävä kilpailevien arvojen välillä. Tutkimuksen mukaan terveydenhuollon priorisoinnin päätöksenteon tulisi olla avointa ja perusteltua sekä oikeudenmukaista kohdentaen resurssit eniten hyötyville ja haavoittuvimmille väestöryhmille. Taustatekijät, kuten alueelliset erot ja tilanteet vaikuttavat priorisoinnin päätöksentekoon. Priorisointipäätöksillä pyritään tutkitun tiedon avulla tehostamaan hoitomenetelmien ja palveluiden kustannusvaikuttavuutta. Priorisoinnin päätöksenteossa tarvitaan vahvaa johtamista, joka sisällyttää priorisoinnin osaksi organisaation toimintaa.

Tutkielmassa tunnistettiin tarve jatkotutkimukselle terveydenhuollon priorisoinnin päätöksenteosta hoitotyön johdon, sosiaalihuollon sekä kansalaisten näkökulmista.

Avainsanat: terveydenhuolto, terveydenhuollon hallinto, priorisointi, päätöksenteko ja periaate.

Sisällys

1	Johdanto	4
2	Keskeiset käsitteet	5
2.1	Terveystenhoolto ja terveydenhuollon hallinto	5
2.2	Priorisointi	7
2.3	Periaate	11
2.4	Päätöksenteko	12
3	Tutkielman tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	14
4	Tutkielman toteutus	15
4.1	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä	15
4.2	Katsauksen toteutus: tiedonhaku ja aineiston valinta	16
4.3	Aineiston laadunarviointi	18
4.4	Aineiston analyysi	20
5	Tutkielman tulokset	21
5.1	Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon tutkimukset	21
5.2	Periaatteet terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteossa	22
5.2.1	Terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevan päätöksenteon kuvaus	22
5.2.2	Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon periaatteita	23
6	Pohdinta, johtopäätökset ja jatkotutkimukset	30
6.1	Luotettavuuden pohdinta	30
6.2	Tulosten pohdinta	31
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	33
	Lähteet	36
	Liitteet	42
	Liite 1. Hakulausekkeet ja haun rajaukset	42
	Liite 2. Yhteenvedotaulukko kandidaatintutkielman alkuperäisartikkeleista	43

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jatkuvasti tehtävä valintoja palveluiden resurssoinnin kohdentamisessa. Vaikka terveydenhuoltoon käytetään yhä enemmän taloudellisia ja henkilöresursseja, resurssien rajallisuus edellyttää päivittäistä priorisointia eli tärkeysjärjestykseen asettamista sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen yhdenvertaisesti ei ole mahdollista ilman yhtenäisiä periaatteita. Avoin keskustelu priorisoinnista on edellytys sekä priorisoinnin periaatteiden laatimiselle että hyväksymiselle. Terveydenhuollossa ei tule kysyä, pitääkö priorisoida, vaan miten priorisoidaan. (Torkki ym. 2022a; Torkki ym. 2022b; Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ohjaava Suomen perustuslaki muodostaa arvopohjan ja toiminnan puitteet. Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus yhdenvertaisuuteen ja kaikille on turvattava perustuslailla terveystaloudelliset palvelut riittävällä tasolla. (Suomen perustuslaki (731/1999) 2. 6,7,19 §, Kaila & Lohiniva-Kerkelä 2020.) Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää haastavat väestön ikääntyminen, henkilöstön saatavuuden heikkeneminen, covid-19 pandemian aiheuttama kuormitus sekä globaalien turvallisuusympäristön muutos (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024.)

Terveydenhuoltojärjestelmässä ovat vastakkain rajalliset resurssit ja rajattomat odotukset, yleistason ja yksilöllinen päätöksenteko sekä yksilöllinen hyöty ja yhteiset kustannukset. (Ryynänen ym. 2006) Veroilla ja vakuutuksilla rahoitetussa järjestelmässä terveydenhuollon määrää ja laatua on priorisoitava, terveydenhuoltojärjestelmälle asetettujen odotusten ylittäessä käytettävissä olevat taloudelliset resurssit ja rahoituspohja kasvaa vain vähäisesti. (Ryynänen ym. 2006; Torkki, 2022a; Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53,.) Priorisoinnin päätöksenteossa tavoitteena on löytää tasapaino käytännön, eettisten ja taloudellisten näkökulmien välillä, sekä tehdä järkeviä valintoja. Päätöksenteon avoin ja oikeudenmukainen prosessi lisäävät päätöksenteon uskottavuutta (Peacock ym. 2010.)

Tämän kandidaatintutkielman on tarkoituksenaan kuvata integratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla millaiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksentekoa. Tutkielma on toteutettu integratiivisena kirjallisuuskatsauksena.

2 Keskeiset käsitteet

Tässä luvussa määritellään tutkielman keskeiset käsitteet, jotka ovat terveydenhuolto ja terveydenhuollon hallinto, priorisointi, päätöksenteko ja periaate. Tässä työssä tarkastelun kohteena on terveydenhuoltoa koskeva priorisointi, jota hallinnossa toimivat hallintohenkilöstö sekä viranhaltijat tekevät, sekä priorisoinnin päätöksenteon taustalla mahdollisesti olevat periaatteet.

2.1 Terveydenhuolto ja terveydenhuollon hallinto

Terveydenhuollon tulee Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan vastata yhteiskunnan jäsenten tarpeisiin, riippumatta yksilön sosioekonomisesta asemasta, kulttuurista, etnisestä taustasta, sukupuolesta tai muusta tekijästä. (WHO, 2024.) Sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa velvoittavat Suomen perustuslain (731/1999) seuraavat pykälät: 22§, jonka mukaan julkisella vallalla on velvollisuus turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen, 19.3 § osoittaa jokaiselle oikeuden riittäviin terveystalveluihin, sekä 6 § sisältää yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosäädöksen. (Suomen perustuslaki 731/1999, Torkki 2022a.)

Terveydenhuoltolain ensimmäisen pykälän mukaan terveydenhuoltoon kuuluvat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido.

Terveydenhuoltolain 2§ tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, vähentää väestöryhmien terveyseroja sekä edistää terveystalvelujen saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolain 2§ päämääränä on palvelujen asiakaskeskeisyyden ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksien sekä yhteistyön parantaminen eri toimialueilla. Laki velvoittaa kunnan osoittamaan tarvittava määrä resursseja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon talveluihin, mikä sisältää terveydenhuollon ammattihenkilöt ja asianmukaiset tilat. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 1–2§.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) yhdessä Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa laatii, ohjaa ja valvoo valtakunnallisesti lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten yhtenäisen hoidon perusteita ja niiden toimeenpanoa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 7§). STM ohjaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä pohjautuu Suomen valtion tukemaan julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. STM valmistelee ja ohjaa lainsäädäntöä, määrittelee sosiaali- ja terveystalvelu- ja terveyspolitiikan linjaukset valmistelemalla ja ohjaamalla uudistuksia sekä johtaa sosiaali- ja terveystalvelujen toiminnan kehittämistä

yhdessä poliittisen päätöksenteon kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalaan kuuluvat myös hallintoalan tutkimus- ja kehittämistoiminnan virastot ja laitokset. Ministeriön alaisuudessa toimii Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. ETENE toimii asiantuntijana eettisissä kysymyksissä käsitellen sosiaali- ja terveysalan potilaisiin ja asiakkaisiin liittyviä eettisiä kysymyksiä, kuten perusoikeuksia, oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta sekä pyrkii toiminnallaan kehittämään hyvää hoitoa ja palvelua. ETENE:n toiminta perustuu potilaslakiin sekä lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (STM, 2024.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) ohjaa hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, ohjausta, kehittämistä sekä valvontaa. Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu on siirtynyt kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle ja HUS-yhtymälle. Hyvinvointialueille kuuluvat perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon, erikoissairaalahoidon, suun terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen, vammaispalvelujen ja ikääntyneiden asumispalvelut. Hyvinvointialueet toimivat pääasiallisena sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajana ja järjestäjänä. Kunnat ja hyvinvointialueet yhdessä huolehtivat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja yksityiset toimijat täydentävät sosiaali- ja terveyspalveluja. Hyvinvointialueiden toiminnasta vastaavat aluevaltuustot. (STM 2024, Laki sosiaali- ja terveydenhoidon järjestämisestä, 2024.)

Itsehallintoonsa perustuen hyvinvointialueet päättävät valtiolta saamansa rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta (Valtionvarainministeriö 2024.) Aluehallintovirastot valvovat ja arvioivat kunnallista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Lupahallintoa ohjaa, hoitaa ja valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. (STM, 2024.)

Hallinto määritellään Cambridge Dictionaryssa (2024) jonkun kontrolliksi ja organisoinniksi tai yrityksen kontrolloinnista ja organisoinnista vastaavaksi ihmisryhmäksi. Merriam Webster-sanakirja (2024) puolestaan määrittelee hallinnon jonkin asian johtamiseksi tai valvomiseksi, harkituksi keinojen käytöksi päämäärän saavuttamiseksi tai yritystä johtajien tai ohjaavien henkilöiden kollektiiviseksi elimeksi. Chhotray &Stoker (2009) määrittelevät hallinnon säännöiksi (viralliset ja epäviralliset), jotka koskevat yhteistoimintaa ja päätöksentekoa järjestelmässä, jossa on erilaisia toimijoita ja organisaatioita, vaikka mikään virallinen kontrollimekanismi ei määrää toimijoiden ja organisaatioiden välisiä suhteita. (Chhotray &Stoker 2009.)

Terveydenhuollon hallinnolla tarkoitetaan WHO:n (2024) mukaan eri maiden terveydenhuoltojärjestelmiä valvovia ja hallinnoivia instituutioita, prosesseja ja rakenteita. Terveydenhuollon hallinnolla varmistetaan strategiset poliittiset puitteet ja niiden valvonta, hallitaan toimijoiden ja sidosryhmien suhteita. Sidosryhmiin kuuluvat valtion virastot, terveydenhuollon julkisen ja yksityissektorin palveluntarjoajat potilaat ja heidän perheensä, ihmiset ja yhteisöt. Terveydenhuollon hallinnolla on olennainen merkitys oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden edistämiseksi terveydenhuollossa. (WHO 2024.)

Terveydenhuoltoalalla hallinto tarkoittaa toimintoja terveydenhuollon sisällä ja terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella, kuten periaatteita, käsitteitä, osatekijöitä tai ominaisuuksia. Hallinnon kannalta asiakkaiden tai potilaiden kuuleminen ja huomioon ottaminen tulee yhä tärkeämmäksi perustaksi päätöksenteolle ja palvelujen kehittämiseksi (Pihlainen ym. 2019.) Hallinnolla on merkitystä, koska hallinto ohjaa, miten eri toimijat toimivat ja mitkä syyt ovat niiden päätösten taustalla. Terveydenhuoltojärjestelmien parantamiseksi tarvitaan tutkimusta hallintoperiaatteista, hallintotavoista ja niiden arvioinneista. (Pyone ym. 2017.) Tässä kandidaatintutkielmassa hallinnolla tarkoitetaan terveydenhuollon hallintoa, jota toteuttavat hallintohenkilöstö ja viranhaltijat.

2.2 Priorisointi

Priorisointi on prosessi, jossa päätetään, mitkä asiat, tehtävät tai ongelmat ovat tärkeimpiä, hoidetaan ensin, tai prosessi missä asetetaan asioita tärkeysjärjestykseen, jotta tärkeimmät asiat voidaan käsitellä ensimmäisenä. (Cambridge Dictionary, 2024; Oxfords Learners Dictionary, 2024.) Torkki (2022a) määrittelee terveydenhuollossa priorisoinnin resurssien tärkeysjärjestykseen asettamiseksi. (Torkki 2022a.)

Terveydenhuollossa priorisointia ovat toiminnot, joilla pyritään ohjaamaan terveydenhuollon resursseja eri tasoilla kansallisesti ja paikallisesti (Kuvio 1). Yhteiskunnassa terveydenhuollon priorisointia toteutetaan eri tasoilla. (Torkki 2022a.) Megatasolla pohditaan terveystalouden jakautumista globaalisti. Makrotasolla eli valtakunnan tasolla palvelujärjestelmää ohjaavat valtioneuvostot, eduskunta, ministeriöt (sosiaali- ja terveysministeriö) ja erilaiset keskusvirastot (budjetit, informaatio-ohjaus). Mesotasolla eli alueellisesti tai paikallisesti hyvinvointialueet, kunnat, kaupungit ja terveydenhuoltoyksiköt ohjaavat resurssien sisäistä jakoa. Resurssien jaon päätöksentekoa ohjaavat kiireettömän hoidon ja palveluvalikoiman suositukset. Mikrotasolla terveydenhuollon ammattilaiset tekevät yksittäisiä potilaita koskevia päätöksiä hoito- ja tutkimusjärjestykseen (ulkoinen priorisointi) sekä hoitomuotojen välillä

tehtävää sisäistä priorisointia. Terveydenhuollon priorisoinnin tasot esitetään kuviossa 1. (Kuvio 1). (Lääkäriliitto 2021, Ryynänen ym. 2006, Torkki 2022a.)



Kuvio 1. Terveydenhuollon priorisoinnin toteuttamisen tasot. Sisältö on kuvattu edeltävässä tekstissä.

Myös kansalaiset tekevät priorisointipäätöksiä sen suhteen, käyttävätkö he rahojaan terveydenhuollon palveluihin. (Kattelus & Sariola, 2021.) Tiedotusvälineet toimivat yhteistyössä kaikkien priorisoinnin eri tasojen kanssa tavoitteena tiedottaa priorisoinnista selkokielisesti, toimien myös keskustelu- ja palautefoorumina. Tiedotusvälineiden avulla lisätään priorisoinnin läpinäkyvyyttä. (Terwindt, 2016.) Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan osana Terppa -hanke (terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi) selvitti, miten Suomessa voidaan perustuslain ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten oikeudellisissa rajoissa kehittää terveydenhuollon priorisointia. (Torkki ym. 2022a.) Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto PALKO antaa suosituksia, mitkä palvelut kuuluvat terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja päättää oireettoman kuvantamiskriteereistä. (Palveluvalikoima 2024).

Igoumenidis ym. (2020) kirjoittavat terveydenhuollon resurssien kohdentamisesta kahdella tasolla: Makrotaloudellisella tasolla poliittiset päätöksentekijät linjaavat budjettiratkaisuja, henkilöstöä, kustannustehokkuutta sekä kliinisiä ohjeistuksia. Mikrotasolla terveydenhuollon ammattilaiset tekevät hoitopäätöksiä ketä hoidetaan, kiireellisuuden arvioinnilla ja hoitomenetelmien valinnoilla, Päätöksentekoa ohjaa useimmiten oikeudenmukaisuuden tavoite tilastollisten ja taloudellisten tietojen pohjalta. Terveydenhuollon ammattilaisten päätöksenteossa vaikuttaa henkilökohtainen vuorovaikutus potilaiden kanssa, kun taas makrotaloudellisella tasolla päätöksentekoa ohjaa lakien ja asetusten asettamat yleisen tason linjaukset. (Igoumenidis ym. 2020.)

Terveydenhuollossa priorisointi käytännössä tarkoittaa joidenkin hoitojen tai potilasryhmien asettamista tärkeysjärjestykseen. Priorisointia on myös terveystalouden ohjaaminen

tietoisesti sovittujen tavoitteiden suuntaisesti sekä tietoinen raha-, henkilöstö- ja laiteresurssien kohdentaminen eri palveluihin ja hoitomuotoihin. Priorisointia tapahtuu monella eri päätöksenteon tasolla. Priorisoinnin käänköpuolena on posteriorisointi eli takalalle asettaminen. (Ryynänen & Lammintakanen, 2016.) Priorisoinnin tavoitteiden asettamiseksi on määriteltävä palvelut, joihin investoidaan, joista voidaan luopua tai joita voidaan muuttaa, tavoitteena tulevaisuudessa terveyspalveluista saatava hyöty. Näin toimien varmistetaan, ettei ketään jätetä hoitamatta sekä turvataan kokonaisuutena väestön kannalta suurin terveyshyöty. (Peacock ym. 2010; Varhila 2019.)

Priorisoinnin periaatteista ja kriteereistä päätettäessä ensin valitaan priorisoinnin menetelmät, joiden pohjalta tehdään priorisointipäätökset. Tämän jälkeen priorisointi toteutetaan ja arvioidaan priorisoinnin vaikutukset. (Torkki, 2022a.) Priorisoinnin tavoitteiden asettamiseksi on määriteltävä palvelut, joihin investoidaan ja joista voidaan luopua tai joita voidaan muuttaa, jotta tulevaisuudessa terveyspalveluista saadaan enemmän hyötyä. (Peacock ym. 2010). Tutkimusten mukaan priorisoinnin kriteerit ovat melko pysyviä kulttuurisista eroista huolimatta, vaikkakin muutos voi toisinaan tapahtua nopeastikin. Tämän vuoksi priorisointi tulisi olla jatkuva prosessi, eikä perustua yksittäiseen tutkimukseen tai julistukseen. Tämä haastaa tieteellistä yhteisöä kehittämään priorisoinnin tutkimusmenetelmiä. (Myllykangas ym., 2003.)

Terveydenhuollon priorisointia toteutetaan jakamalla resursseja päätöksenteon eri tasoilla. Valtion, palveluntuottajien, asiakkaiden /kansalaisten päätöksenteko perustuu arvoihin, asenteisiin, sisäisiin sekä ulkoisiin kannustimiin ja paineisiin. Terveydenhuollon priorisoinnin toimintamallit ja periaatteet vaativat arvokeskusteluja päätöksenteossa. (Torkki 2022a.) Aitamaa ym. (2016) toteavat Suomessa julkisen kuntien omistuksessa olevien terveydenhuollon organisaatioiden luovan ristiriitoja poliitikkojen (luottamustehtäviin valittujen henkilöiden) ja organisaatioiden välille, erityisesti perusterveydenhuollossa, jossa poliitikoilla on suoraa päätösvaltaa. (Aitamaa ym. 2016). Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä vastuu on kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille (STM 2024., Laki sosiaali- ja terveydenhoidon järjestämisestä 2024).

Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien jakamisen sekä painopisteiden asettamisen vastuu on usein sosiaali- ja terveyspalvelujen paikallisella johdolla ja haasteena johdolla on kuinka tasapainottaa käytännönläheiset ja eettiset näkökohdat taloudelliseen todellisuuteen. Tästä syystä priorisoinnin menetelmien kehittäminen on keskeinen haaste. Priorisoinnin periaatteet

ovat yleisellä tasolla määriteltyjä periaatteita, joista johdetaan kriteerit periaatteiden käytännön toimenpiteiksi. (Torkki 2022a.) Peacock ym. (2019) kuvaavat periaatteet tavoitteiksi ja kriteerit standardeiksi, joiden avulla vaihtoehtoisia interventioita arvioidaan. Käytettävissä olevilla resursseilla pyritään maksimoimaan väestön terveyttä: parantamaan terveyshyötyä eli tehokkuutta ja vähentämään terveyseroja eli lisäämään oikeudenmukaisuutta. Priorisointi on dynaaminen päätöksentekoprosessi, organisaatioilla on lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita kaikilla päätöksentekohierarkian tasoilla. (Peacock ym. 2010.)

Terveydenhuollossa on priorisointia tehty niin pitkään kuin lääketiedettä on harjoitettu. Priorisoinnin menettelytavat ovat vaihdelleen ajan ja paikan mukaisesti: potilasvirtoja on hallittu esimerkiksi käyttömaksuilla, odotuslistoilla, kieltäytymisellä tai potilasvalinnalla. Tänä päivänä potilaiden oikeuksien korostaminen ovat kasvattaneet hoitoon pääsyn paineita. Kansalaiset ovat kiinnostuneita terveydenhuollon klinisistä ja poliittisista päätöksenteon prosessista sekä päätösten perusteluista. (Myllykangas ym. 2003). Priorisoinnin tavoitteita voidaan tarkastella edelleen tehokkuuden, saatavuuden, monipuolisuuden, odotusaikojen ja kulttuurisen sopivuuden kautta (Peacock ym. 2010).

Prioriteettien asettaminen edellyttää tehokasta hallintoa ja tämä saattaa edellyttää päätöksentekokulttuurin ja terveystalouden muutosta sekä vaatii johtajien, palveluntarjoajien, yhteisöjen, kuluttajien ja muiden sidosryhmien sitoutumista. Terveystalouden organisaation epävakaus hankaloittaa prioriteettien asettamisprosessia, koska pitkän aikavälin suunnittelustrategia voi olla epäohjelmallista. (Peacock ym. 2010.)

Prioriteetteja asetettaessa tarkastellaan, missä määrin tunnistettuun tarpeeseen voidaan vastata. Terveydenhuollossa priorisointi voi perustua esimerkiksi seuraaviin kriteereihin: terveysongelman aiheuttama raskaus, tautitaakka, oikeudenmukaisuus, kustannukset, reagointikyky, tehokkuus ja hyväksyttävyyys. Yhteiskunnassa priorisoinnin asettamiseen voi vaikuttaa myös muita olennaisiksi koettavia kriteerejä, jotka heijastavat yhteiskunnan kulttuuria, historiaa ja tavoitteita. (Terwindt ym. 2016.) Prioriteettien asettaminen tehdään pääasiallisesti tilanneanalyysin ja keskustelujen jälkeen. Myös kansalaiset toimivat päätöksentekijöinä priorisoinnissa. Prioriteettien asettaminen ei ole pelkästään taloudellisten resurssien kohdentamista, vaan myös vastaus kansalaisten arvovalintojen, kysynnän ja tarpeiden perusteella. (Terwindt ym. 2016.)

Tässä kandidaatintutkielmassa ei käsitellä terveydenhuollon priorisointia pelkästään rajatusta yksittäisestä näkökulmasta kuten esimerkiksi politiikan, yksittäisen sairauden, raskauden, etnisen ryhmän, farmakologian tai sukupuolen näkökulmasta. Tässä kandidaatintutkielmassa priorisoinnilla tarkoitetaan laaja-alaista terveydenhuollon hallinnon resurssien jakamiseen sekä painopisteiden asettamiseen liittyvää päätöksentekoa.

2.3 Periaate

Cambridge Dictionary määrittelee periaatteen perusajatuksiksi tai säännöksi, joka selittää tai ohjaa miten jokin asia toimii tai tapahtuu (Cambridge Dictionary 2024). Oxford Learners Dictionary 2024 kuvaa periaatteen moraalisenä sääntönä, vahvana uskomuksena, lakina, sääntönä tai teoriana, joka vaikuttaa toimintaan tai uskomuksena, joka hyväksytään syyksi toimia tai ajatella tietyllä tavalla (Oxford Learners Dictionary 2024). Periaate on moraalinen sääntö tai uskomus, joka auttaa tunnistamaan oikean ja väärän. Periaate voi olla myös perustotuus tai teoria, miten joku toimii tai miksi jokin asia tapahtuu. (Encyclopedia Britannica 2024; The Britannica Dictionary 2024.).

Harris ym. (2017) määrittelevät periaatteen olevan järjestelmässä toivottavia tai olennaisia perusominaisuuksia tai -elementtejä. Kirjallisuudesta ja julkaisuista Harris ym. kumppaneineen tunnistivat terveydenhuollon päätöksenteon periaatteille kahdeksan kategoriaa: rajat, hallinto, rakenteet, etiikka, prosessit, sidosryhmien osallistuminen, resurssit ja edellytykset. (Harris ym. 2017.)

Kirjallisuudessa esiintyy toistuvasti periaatteen käsitteen yhteydessä termi kriteeri. Peacock (2010) kuvaa periaatteen ja kriteerin eron seuraavasti: periaatteet ovat tavoitteita ja kriteerit ovat standardeja, joiden avulla vaihtoehtoisia interventioita arvioidaan (Peacock 2010). Cambridge Dictionary määrittelee yhtenevästi kriteerin standardiksi, jonka mukaan jotain arvioidaan, päätetään ja käsitellään (Cambridge dictionary 2024).

Tässä kandidaatintutkielmassa periaatteella tarkoitetaan niitä terveydenhuollon hallinnon sääntöjä tai ohjeita, joiden taustalla ovat hallinnossa yleisellä tasolla muotoillut priorisointimenetelmien ja -päätösten periaatteet ja joita hallinnossa virallisesti kuvataan ”priorisoinnin periaatteina”.

2.4 Päätöksenteko

Päätöksenteko on prosessi, jossa tehdään valintoja, erityisesti tärkeitä valintoja (Cambridge Dictionary 2024; Päätöksenteon prosessissa yksilö, ryhmä tai organisaatio muodostavat johtopäätöksiä, mitä toimia kannattaa toteuttaa huomioiden tavoitteet ja käytettävissä olevat resurssit. Päätöksenteko on toistuva tehtävä, jossa määritellään ongelma, kerätään tietoa, tehdään johtopäätöksiä ja opitaan kokemuksista. (Schumach & Russo, 2018.) Päätöksenteon avaintekijöitä ovat vaihtoehtoja koskevan tiedon laatu ja yksilölliset mieltymykset, kuitenkin pelkästään näyttö tai tieto eivät kuitenkaan muodosta päätöstä, vaan myös käytössä olevat voimavarat, arvot ja etiikka vaikuttavat (Kaila & Lohiniva-Kerkelä 2020, Nitta, 2024).

Harris ym. mukaan terveydenhuoltojärjestelmän sektoreilla toimii organisatorisesti päätöksentekojärjestelmä, jossa nimetyt komiteat, paneelit tai henkilöt heille annetuilla valtuuksilla tekevät päätöksiä yksittäisen laitoksen tai oikeudellisen lainkäyttöalueen, kuten esimerkiksi hyvinvointialueen tai kunnan puolesta. Tehtävät päätökset voidaan jaotella rutiininomaisiin, reaktiivisiin tai ennakoiviin päätöksiin: rutiinipäätöksiä tehdään säännönmukaisesti, reaktiiviset päätökset vastaavat syntyneisiin tilanteisiin ja ennakoiva päätöksenteko etsii tietoa terveydenhuollon parantamiseksi. (Harris ym. 2017.)

Ideaalimalleissa päätöksentekoprosessi kuvataan usein jatkumona, jossa vaiheet seuraavat toisiaan: ongelman määrittely, tiedon koonti ja tulkinta, päätöksen tekeminen sekä toimeenpaneminen. Todellisuudessa päätöksenteon vaiheet risteävät ja limittyvät keskenään. (Sitra 2024.) Priorisointi on dynaaminen päätöksentekoprosessi, organisaatioilla on sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteita kaikilla päätöksentekohierarkian tasoilla (Peacock ym. 2010).

Terveydenhuollon organisaatioiden päätöksentekoprosesseissa on vaihtelua missä ja miten sekä ketkä päätökset tekevät. Ryhmät ja yksilöt tekevät päätöksiä tietyin edellytyksin, ja paikallisten edellytysten tunnistaminen on hyödyllistä. Päätöksentekoprosessin perusta on sidosryhmien osallistuminen ja sitoutuminen päätöksentekoon, sitoutuminen edistää muutosten toimeenpanoa. Terveydenhuollon organisaatioiden politiikassa, hallinnossa tai kliinisessä yhteydessä voidaan tavoitella teoreettista viitekehystä ohjaamaan päätöksentekoprosessissa. (Harris ym. 2017.)

Päätöksenteossa voidaan käyttää apuna asiantuntijapaneelia, joka arvioi esitettyjä vaihtoehtoja huomioiden näytöt, paikalliset tiedot sekä asiantuntijoiden lausunnot. Asiantuntijapaneeli voi

määritellä päätöksenteon tavoitteet hyödyntämällä kirjallisuutta, alueellisia ja kansallisia poliittisia ohjeita sekä yhteisön arvoja. Asiantuntijapaneeli voi muodostua palveluiden käyttäjistä ja yleisön edustajista, jotka määrittelevät päätöksenteon kriteerejä ja varmistavat erityisryhmien tarpeiden huomioimisen päätöksenteossa. (Peacock ym. 2010.) Jaettu päätöksenteko on kaikkia osallistava lähestymistapa päätöksentekoon. Jaetussa päätöksenteossa palveluntarjoajat ja potilaat yhdessä tekevät terveydenhuoltoa koskevia päätöksiä vallitsevan holhoavan päätöksentekomallin sijaan. Jaetun päätöksenteon on kirjallisuudessa todettu johtavan parempiin potilastuloksiin sekä rajallisten terveydenhuollon resurssien tehokkaampaan käyttöön. (Guirguis ym. 2021.)

Tässä kandidaatintutkielmassa näkökulmana päätöksentekoon on terveydenhuollon hallinto. Tutkielmassa tarkastellaan terveydenhuollon priorisoinnin päätöksentekoa makro- eli valtakunnan tason sekä meso -eli alueellisen tason näkökulmasta.

3 Tutkielman tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata, millaisia periaatteita terveydenhuollon hallinnossa käytetään priorisoinnin päätöksenteossa. Tutkielman tavoitteena on tunnistaa ja kategoroida terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteossa käytössä olevia periaatteita kotimaisesta ja kansainvälisestä kirjallisuudesta sekä tutkimusartikkeleista.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millaista tutkimusta on tehty terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon periaatteista?
2. Millaisia periaatteita käytetään terveydenhuollon hallinnossa priorisointia koskevassa päätöksenteossa?

4 Tutkielman toteutus

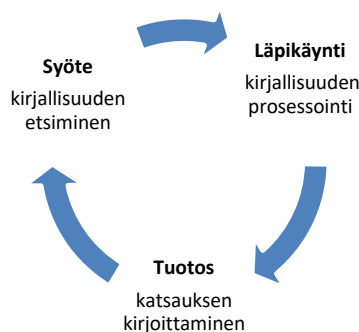
4.1 Integitatiivinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Tämän kandidaatintutkielman menetelmänä oli kuvaileva integitatiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on kuvata ja kertoa monipuolisesti terveydenhuollon hallinnon priorisointipäätöksiin liittyviä periaatteita ja niihin liittyvää aiempaa tutkimusta. Kuvaileva, integitatiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii ymmärtämään kuvattavaa ilmiötä aineiston pohjalta. Kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkimuskysymykseen tuottaen laadullisen, kuvailevan vastauksen tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksenasettelu tulee olla aiheeseen nähden merkityksellinen ja laajuudeltaan sopiva, jotta siihen voi vastata kirjallisuuden avulla. (Niela-Vilén & Hamari 2016.) Integitatiivinen kirjallisuuskatsaus johdattaa tarkastelemaan, kriittisesti arvioimaan ja syntetisoimaan kirjallisuutta, ollen näin järkevä tapa tuottaa uutta tietoa jo aiemmin tutkitusta aiheesta (Suhonen ym. 2016).

Integitatiivinen katsaus tarkastelee laajasti kiinnostuksen kohteena olevaa ilmiötä, mahdollistaen monipuolisen teoreettisen ja metodologisen kirjallisuuden käyttämisen katsauksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Integitatiivinen kirjallisuuskatsaus käyttää systemaattista prosessia valittujen tutkimusten tunnistamiseen, analysoimiseen, arvioimiseen ja syntetisoimiseen, mutta ei sisällä tilastollisia synteesimenetelmiä. Integitatiivinen kirjallisuuskatsaus syntetisoi ja muodostaa johtopäätöksiä eri lähteistä ja antaa arvioijalle mahdollisuuden muodostaa kokonaisvaltaisen käsityksen tietystä ilmiöstä. (Toronto & Remington, 2020.)

Kirjallisuuskatsaus on tulkitseva, organisoitu esitys siitä, mitä tutkimuksen tekijä on lukenut ja tavoitteena on löytää uusin, relevantein tieto tietystä ilmiöstä. (Gray & Grove, 2021). Kirjallisuuskatsauksessa lähteet luetaan, arvioidaan kriittisesti, analysoidaan ja muodostetaan synteesi kirjalliseksi katsaukseksi. Huolellinen kirjallisuushaku ja analysointi voivat tuottaa uuden näkökulman, jonka voi tunnistaa vain kirjallisuuden kokonaistarkasteluna ja jokainen olennainen tieto liittyy tiedon kokonaisuuteen. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitetään mitä tutkimuksia on aiemmin tehty ja yhdistetään aiempia tietoja päällekkäisyyksiä välttämällä sekä havaitaan tiedon aukkoja. (Gray & Grove, 2021). Integitatiivisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimusongelman muodostaminen (tarkoitus ja tutkimuskysymykset), kirjallisuushaku, datan arviointivaihe (metodologinen laatu ja relevanssin arviointi) data-

analyysivaihe (abstraktio, vertailu, synteesi) ja esittelyvaihe (löydösten tulkinta, vaikutus tutkimuksen ja käytäntöön sekä katsauksen rajoitukset) (Toronto & Remington, 2020). Gray & Grove (2021) kuvaavat kirjallisuuskatsauksen olevat iteratiivinen prosessi, jossa vaiheiden välillä siirrytään edestakaisin laajentaen, täydentäen ja selkeyttäen kirjallista katsausta (Kuvio 2.) (Gray & Grove 2021).



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen systeemimalli (mukaillen Gray ja Grove 2021). Sisältö kuvattu edeltävässä tekstissä

4.2 Katsauksen toteutus: tiedonhaku ja aineiston valinta

Katsauksen tiedonhaun rajaamiseksi asetettiin täsmälliset alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Valintakriteerit pohjautuivat aihepiiriin perehtymiseen ja tarkoituksen mukaisten tutkimuskysymyksien muodostamiseen (Whittemore & Knafl, 2005). Alla taulukoissa 1 ja 2 ovat kuvattuna sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Taulukot 1 ja 2).

Taulukko 1. Tutkimuksen sisäänottokriteerit

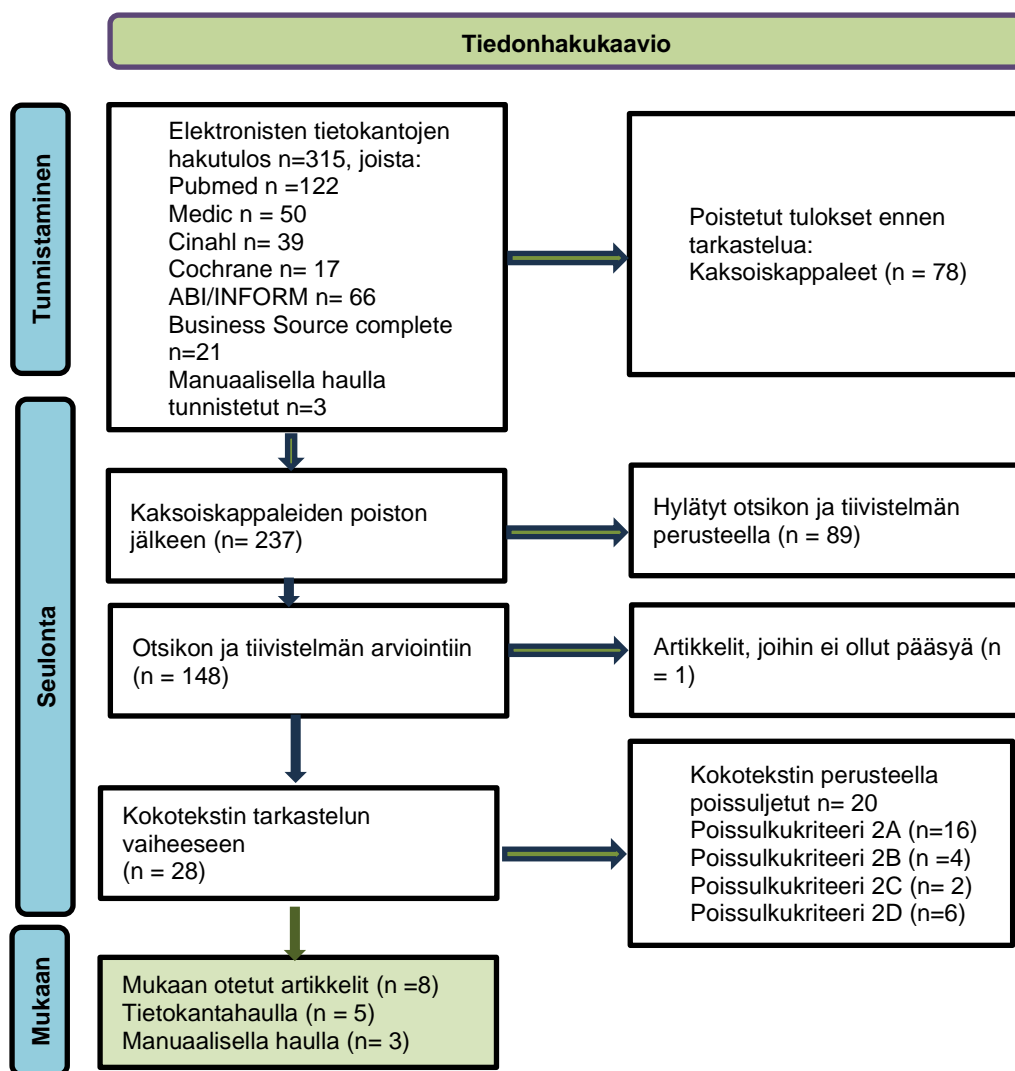
1 Sisäänottokriteeri	
1A	Tutkimus käsittelee terveydenhuoltoalaa
1B	Tutkimuksessa käsitellään terveydenhuollon päätöksenteon priorisointia
1C	Tutkimus on vertaisarvioitu, suomen- tai englanninkielinen
1D	Tutkimus on saatavana maksuttomasti kokotekstinä
1E	Tutkimus kuvaa terveydenhuollon hallinnon tai johdon päätöksen tekoa

Taulukko 2. Tutkimuksen poissulkukriteerit

2 Poissulkukriteerit	
2A	Tutkimuksessa käsitellään terveydenhuollon priorisointia pelkästään rajatusta näkökulmasta politiikan, yksittäisen sairauden, raskauden, etnisen ryhmän, farmalogian tai sukupuolen näkökulmasta
2B	Tutkimus käsittelee priorisoinnin päätöksentekoa pelkästään talousnäkökulmasta
2C	Tutkimus kuvaa pelkästään päätöksentekoon suunniteltuja ICT –ohjelmistoja tai ohjelmistojen käyttökokemuksia
2d	Tutkimus on katsaus

Tutkielman aineiston keräämisen alussa määriteltiin aihepiirin tutkielman keskeiset asiasanat ja käsitteet kirjallisuuteen tutustumalla. Keskeiset käsitteet ohjasivat tiedonhaun suunnittelua tietokantojen avulla. Keskeiset käsitteet ovat suomeksi terveydenhuolto, priorisointi, päätöksenteko, periaate sekä hallinto ja englanniksi ”health care”, ”healthcare”, ”healthcare Service”, ”priorization”, priorisation, ”policy making”, ”desicion making”, ”management”, ”administration”, leader, ”principle”. Käsitteitä yhdistäen laadittiin eri tietokantoihin soveltuvat hakulausekkeet Turun yliopiston kirjaston informaattikkojen ohjeistuksen mukaisesti.

Tutkimuskysymykset ohjasivat tiedonhakuprosessia, ja tietokantoihin tehtyjen kokeellisten hakujen avulla selvitettiin, minkälaista tutkimuskirjallisuutta sekä artikkeleita on aihepiiristä aiemmin julkaistu. Varsinainen tiedonhaku toteutettiin hoitotieteellisiä sekä kauppatieteellisiä tietokantoja hyödyntäen helmi-maaliskuussa 2024. Käytetyt tietokannat olivat Cinahl, PubMed, Cochrane, Mediq, ABI/INFORM, ja Business source complete. Tietokannoista saatujen tutkimusartikkeleiden lähdeluetteloja hyödynnettiin manuaalisessa tiedonhaussa. Tiedonhaun prosessi on kuvattuna kuviossa 3, tiedonhaku mukaillen Prisma Flow Diagrammia. (Kuvio3).



Kuvio 3. Tiedonhaku mukaillen Prisma Flow diagrammia (Page ym. 2021)

4.3 Aineiston laadunarviointi

Alkuperäistutkimusten ja niissä käytettyjen menetelmien laadun arvioinnilla lisätään kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Avoimuus ja johdonmukaisuus ovat keskeistä katsaukseen sisältyvien tutkimusten arvioinnissa (Toronto & Remington 2020.) Tutkimusartikkelien arvioinnilla saadaan tietoa artikkelin raportin kokonaisuudesta, kliinisestä merkittävyydestä, pätevyydestä ja yleistettävyydestä (Lemetti & Ylönen. 2016). Tutkimusmenetelmien laadun arviointiin on erilaisia kriteeristöjä eri tutkimusmenetelmille. Integriivisessä katsauksessa suositellaan käytettäväksi alkuperäistutkimusten tutkimusmenetelmien mukaisia arviointikriteerejä: määrällisille, laadullisille tai monimenetelmä-tutkimuksille suunniteltuja kriteerejä. (Niela-Vilen & Hamari 2016)

Tähän tutkimukseen valittujen tutkimusartikkelien laadun arvioinnissa käytettiin Hong ym. (2018) kehittämää MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) arviointikriteeristöä (liite 3.). MMAT arviointikriteeristöllä voidaan järjestelmällisesti ja objektiivisesti arvioida tutkimuksia. MMAT-työkalun avulla voidaan arvioida kvantitatiivisia, kvalitatiivisia ja monimenetelmällisesti tehtyjä tutkimuksia. (Hong ym., 2018.) Tutkimusasetelmien mukaisesti valittiin tutkimuksiin soveltuvat arviointikriteerit. (Niela-Vilén & Hamari 2016.)

MMAT-työkalun ensimmäisessä vaiheessa seulontakysymyksien avulla varmistetaan, onko kyseessä empiirinen tutkimus. Lähtötietona arvioidaan ovatko tutkimuskysymykset selkeästi esitetty ja mahdollistaako aineisto tutkimuskysymyksiin vastaamisen. Mikäli vastaus molempiin tai toiseen seulontakysymykseen on kielteinen tai jää epäselväksi, tulos voi olla osoitus siitä, että kyseessä ei ole empiirinen tutkimus ja tutkimuksen poissulkua tulee pohtia. Kukin artikkeli kategorisoitiin MMAT- työkalun mukaisesti kategorioihin: 1. Qualitative 2. Quantitative randomized controlled tai 5. mixed methods. (Pluye ym. 2011.)

Pisteidenlaskussa huomioitiin tutkimusmenetelmäkohtaiset kysymykset, ”Kyllä” -vastauksista sai yhden pisteen ja pisteytettiin asteikolla 0–5/5. Laadunarvioinnin perusteella todettiin, että kaikki katsaukseen valitut artikkelit olivat laadukkaita, vaihtelua esiintyi jonkin verran.

Valittujen alkuperäisartikkelien laatuasteet esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Valittujen artikkelien laatuarvointitaulukko

Alkeperäisartikkelit julkaisuvuoden mukaan	Tutkimuksen laatuasteet
1998 Kinnunen, J., Lammintakanen, J., Myllykangas, M., Rynänen, O.-P., & Takala, J.	4/5
2007 Menon, D., Stafinski, T., & Martin, D.	5/5
2007 Waldau, S.	5/5
2009 Sibbald, S. L., Singer, P. A., Upshur, R., & Martin, D. K.	5/5
2012 Mirelman, A., Mentzakis, E., Kinter, E., Paolucci, F., Fordham, R., Ozawa, S., ... Niessen, L. W.	5/5
2013 Tanios, N., Wagner, M., Tony, M., Baltussen, R., van Til, J., Rindress, D., Kind, P., & Goetghebeur, M.	4/5
2015 Hardy, A., Nevin-Woods, C., Proud, s-, Browson, R.	5/5
2015 Waldau, S.	4/5

4.4 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineiston analysoinnilla kuvattiin terveydenhuollon hallinnon priorisointiin liittyviä päätöksenteon periaatteita.

Sisällönanalyysi melko yksinkertaisena metodina soveltuu kokemattomalle tutkijalle aineiston analysoimiseen ja mahdollistaa varsin laadukkaan analyysin tuottamisen (Tuomi & Sarajärvi 2018). Gray & Grove (2021) kuvaavat sisällönanalyysin laadulliseksi analyysimetodiksi, jossa aineiston tekstin sanat luokitellaan toistuvien ajatusten tai ajatusmallien mukaan. Kirjallisuuskatsauksen synteesissä lähteistä saatujen asiakokonaisuuksien integroimisella voidaan yhdistellä useiden lähteiden ideoita henkilökohtaisen kokonaisnäkömyksen kehittämiseksi. (Gray & Grove 2021.)

Aineiston analyysi on tutkimuksen vaiheista se, mihin alusta saakka tähdätään ja on siten tutkimuksen ydintä. Materiaaliin tutustutaan tarkasti, ja laadullista tutkimusta tehdessä analyysiä saatetaan tehdä koko ajan aineiston keruun rinnalla, sillä prosessi ei ole välttämättä lineaarinen, kuten määrällisessä tutkimuksessa. (Hirsjärvi 2012). Aineiston valinnassa ja analyysissä tarkastellaan aineistolähtöisesti alkuperäistutkimuksia, ymmärtämiseen pyrkien ja tutkimuskysymyksiin vastauksia hakien (Kangasniemi ym. 2013).

Kirjallisuuskatsauksessa tutkija esittää synteesin tutkimusten tuloksista, huomioiden ristiriitaisuudet ja epävarmuustekijät sekä tutkimuksien erot että samankaltaisuudet. Samalla tunnistetaan aihepiirin lisätutkimustarpeita. Kirjallisuuskatsaus esittää yhteenvedon ja johtopäätöksen aihepiirin kirjallisuuden tutkimuksen tuloksista. Eettisen normiston mukaisesti tutkijan on esitettävä sisältö rehellisesti, oman mielipiteensä ja objektiivisuutensa tunnistaen. (Gray & Grove 2021.)

Tässä kandidaatintutkielmassa jo aineistoa kerätessä tutustuttiin tarkasti analyysia tehden aineiston teksteihin, luokitellen toistuvat ajatusmallit ja teemat. Artikkeliteksteistä tunnistetuista tekstiteemoista muodostettiin integroimalla kokonaiskuva terveydenhuollon päätöksentekoa ohjaavista periaatteista. Terveydenhuollon makro-, meso-, ja mikrotason priorisoinnin päätöksenteosta tunnistettiin useita periaatteita ja kriteereitä. Tässä kandidaatintutkielmassa huomio kohdistettiin makro- ja mesotason päätöksentekoa ohjaaviin periaatteisiin ja kriteereihin.

5 Tutkielman tulokset

Tässä luvussa esitetään kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset. Tulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Osiossa 5.1 kuvataan kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimuksiksi valitut aihepiirin aiemmat tutkimukset. Tällä pyritään vastaamaan tutkimuskysymykseen yksi. Osiossa 5.2 vastataan toiseen tutkimuskysymykseen kuvaamalla sisällön analyysin kautta, millaisia periaatteita terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteosta tutkimuksissa ilmenee.

5.1 Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon tutkimukset

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valittiin aihepiirin käsitteistön mukaisesti sisään -ja poissulkukriteerien avulla kahdeksan (8) tutkimusartikkelia. Valitut artikkelit oli julkaistu seuraavina vuosina: 1998, 2007, 2007, 2009, 2012, 2013, 2015 ja 2015. Alkuperäisartikkelit ovat julkaistu kaksi Alankomaassa (n= 2), yksi Iso-Britanniassa (n=1), yksi Kanadassa (n=2), kaksi Yhdysvalloissa (n=3). Kaikki kirjallisuuskatsauksen alkuperäisartikkelit olivat englanninkielisiä. Tutkimuksien osallistujamäärät vaihtelivat 7–3830 välillä. Tutkimuksista oli kvalitatiivisia yksi (n=2), kvantitatiivisia kaksi (n=2) ja neljä tutkimusta oli monimenetelmällistä (mixed method, n=2; kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen, n=2).

Liitteessä 2 esitetään kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tieteelliset artikkelit ja niiden tekijät, tutkimuksien tarkoitus ja tavoitteet, tutkimusmenetelmät sekä keskeiset tulokset. (Liite 2.). Kaikissa kahdeksassa (8) valitussa artikkelissa käsiteltiin terveydenhuollon priorisointipäätöksiä ohjaavia ja päätöksiin vaikuttavia tekijöitä, sekä päätöksenteon menetelmiä. Tutkimuksien kohderyhminä olivat eri organisaatioiden terveydenhuollon hallinnon päätöksentekijöitä, hoitohenkilökuntaa, kansalaisia sekä terveydenhuollon poliittisia päättäjiä.

5.2 Periaatteet terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteossa

Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkasteltiin alkuperäisartikkelien sisältöä terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon periaatteiden tunnistamiseksi. Terveydenhuollon makro-, meso-, ja mikrotason priorisoinnin päätöksenteossa tunnistettiin useita periaatteita ja kriteereitä. Tässä kappaleessa ensimmäisessä osiossa kuvataan alkuperäistutkimuksien pohjalta terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevaa päätöksentekoa. Kappaleen toisessa osiossa kuvataan aineistolähtöisen sisällönanalyysin kautta tunnistettuja terveydenhuollon priorisoinnin päätöksentekoon liittyviä periaatteita ja kriteerejä, keskittyen pääosin makro- ja mesotason päätöksentekoon.

5.2.1 Terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevan päätöksenteon kuvaus

Tutkimuksessa tunnistettiin terveydenhuollon kestävyyttä uhkaavan maailmanlaajuisesti lisääntyvä palvelutarve sekä kalliit innovatiiviset teknologiset menetelmät. Terveydenhuollon johto on avainasemassa priorisoinnissa: päätöksentekijöihin kohdistuvat suuret paineet priorisoinnin asianmukaisesta toteuttamisesta, sillä haasteena on palvelujen ja laadun ylläpitäminen pienillä kuluilla. Lisäksi haasteena on päätöksentekijöiden yksimielisyyden puute päätöksiä ohjaavista periaatteista. Prioriteettien asettaminen on haastavaa kaikilla terveydenhuollon päätöksenteon tasoilla (makro, meso-, ja mikro). Vuorovaikutus on melko vähäistä kolmen päätöksenteon tason välillä ja myös eri instituutioiden välillä. (Sibbald ym. 2009).

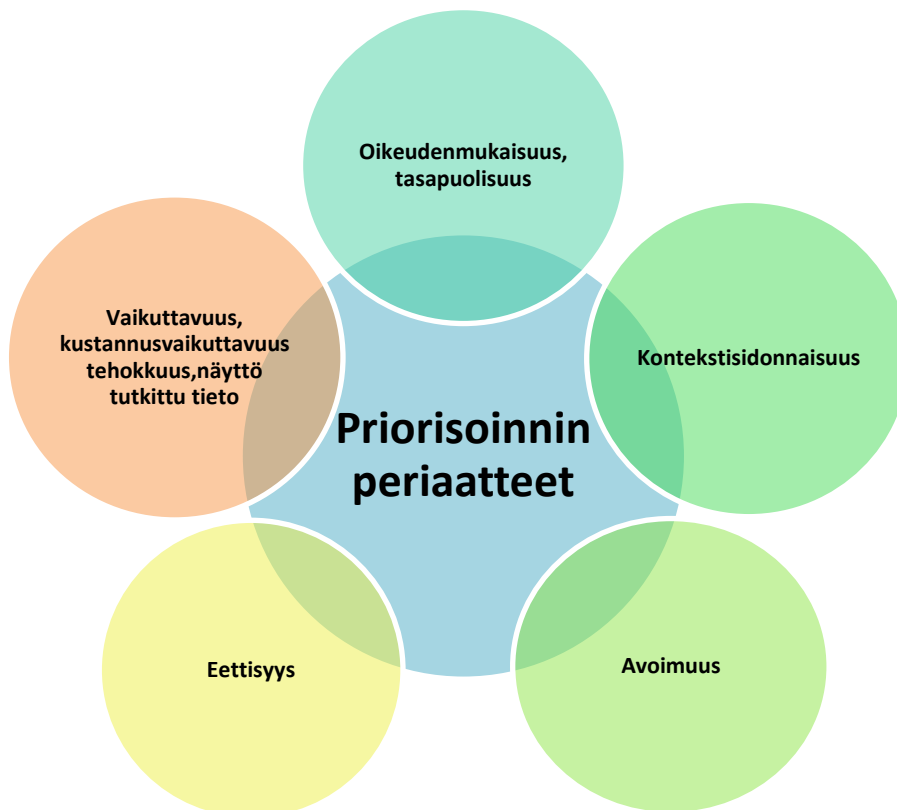
Tanios ym. 2013 toteavat 23 maassa toteutetussa tutkimuksessaan päätöksentekoon liittyviksi elementeiksi pohdinnan, näytön ja arvovalintojen. Päätöksenteossa tulisi tunnistaa avainkriteerit, joilla tavoitellaan terveyden parantamista, terveydenhuoltojärjestelmän kestävyyttä ja tasa-arvoisuutta sekä tehokkuutta. Tutkimuksessa tunnistettiin päätöksentekijöiden keskuudessa melko vahva yksimielisyys päätöksentekoon vaikuttavista kriteereistä, joihin kuuluvat kliininen tehokkuus ja vaikuttavuus, kustannustehokkuus, turvallisuus, näytön laatu sekä oikeudenmukaisuus yhdessä tasapuolisuuden kanssa. (Tanios ym. 2013). Priorisoinnin päätöksenteon aluksi tulisi tunnistaa velvoittavat eli normatiiviset kriteerit, joilla kuvataan mitä tulisi tehdä sekä määrittellä toteuttavuuden kriteerit eli mitä voidaan tehdä. Haasteeksi tunnistettiin kriteerien vaihtelevat määrittelyt, joka osoittaa tarpeen määrittellä käytettävät kriteerit tarkasti. Tutkimuksissa todetaan, että terveydenhuollon päätöksentekoprosessissa huomioidaan useita kriteereitä. Maailmanlaajuisen

terveydenhuollon priorisoinnin päätöksenteolle eri tasoilla on mahdollista kehittää yhteiset kriteerit, joita täydennetään alueellisesti asiayhteyden ja ympäristön mukaisesti. (Mirelman ym. 2012, Tanios ym. 2013).

Waldaun (2015) tutkimus osoitti terveydenhuolto-organisaatioille olevan ominaista monimutkaisen organisaatio sekä ristiriitaiset johtamisarvot ja tavoitteet. Perinteiset terveydenhuollon johtamis- ja tietojärjestelmät keskittyvät kustannusten hillitsemiseen, tuottavuuteen ja tasapuoliseen hoitoonpääsyyn. Priorisoinnissa keskipisteessä ovat prosessi ja tulos, sekä jakojärjestelmän oikeudenmukaisuus. Avoin priorisointi edellyttää johtamisjärjestelmän osapuolien yhteistyötä ja luottamusta. (Waldau 2015.)

5.2.2 Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon periaatteita

Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimusartikkeleista tunnistettiin aineistolähtöisen sisällön analyysin kautta seuraavat periaatteet ja kriteerit: oikeudenmukaisuus, kontekstisidonnaisuus, avoimuus, eettisyys sekä vaikuttavuus, sisältäen kustannusvaikuttavuuden, tehokkuuden, tutkitun tiedon sekä näytön. Tunnistetut periaatteet esitetään kuviossa 4.(Kuvio 3.)



Kuvio 4. Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon periaatteet. Sisältö on kerrottu edeltävässä tekstissä.

Oikeudenmukaisuus ja tasapuolisuus

Tutkimuksista tunnistettiin priorisointiin liittyvän oikeudenmukaisuuden periaatteen, sisältäen myös tasapuolisuuden. Tutkimuksissa todetaan terveydenhuollon oikeudenmukaisen ja laillisen prioriteettien asettamisen edellyttävän läpinäkyvyyttä, tavoitteen asianmukaisuutta, uudelleen tarkasteltavuutta eli muutoksenhakumahdollisuutta, sekä täytäntöönpanon varmistamista. (Waldau, 2015). Menon ym. (2007) kuvaavat priorisoinnin päätöksentekoprosessiin kuuluvan terveystarpeiden tunnistamisen, koko prosessin ajan käynnissä olevan avoimen keskustelun kansalaisten ja päätöksentekijöiden välillä, sekä päätöksistä tehtyihin valituksiin vastaamisen (Menon ym. 2007).

Terveydenhuollon priorisoinnin asettamiselta on kohtuullista odottaa oikeudenmukaisuutta kontekstista riippumatta. Terveydenhuollon priorisoinnin päätöksenteon oikeudenmukaisuutta on pyritty varmistamaan vastuu kohtuullisuudesta- viitekehyksellä (A4R). Vastuu kohtuullisuudesta- viitekehyksen mukaan päätökset tulisi tehdä sellaisen näytön, periaatteiden, arvojen ja perustelujen perusteella, joiden kaikki sidosryhmät kokevat olevan merkityksellisiä kyseisissä olosuhteissa. Vastuu kohtuullisuudesta -periaate vaatii prioriteettien oikeudenmukaiselta asettamiselta seuraavien edellytysten toteutumista: julkisuus, asiaankuuluvuus, uudelleentarkasteltavuutta sekä täytäntöönpanoa. (Tanios ym. 2013, Waldau 2015.) Vastuu kohtuullisuudesta-periaate on tunnistettu kansainvälisesti keinoksi lisätä oikeudenmukaisuutta ja hyväksyttävyyttä terveydenhuollon priorisointipäätöksissä (Menon ym. 2007). Painopisteiden asettamisessa huomion keskipisteessä ovat prosessi ja tulos, sekä jakojärjestelmän oikeudenmukaisuus (Waldau 2015). Oikeudenmukaisuuden toteuttamiseksi koetaan tärkeäksi toimien kohdentaminen eniten hyötyville sekä haavoittuvassa asemassa oleville väestöryhmille (Tanios ym 2013).

Kontekstisidonnaisuus eli tilannesidonnaisuus

Terveydenhuollon priorisoinnille tarvitaan sekä kansalliset että paikalliset periaatteet. Sosiaalisten arvojen muodollinen sisällyttäminen kansalliseen politiikkaan voi ohjata suositusten paikallista soveltamista, ja johtaa alueelliseen vaihteluun terveyspalvelujen tarjonnassa. Paikallisten arvojen tuntemus edistää myös kansainvälisten terveysohjelmien toteuttamista. (Mirelman ym.2012.) Tanios ym. (2013) toteavat tutkimuksessaan viitteitä siitä, että terveydenhuollossa on olemassa yhteisiä päätöksentekokriteerejä ja eroavaisuudet liittyvät taustatekijöihin, kuten kulttuurieroihin (Tanios ym. 2013).

Kinnunen ym. (1998) totesivat ettei prioriteetit ole vakaita, paikallinen päätöksenteko huomioi alueelliset tarpeet, usein impulsiivisesti ja ilman eettistä pohdintaa. Poliitiikan värittämässä prioriteettien asettamisessa päätöksentekijät ovat taipuvaisia ajattelemaan joko itsekkäällä tavalla tai pohtivat lyhytaikaisia hyötyjä pitkän strategisen tähtäimen sijaan. Esimerkkinä mainitaan terveystkasvatus/ennaltaehkäisy tai ympäristöterveydenhuolto todettiin hyväksytyimpinä supistuskohteina. (Kinnunen ym. 1998.)

Prioriteettien asettamien edellyttää monien arvojen välistä harkintaa ja koska hallitsevista arvoista ollaan eri mieltä, päätöksentekijöiden on turvaututtava kontekstikohtaisiin sopimuksiin, jotta prioriteetteja voidaan asettaa (Sibbald ym. 2009). Hardy ym. (2015) tutkimuksessaan totesivat paikallisen, organisaation ja yksikön ilmapiirin sekä kulttuurin vaikuttavan näyttöön perustuvan päätöksenteon eli evidence based decision making (EBDM)-viitekehysten hyödyntämiseen terveydenhuollossa. EBDM-viitekehys voi tarjota puitteet kriittisten haasteiden ratkaisemiseksi, kuten prioriteettien asettaminen tai resurssien tehokas käyttö. (Hardy ym. 2015.) Waldau (2007) tunnisti strategioihin vaikuttavia kulttuurisia piirteitä terveydenhuollonorganisaatioissa. Esimerkkinä kulttuurinen ja eettinen kuilu lääketieteellisessä, poliittisessa ja hallinnollisissa järjestelmissä. (Waldau 2007)

Tanios ym (2013) tutkimuksen tulokset viittaavat merkittävään kansainväliseen yhteisymmärrykseen päätöksentekijöiden keskuudessa siitä, että keskeiset normatiiviset ja toteutettavuuteen liittyvät kysymykset ovat tärkeitä. Päätöksentekoprosessissa tulisi ottaa huomioon useampia kriteerejä. Eroavaisuudet näyttävät liittyvän pääasiassa asiayhteyteen (kontekstisidonnaisuus), koska ne eivät ole aina samat. (Tanios ym. 2013.)

Avoimuus

Julkisuudelle avoin päätöksenteko terveydenhuollon resurssien jakamisesta perustuu eettisiin periaatteisiin, ihmisarvoon, tarpeiden, solidaarisuuden sekä kustannustehokkuuden periaatteisiin. Avoimuuden vaatimukset täyttävä priorisointiprosessi johtaa päätöksiin, jotka perustuvat lääketieteellisiin näyttöihin ja eettisiin periaatteisiin ollen myös avoin julkiselle valvonnalle. (Waldau, 2007). Terveydenhuollon priorisoinnin valinnat eivät ole avoimesti perusteltuja ja tarve julkiselle keskustelulle on tunnistettu. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä paikallisilla viranomaisilla, poliitikoilla ja virkamiehillä on vahva asema terveydenhuollon päätöksenteossa. (Kinnunen ym. 1998).

Jokaisella terveydenhuollon päätöksenteon tasolla päätöksentekijöiden on oltava tietoisia kriteereistä omalla tasollaan (makro-, meso- tai mikrotaso), sekä myös muiden päätöksenteon tasojen kannalta tärkeistä kriteereistä, esimerkiksi budjettivaikutuksista seuraaville tasoille. Mikäli päätöksenteko ei ole läpinäkyvää, saattaa aiheutua jännitteitä eri päätöksenteon tasojen välille. Terveydenhuollon päätöksenteon prosessissa on huomioitava sidosryhmien paineet lisäämällä prosessin läpinäkyvyyttä ja pyrkiä puolueellisuuden minimoimiseen. Rajalliset resurssit lisäävät paineita päätöksenteossa ja näytön merkityksen arvioinnissa. (Kinnunen ym. 1998, Tanios ym. 2013.) Kliininen priorisoinnin päätöksenteko on usein piilossa, ollen kuitenkin osa terveydenhuollon organisaatiokulttuuria. Päätökset hoitomenetelmistä tehdään yksiköissä potilastasolla (Waldau 2007).

Avoin priorisointi on tarkoituksellinen ja suunniteltu uudistus, joka vaatii hallinnon ja johdon vahvaa sitoutumista. Priorisointipäätösten tekeminen edellyttää hallintotavoitteiden ja -järjestelmien huolellista tarkastelua ja instituutioiden uudelleenmuotoilua. Kehityksen kannalta on tärkeää tutkia millä tavoin priorisointi voidaan integroida osaksi instituutioita. (Waldau 2015.)

Tutkimuksen mukaan avoimuuden näkökulmasta kansalaiset osallistuivat päätöksenteon prosessissa vain terveydenhuollon tarpeiden arviointiin ja painopisteiden määrittelyyn. Se, missä määrin kansalaiset tulisi ottaa mukaan painopisteiden asettamiseen edellyttää huolellista harkintaa. On myös pohdittava, missä määrin on tarkoituksenmukaista päätöksenteossa käyttää standardoitua priorisointiprosessia, jossa määritellään tarkasti huomioon otettavat asiat ja niiden laajuus. Kaikki päätökset eivät aina vaadi tieteellistä tai kliinistä tarkastelua. Tavoitteeksi tulisi ottaa sellaiset toimintamallit, joilla varmistetaan, että kaikkien uusien palveluiden ja perusteiden rahoituspäätökset julkaistaan sekä painetuissa että sähköisissä tiedotusvälineissä. (Menon ym. 2007.) Priorisoinnin päätöksentekoon liittyy prosessiin integroitu, hallittu viestintästrategia (Waldau 2015, Sibbald 2009). Kansallisen ja paikallistason päätöksenteon kriteerien ja arvojen läpinäkyvemmäksi tekeminen voisi edistää terveystulosten saavuttamista (Mirelman ym. 2012).

Terveydenhuollon priorisoinnin valintojen takana olevat perustelut eivät ole avoimia, eli on selkeä tarve perustella ja julkisesti keskustella. Tutkimuksen mukaan keskustelu on haastavaa filosofisesti ja eettisesti, vaikka teorian tasolla prioriteetit ovat hyväksytyt avainhenkilöryhmissä: poliitikot, lääkärit, hoitajat ja yleisö pyrkivät välttämään vastuutaan päätöksistä. Skandinaavisessa järjestelmässä poliittiset päätöksentekijät ovat kahdessa

roolissa: hankkijana (verotus, vakuutukset, säännöstö ja ohjaus) sekä palvelun tarjoajana (terveydenhuoltojärjestelmän rakenne, resurssien kohdentaminen ja seuranta). (Kinnunen 1998.)

Waldaun (2007) mukaan priorisointityö on henkilökohtainen johtamistehtävä, ei poliitikkojen vastuulla. Horisontaalinen priorisointi (terveydenhuollon osa-alueiden välillä) edellyttää tietoja resurssien käytöstä paikallisella ja potilasryhmätasolla. Tietojen saaminen vaatii organisatorista rakennetta tiedon saamiseksi sekä avointa priorisoinnin päätöksentekoa. Priorisointikeskustelua käydään eri tasoilla: makrotason poliittinen päätöksenteko sovittelee resurssit yhteiskunnallisella tasolla. Mesotasolla toimii terveydenhuollon hallinto-organisaatio ja mikrotasolla toteutetaan yksilöllistä kliinistä päätöksentekoa. (Waldau 2007.)

Eettisyys

Sibbald ym. (2009) kuvailevat prioriteettien asettamisen monimutkaiseksi, pohjimmiltaan eettiseksi kysymykseksi, jossa valinta on tehtävä kilpailevien arvojen välillä. Tieteenaloilla on omat näkemyksensä, miten priorisoinnin tulisi tapahtua ja millainen on hyvä tulos onnistunut prioriteettien asettaminen tehokkuuden, oikeudenmukaisuuden tai muiden arvojen kautta. (Sibbald ym.2009.) Terveystaloustiede tarkastelee priorisointipäätöksiä tehokkuuden kautta, poliittiset näkökulmat oikeutuksen kautta ja näyttöön perustuva lääketiede vaikuttavuuden kautta. Etiikka priorisoinnin osatekijänä opastaa, pohtii ja yhdistää rutiinit organisaatiokulttuuriin. Ruotsissa parlamentaarisella päätöksellä terveydenhuoltolailla priorisoinnille laadittu etiikkaperusteinen malli ihmisarvosta, tarpeista ja solidaarisuudesta, kustannustehokkuudesta sekä avoimuudesta (Waldau, 2007).

Osalle päätöksentekijöistä on tärkeää väestön koon huomioiminen, jolloin eettinen näkökulma tulee esiin suurimman hyödyn tarjoamisessa suurimmalle joukolle. Sairauden vakavuutta ja sen elämää uhkaava luonne pidetään kansainvälisten terveydenhuollon päätöksentekijöiden tutkimuksen tuloksissa tärkeänä kriteerinä, korostaen eettisten vaatimusten suurta merkitystä terveydenhuollon päätöksenteossa. Toimien kohdentaminen eniten hyötyville ja haavoittuvassa asemassa oleville väestöryhmille koetaan tärkeänä oikeudenmukaisuuden toteuttamiseksi. (Tanios ym.2013.)

Vastuu kohtuullisuudesta- periaate (A4R) muodostaa eettisen viitekehyksen päätöksenteolle. Tämän viitekehyksen mukaan priorisoinnin tulisi täyttää neljä edellytystä: päätösten perustelujen tulee olla julkisia, oikeudenmukaisesti ajattelevat ihmiset liittävät päätökset

tiettyyn päätöksentekokontekstiin, päätöksiin liittyy muutoksenhakumekanismi sekä täytäntöönpanoehto, jolla voidaan todeta kolmen ensimmäisen ehdon toteutuvan. (Menon ym. 2007.)

Vaikuttavuus, kustannusvaikuttavuus, tehokkuus, tutkittu tieto ja näyttö

Jotta terveydenhuollon päätöksenteolla voidaan minimoida tehottomien ja epätarkoituksen mukaisten toimenpiteiden käyttöä, hoitotoimenpidestandardien tehokkuutta ja vaikuttavuutta arvioidaan ja vertaillaan. Priorisoinnin päätöksenteossa on suuri merkitys interventioiden kliinisellä tehokkuudella ja vaikuttavuudella kaikilla päätöksenteon tasoilla (makro, meso ja mikro), näkökulmasta tai maanosasta riippumatta. Keskeiset löydökset kansainvälisten terveydenhuollon päätöksentekijöiden tutkimuksen tuloksessa viittaavat siihen, että on olemassa yhteisiä päätöksentekokriteerejä. Tuloksissa korostui kliininen tehokkuus ja vaikuttavuus, sekä vaikutus terveydenhuollon kustannuksiin. (Tanios ym. 2013.)

Tanios ym. (2013) kirjoittavat kustannusvaikuttavuuden olevan merkittävä kriteeri terveydenhuollon poliittisessa ja kliinisessä päätöksenteossa muokkaamalla terveydenhuoltojärjestelmää toimenpiteiden priorisoinnilla. Terveydenhuollon käytänteissä ja kliinisessä päätöksenteossa interventioita priorisoidaan epäsuorasti sekä avoimesti. (Tanios ym. 2013.) Päätöksentekijät huomioivat eri interventioiden vaikutuksen suoraan terveydenhuollon kustannuksiin, tämä kuvastaa ymmärrystä terveydenhuollon resurssien rajallisuudesta. Organisaation kehittämisessä tavoitteena on rutiinien, virtausten ja laadun parantaminen. Tämä näkyy sujuvampana potilasvirtana, parempana hoitoon pääsynä ja tyytyväisempinä potilaina. Esimerkkinä organisaation kehittämisestä on hoitajien tehtäväksi siirretty potilaan hoidon tarpeen arviointi. (Waldau 2007.)

Yleinen tietoisuus lääketieteen edistysaskelista on kasvattanut terveydenhuoltojärjestelmien painetta tarjota tasapuolisia, tehokkaita ja turvallisia hoitoja (Menon ym. 2007, Tanios ym. 2013). Tehokkuus sisältyy kustannustehokkuusanalyysiin, joka ei sisällä kliinistä näkökulmaa, kuten sairauden vakavuutta eikä sairauksien jakautumista yhteiskunnassa. Päätöksentekijät joutuvat tekemään vaihtelevia kompromisseja tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden välillä erilaisissa olosuhteissa. Tehokkuuden tavoittelun tärkeys alueellisella tasolla voi ohittaa oikeudenmukaisuuteen ja muihin poliittisiin vaatimuksiin liittyvät huolet. (Mirelman ym. 2012).

Tutkittua tietoa ja näyttöä hyödynnetään terveydenhuollon päätöksentekijöiden priorisointia koskevan päätöksenteon vaikuttavuuden arvioinnissa. Terveydenhuollon rahoituksen kiristyessä on muodostunut tarve järjestelmälliselle, näyttöön perustuvalla lähestymistavalla prioriteettien asettamisessa. Terveydenhuollon päätöksenteon monimutkaisessa prosessissa perusteluina toimivat kriteerit, näyttö sekä arvot. Näytön laatu on merkittävä peruste intervention puolesta tai vastaan, kun interventioiden välillä pyritään löytämään ratkaisu kilpailevien näkemysten välillä. (Menon ym. 2007, Tanios ym. 2013.)

Päätöksenteossa hyödynnetään prioriteettien asettamisen kannalta merkityksellisiä tietolähteitä, myös hallintojärjestelmän ulkopuolelta. Lääketieteen ammattijärjestöjen tutkimuksia, käytännön tutkimuksilla tuotettua tietoa, tieteellistä kirjallisuutta, sekä rekistereitä käytetään yhä enemmän päätöksenteossa interventioiden vaikuttavuuden ja turvallisuuden arvioinnissa. Paikalliset terveydenhuollon viranomaiset hyödyntävät priorisoinnin asettamisessa terveystalveluiden käytöstä saatavia tietoja, kuten odotusaikoja, väestötietoja sekä sairauksien esiintyvyyttä. Rajallisten resurssien vallitessa sidosryhmien paineet voivat vaikuttaa päätöksentekoprosessiin ja siihen, missä määrin käytänteet voivat perustua näyttöön. (Menon ym., 2007, Tanios ym.2013.)

Hardyn ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa kuvattiin näyttöön perustuvaa päätöksenteon metodia evidence based desision making, EBDM. Tutkimuksen mukaan julkisen terveydenhuollon haasteisiin, kuten priorisointiin ja resurssien tehokkaaseen käyttöön, voidaan hyödyntää näyttöön perustuva päätöksentekoa. Menetelmä perustuu käytännön kokemusten yhdistämiseen olemassa olevaan näyttöön. EBDM tuottaa tietoa siitä, mikä toimii väestössä ja millaisilla toimintalinjauksilla parannetaan työvoiman tuottavuutta sekä rahoituksen käyttöä. EBDM on strategia, joka sisältää yhteisön ja käytännön toimijoiden eli henkilöstön panoksen keskeiseen päätöksentekoon, ja edellyttää vahvaa johtajuutta. Johtajien ja hallinnon tulee käydä vuoropuhelua EBDM-metodista kaikkien päätöksentekoon osallistuvien tahojen kanssa, kuunnella ja keskustella henkilökunnan ehdotuksia sekä myös antaa palautetta (Hardy ym. 2015)

Näyttöön perustuva lääketiede (evidence based medicine EBM) osoittaa mahdollisuuden tehostaa toimintaa, rahoittaa priorisointia sekä kehittää priorisoinnissa vähiten rahoitettujen hoitoja. Painopiste ei ole sääntelyssä, vaan priorisointi toimii metodina resurssien löytämiseksi järjeistämällä toimintatapoja sekä lukumäärältään suuri- että matalavolyymisissä hoidoissa ja vanhentuneiden rutiinien poisjättämisellä. (Waldau, 2007).

6 Pohdinta, johtopäätökset ja jatkotutkimukset

6.1 Luotettavuuden pohdinta

Tässä kappaleessa arvioidaan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Haasteena ja virhelähteenä kirjallisuuskatsauksessa voivat olla tiedonhaun puutteellinen suorittaminen, tietojen virheellinen poiminta ja tulkinta. Myös tutkimuksista saatujen tietojen analysointi saattaa olla puutteellista ja tulkinta voi olla väärä. (Whittemore & Knafl 2005.) Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, jotta voidaan arvioida tutkimuksen objektiivisuutta ja totuudenmukaisuutta. Luotettavuuden arvioinnilla voidaan tarkastella tutkimuksen toteuttamista auttavia, vaikeuttavia tai rajoittavia tekijöitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Jotta luotettavuutta ja tuloksia voidaan arvioida, tulee tutkimuksen vaiheet kuvata tarkasti (Holloway & Galvin 2017).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa esitetään taulukkomuodossa katsaukseen sisältyvien tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Holopainen ym.2008). Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit arvioitiin käyttämällä Mixed Methods Appraisal Toolin MMAT-kriteeristöä. Valitut artikkelit todettiin laadukkaiksi, kaikki saivat pisteiksi joko 4/5 (2 kpl) tai 5/5 (6 kpl). Laadun arviointi esitetään taulukossa 1. Tässä kirjallisuuskatsauksessa arvioinnin suoritti vain yksi henkilö, tutkimusten arvioinnin luotettavuutta lisäisi kaksi arvioijaa (Gray & Grove 2021).

Sulosaari & Kajander-Unkurin (2016) kuvausta mukaillen tässä integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa aineiston analyysi toteutettiin vaiheittaisena prosessina: alkuperäisartikkeleista koottiin tutkimustietoa terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksentekoa ohjaavista periaatteista. Periaatteet luokiteltiin ja pelkistettiin teemoihin. Seuraavissa vaiheissa tieto esitetään tiiviisti eri lähteitä vertaillen ja luokitellen, sekä tiedoista koostetaan johtopäätöksiä. Kriittisessä sisällönanalyysin arvioinnissa tarkasteltiin miten tutkijan omat mielipiteet ohjaavat alkuperäisartikkelien teemojen tunnistamista, jäsentelyä sekä luokittelua periaatteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Tutkielman toteuttamisessa erityisenä haasteena oli tiedonhakuvaiheessa terveydenhuolto ja priorisointi- yhdistelmä, joka hakusanoissa tuotti runsaasti taloustieteellistä tutkimusaineistoa. Hakulausekkeita ja näkökulmaa tarkentamalla sisällönohjaajan sekä informaattikkojen avulla

tulokset saatiin kohdennettua terveydenhuoltoalalle. Luotettavuuteen vaikuttaa osin melko vanhat artikkelit, mutta toisaalta vanhemmat artikkelit luovat mahdollisuuden kartoittaa tilanteen kehitystä terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteossa. Valitut tutkimukset olivat korkealaatuisia ja kansainvälisiä, sekä useilla tutkimusmetodeilla ja eri näkökulmista toteutettuja. Tämä mahdollistaa aihepiirin melko laajan tarkastelun terveydenhuollon hallinnon näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaus on toteuttajan ensimmäinen, eli kyseessä on kokematon tutkija. Tämä muodostaa tutkielman luotettavuudelle haasteen, mitä pyrittiin ratkaisemaan valitsemalla analyysimenetelmäksi myös kokemattomalle tutkijalle sopivan sisällönanalyysitavan.

6.2 Tulosten pohdinta

Tämän tutkielman tarkoituksena oli kuvata, millaisia periaatteita terveydenhuollon hallinnossa käytetään priorisoinnin päätöksenteossa. Tutkielman tavoitteena oli tunnistaa ja kategorioida terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteossa käytössä olevia periaatteita kansainvälisestä kirjallisuudesta. Tämän tutkielman tuloksissa korostui niukkenevien taloudellisten ja henkilöresurssien paineessa terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevan päätöksenteon monimutkaisuus, sekä tarve määritellä yhteiset, jopa globaalit periaatteet ohjaamaan päätöksentekoa. Priorisoinnin toteuttaminen vaatii vahvaa hallintoa ja johtamista.

Tutkimusten tulosten pohjalta voidaan todeta jo vuosikymmenien ajan tunnistetun tarpeen kansallisella tasolla avoimille ja läpinäkyville priorisoinnin periaatteille. Terveydenhuollon hallinnon päätöksentekijöihin kohdistuu suuria paineita priorisoinnin järkevästä, käytännöllisestä, eettisestä ja taloudellisesta päätöksenteosta. Prioriteettien asettaminen on monimutkainen, haastava ja usein kiistanalainen prosessi. (Sibbald ym. 2009.) Alkuun on tärkeää tunnistaa Peacockin ja kumppaneiden (2010) kuvaus, jonka mukaan periaatteet ovat tavoitteita ja kriteerit ovat standardeja, joiden avulla vaihtoehtoisia interventioita arvioidaan. Priorisoinnin alussa tulee päätöksenteon tueksi tunnistaa normatiiviset eli velvoittavat (normative) kriteerit, jotka kuvaavat mitä pitäisi tehdä, sekä myös toteutettavuuden (feasible) kriteerit eli mitä voidaan tehdä. (Peacock ym. 2010, Tanios ym. 2013.)

Nopeasti muuttuva maailma vaatii ketterää päätöksentekoa terveydenhuollon hallinnossa. Jo vuonna 1998 Kinnunen ym. (1998) ovat priorisoinnin tutkimuksessa nostaneet esiin huolen terveydenhuollon taloudellisesta haasteesta kasvavien kulujen myötä, nopeasta lääketieteen

kehityksestä, hoidon ja parantamisen tasapainosta, resurssipulasta sekä terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksesta yksilöiden hyvinvointiin. Täsmälleen samoja teemoja edelleen käsittelevät Torkki ym. (2022a, 2022b) valtioneuvoston terveydenhuollon palveluvalikoiman koskeissa priorisointijulkaisuissa. Erityisesti merkittävää on Kinnusen ym. (1998) tutkimuksessa todettu yleisten priorisointiperiaatteiden puuttuminen, ja edelleen periaatteet olivat yhteisesti määrittämättä yli kahden vuosikymmenen jälkeen vuonna 2022. (Kinnunen ym. 1998, Torkki ym. 2022a, Torkki 2022b.)

Tutkimuksissa todetaan terveystalouden epävakauden hankaloittavan prioriteettien asettamisprosessia, koska pitkän aikavälin suunnittelustrategia voi olla epä johdonmukaista (Peacock ym.2010). Priorisoinnin toteuttaminen vaatii hallinnon järjestelmän ja tavoitteiden uudelleenmuotoilua (Waldau 2015). Suomessa toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on vaikuttanut sosiaali- ja terveystalouden organisaatioihin, hyvinvointialueiden taloudelliset haasteet ovat suuret ja vaativat koko järjestelmän tarkastelua sekä palvelujärjestelmän muutoksia. Onnistuneessa terveydenhuollon priorisoinnissa keskeistä ovat yhtenevät periaatteet ja toimintatavat sekä periaatteet koko terveydenhuollon järjestelmässä. (Torkki ym.2022b.) Kansallisella tasolla tehokkuuden saavuttamisvaatimukset usein ohittavat alueellisen tason oikeudenmukaisuuden ja muut poliittiset vaatimukset. Priorisoinnin päätöksenteossa tulisi pyrkiä tasapainoon oikeudenmukaisuuden ja tehokkuuden välillä, jolloin myös tasapuolisuus toteutuisi. (Mirelmann ym. 2012.)

Tutkimusaineiston mukaan tutkittu tieto ja näyttö toimivat merkittävässä roolissa interventioiden vaikuttavuuden järjestelmällisessä arvioinnissa terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevassa päätöksenteossa. Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteko tulisi olla avointa ja perusteltua. Tutkittu tieto perustuu tutkimuksellisiin metodein tuotettuun näyttöön vaikuttavista, turvallisista menetelmistä. Vaikuttavuus sisältää myös tehokkuuden ja kustannustehokkuuden, esimerkiksi eri hoitomenetelmien, lääkehoidon, terveystalouden tai taloudellisten ratkaisujen arvioimiseen. (Tanios ym.2013.)

Tutkielman aineistossa Sibbald ym. (2009) tunnistivat onnistuneelle priorisoinnille kymmenen toisiinsa kytkeytyvää ominaisuutta. Ominaisuudet voidaan jaotella kahteen ryhmään eli päätöksenteon prosessiin ja sen lopputuloksiin. Onnistuneen päätöksenteon prosessin ominaisuuksia ovat sidosryhmien sitoutuminen päätöksiin, päätöksenteon avoin prosessi (pätöksentekijöille ja sidosryhmille), tiedon hallinta (saatavilla laajasti

päätöksenteon perusteeksi), arvojen ja asiayhteyden eli kontekstin huomioiminen ja mahdollisuus tarkastella päätöksiä uudelleen sekä palautejärjestelmä. Onnistuneen priorisoinnin päätöksenteon lopputulokseen liittyviä ominaisuuksia ovat sidosryhmien lisääntynyt ymmärrys priorisoinnin kokonaisprosessista, resurssien siirto muuttuneiden prioriteettien vuoksi, päätöksenteon laatu, sidosryhmien hyväksyntä ja tyytyväisyys sekä organisaation myönteiset vaikutukset ulospäin mediaan, tai muihin terveydenhuollon organisaatioihin. (Sibbald ym. 2009.)

Waldau on tutkinut Ruotsin terveydenhuollon uudelleen organisointia vuosina 2007 ja 2015. Vuonna 2007 Waldau tutki organisaatiotason muutosta kohti avointa priorisointia. Tutkimuksen tuloksena todettiin priorisoinnin olevan enemmän henkilökohtaisen johtajuuden kysymys kuin poliittinen vastuulla olevaa tehtävä. Tulisi pyrkiä yleistasoisesta terveydenhuollon priorisoinnin tiedosta kohti yksityiskohtaisempaa ja paikallisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa priorisoinnista. Tällä tavalla oikeudenmukaisen priorisointiprosessin luominen olisi helpompaa kuin yleisistä priorisoinnin periaatteista sopiminen. Jatkotutkimuksessaan terveydenhuollon priorisoinnin päätöksenteon priorisoinnista Waldau totesi vuonna 2015, ettei olemassa oleva terveydenhuollon hallintojärjestelmä vastaa priorisointia koskeviin avoimuuden vaatimuksiin. Jotta muutos kohti avoimuutta voisi tapahtua, tulisi tehdä monialainen institutionaalinen uudistus terveydenhuollon hallinnon toimesta ja tämä vaatisi vahvaa hallinnollista sitoutumista. (Waldau 2007, Waldau 2015.)

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkielman tuloksena voidaan johtopäätöksenä todeta, että terveydenhuollon hallinnon priorisoinnille tulisi yhteisesti päättää päätöksentekoa ohjaavat periaatteet sekä globaalisti että kansallisesti. Periaatteet ovat tavoitteita, joihin pyritään ja kriteerit keinoja, joilla periaatteisiin pyritään.

Eettisyys on terveydenhuoltoalalla vahvasti toimintaa ohjaava periaate, tämän vuoksi taloudellisten näkökulmien käsittely on haastavaa. Resurssivaje taloudellisesti ja henkilöstöpula on terveydenhuollossa globaali realiteetti, tämä uhkaa mahdollisuuksia vastata kasvavaan terveyspalvelutarpeeseen oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti. Tämä saattaa muodostua vahvasti eettiseksi kysymykseksi, jossa valinta on tehtävä kilpailevien arvojen välillä. Lainsäädäntö ohjaa resursseja terveydenhuollon palveluihin valtakunnan tasolta, mutta

alueellisesti päätetään paikallisesti hyvinvointialueille osoitetun talousresurssin käyttö. Samasta kassasta maksetaan kaikki kustannukset potilaiden hoidon järjestämisestä, henkilöstökuluista tilakustannuksiin. Tässä tilanteessa vaaditaan terveydenhuollon hallinnon päätöksenteolta vastuullisia päätöksiä resurssien priorisoinnista.

Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteko tulisi olla avointa ja perusteltua terveydenhuollon kaikilla tasoilla sekä yhteiskunnallisesti. Vaikuttavuus sisältää tehokkuuden ja kustannustehokkuuden, esimerkiksi eri hoitomenetelmien, lääkehoidon, terveystalouden tai taloudellisten ratkaisujen arvioimiseen. Tutkittu tieto perustuu tutkimuksellisiin metodein tuotettuun näyttöön vaikuttavista, tehokkaista ja turvallisista menetelmistä. Monitieteinen tutkimus voi toimia keinona ratkaista priorisoinnin haasteita niukkojen resurssien perustellusta kohdentamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus muokkasi organisaatioita, ja epävakaus uudessa organisaatiossa voi hankaloittaa priorisoinnin toteuttamista. Muuttuneessa tilanteessa tarvitaan vahvaa johtamista, joka sisällyttää priorisoinnin osaksi organisaation toimintaa. Kansainvälisissä tutkimuksissa tunnistettiin viitteitä globaalisti yhteisistä päätöksenteko kriteereistä, mutta myös kriteerien erovaihteluita. Erot muodostuvat taustalla vaikuttavista tekijöistä, kuten kulttuurista. Terveydenhuollon päätöksenteko on kontekstisidonnaista, eli valtakunnallisten linjauksien lisäksi tulee tunnistaa paikallisesti vaikuttavat tekijät. Tämän vuoksi terveydenhuollon hallinnon tulee toteuttaa priorisoinnin päätöksentekoa avoimesti, yhteisön tarpeet huomioiden.

Jatkotutkimusehdotukset

Kandidaatin tutkielman myötä tunnistettiin useita jatkotutkimustarpeita. Terveydenhuollon hallinnon priorisoinnin päätöksenteon periaatteiden vaikutuksesta hoitotyön johtajien tehtäviin tarvitaan lisää tutkimusta. Tutkimuksen avulla saadaan tietoa johtajien näkemyksistä priorisoinnista sekä tietoa kokemuksista millaiset vaikutusmahdollisuudet hoitotyön johtajilla on terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevaan päätöksentekoon.

Tässä kandidaattitutkielmassa käsiteltiin terveydenhuollon hallinnon priorisointia koskevan päätöksenteon ohjaavia periaatteita, sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulma on tärkeä jatkotutkimusten näkökulma. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät ovat tällä hetkellä

muutosprosessin keskellä, yhteistyö hakee muotoaan hyvinvointialueilla. Yhteisten periaatteiden tunnistamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta.

Terveydenhuollon priorisointi koskettaa kaikkia kansalaisia. Terveydenhuollon priorisoinnin tulisi olla avoin prosessi, jotta perustellut päätökset voidaan kokea oikeudenmukaisiksi ja hyväksyä. Tutkimuksien mukaan tärkeän sidosryhmän eli kansalaisten osallistaminen on kuitenkin vähäistä. Olisi tärkeää saada tutkimusta terveydenhuollon priorisoinnista kansalaisten näkökulmasta eli asiakasnäkökulmasta.

Lähteet

- Aitamaa, E., Leino-Kilpi, H., Iltanen, S., & Suhonen, R. (2016). *Ethical problems in nursing management: The views of nurse managers*. *Nursing ethics*, 23(6)
<https://doi.org/10.1177/0969733015579309>
- Cambridge Dictionary. (2024). Hakusana: criterion. Haettu 29.3.2024 osoitteesta
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/criterion>
- Cambridge Dictionary. (2024) Hakusana: desicion making. Haettu 29.3.2024 osoitteesta
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/decision-making>.
- Cambridge Dictionary. (2024) Hakusana: prioritize. Haettu 29.3.2024 osoitteesta
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/prioritize?q=prioritise>
- Cambridge Dictionary. (2024) Hakusana: principle. Haettu 29.3.2024 osoitteesta
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/principle>.
- Chhotray, V., Stoker, G. (2009). Introduction: Exploring Governance. In: *Governance Theory and Practice*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9780230583344_1
- Encyclopedia Britannica (2024,). Hakusana: decision making. Haettu 30.3.2024 osoitteesta
<https://www.britannica.com/topic/decision-making>
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th edition.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Guirguis, M., Thompson, E., Miller, J., Sommer, R., Curran-Cook, D., Kaba, A. (2021) *Qualitative Examination of Shared Decision-Making in Canada's Largest Health System: More Work to be Done*. *Journal of Patient Experience*.:8.
 doi:10.1177/23743735211064141
- Harris, C., Green, S., Ramsey, W., Allen, K., & King, R. (2017). *Sustainability in Health care by allocating resources effectively (SHARE) I: Introducing a series of papers reporting an investigation of disinvestment in a local healthcare setting*. *BMC Health Services Research*, 17(1) <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2210-7>
- Holloway, I. & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare 4th edition*. Wiley Blackwell. s. 1-342
- Hong, Q.N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., et al. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*, version 2018
<https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/232>

- Kaila, M. & Lohiniva-Kerkelä, M. (2020). *Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet*. Raportteja ja muistioita 2020:31, Sosiaali- ja terveysministeriö.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162447/STM_2020_31_rap.pdf?sequence=4
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. (2013). *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon/Narrative literature review: from a research question to structured knowledge*. *Hoitotiede*, 25(4) <https://www.proquest.com/scholarly-journals/kuvaileva-kirjallisuuskatsaus-eteneminen/docview/1469873650/se-2>
- Kattelus, M. Sariola, S. (2021). Priorisointi terveydenhuollossa. Teoksessa *Lääkärin etiikka*. Suomen Lääkäriliitto 8. painos. Painotalo Plus Digital Oy. Lahti 2021
[Priorisointi terveydenhuollossa | Lääkäriliitto - Lääkärin etiikka -kirja \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi/priorisointi-terveydenhuollossa)
- Kinnunen, J., Lammintakanen, J., Myllykangas, M., Ryytänen, O.-P. and Takala, J. (1998), *Health care priorities as a problem of local resource allocation*. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, 13: 216-229. [https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(1998070\)13:3<216::AID-HPM517>3.0.CO;2-I](https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1002/(SICI)1099-1751(1998070)13:3<216::AID-HPM517>3.0.CO;2-I)
- Igoumenidis, M., Kiekkas, P., & Papastavrou, E. (2020). *The gap between macroeconomic and microeconomic health resources allocation decisions: The case of nurses*. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 21(1), e12283.
<https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1111/nup.12283>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021 1§. 29.6.2021. Viitattu 1.4. 2024.
<https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>
- Lammintakanen, J., Kinnunen, J., & Kylmä, J. (2006). *Terveydenhuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä*. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 43(2 SE-Artikkelit). <https://journal.fi/sla/article/view/1909>
- Lemetti, T. & Ylönen, m. (2016). *Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi*. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2.painos. Turku. Turun yli opisto, s. 23–34
- Suomen Lääkäriliitto. (2021) *Priorisointi terveydenhuollossa*. Lääkärin etiikka.8. painos. Viitattu 1.4.2024. <https://www.laakariliitto.fi/laakarini-etiikka/laakari-ja-yhteiskunta/priorisointi-terveydenhuollossa/>

- Myllykangas, M., Ryyänen, O., Lammintakanen, J., Isomäki, V., Kinnunen, J. and Halonen, P. (2003), *Clinical management and prioritisation criteria: Finnish experiences*, Journal of Health Organization and Management, Vol. 17 No. 5, pp. 338-348.
<https://doi.org/10.1108/14777260310505110>
- Myllykangas, M., Lammintakanen, Johanna., Kinnunen, Juha., Ryyänen, O.-P., & Kukkonen, Jarmo. (2006). *Priorisointi terveydenhuollossa: mitä maksaa, kuka maksaa* (s.93) Helsinki: Talentum.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2.painos. Turku. Turun yliopisto, 23–34
- Oxford Learners dictionary. (2024) Hakusana: Prioritize. Haettu 29.3.2024 osoitteesta
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/prioritize?q=prioritise>
- Oxford Learners dictionary. (2024) Hakusana: Principle. Haettu 30.3.2024 osoitteesta
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/principle>.
- Palveluvalikoima. (2024). *Terveydenhuollon palveluvalikoima*.
<https://palveluvalikoima.fi/etusivu>
- Peacock, S. J., Mitton, C., Ruta, D., Donaldson, C., Bate, A., & Hedden, L. (2010). *Priority setting in healthcare: towards guidelines for the program budgeting and marginal analysis framework*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 10(5), <https://doi.org/10.1586/erp.10.66>
- Pihlainen V, Kivinen T, Lammintakanen J. (2019) *Perceptions of future hospital management in Finland*. Journal of Health Organization and Management. 2019;33(5)
<https://www.proquest.com/scholarly-journals/perceptions-future-hospital-management-finland/docview/2284141320/se-2>. doi: <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2018-0045>.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Rousseau, M. C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/84371689/MMAT%202011%20criteria%20and%20tutorial%202011-06-29updated2014.08.21.pdf>
- Pyone T, Smith H, van den Broek N. (2017) *Frameworks to assess health systems governance: a systematic review*, Health Policy and Planning, Volume 32, Issue 5, June 2017, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>

- Ryynänen O, Lammintakanen J.(2016) *Priorisointi ja vaikuttavuus terveydenhuollossa*. Tutkiva Hoitotyö. 2016;14(4). <https://www.proquest.com/scholarly-journals/priorisointi-ja-vaikuttavuus-terveydenhuollossa/docview/2757529173/se-2>.
- Ryynänen, O. P., Myllykangas, M., Vaskilampi, T., & Takala, J. (1996). *Random paired scenarios--a method for investigating attitudes to prioritisation in medicine*. Journal of Medical Ethics, 22(4). <https://doi.org/10.1136/jme.22.4.238>
- Suhonen, R., Axelin, A., Stolt, M., (2016) Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A., & Suhonen, R. (2016). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä* (2. korjattu painos.). Turku: Turun yliopisto. s.107–117
- Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S (2016). Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. 2.painos. Turku. Turun yliopisto, s.23–34
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 01.05.2011 1§. Haettu 1.4.2024 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 01.05.2011 2§. Haettu 1.4.2024 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- The Britannica Dictionary. 2024. Hakusana: Principle. Haettu 30.3.2024 osoitteesta <https://www.britannica.com/dictionary/principle>
- Torkki, P., Patja, k., Ignatius, E., Kousa, I., Vanhala, A., Gehrman, K., Tikkinen, K.o., Ojanen, T., Tapanainen, P., Pantzar, M., Ranta, J., Leskelä, R-L. (2022a) *Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi*. Valtioneuvoston selvitys-ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53. Helsinki <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>
- Torkki, P., Patja, K., Gehrman, K., Vanhala, A., Ojanen, T., Ignatius, E., Tapanainen, P., Kousa, I., Ranta, J., Leskelä, R-L. (2022b) *Terveydenhuollon priorisointia tulee kehittää avoimempaan suuntaan* Policy brief 2022:11 Valtioneuvoston selvitys-ja tutkimustoiminta. osoitteesta [Terveydenhuollon priorisointia tulee kehittää avoimempaan suuntaan \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi/terveydenhuollon-priorisointia-tulee-kehittaa-avoimempaan-suuntaan)
- Toronto,C., Remington, R. (2020). *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review* (Vol. 1st ed. 2020). Springer International Publishing, Cham.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (uudistettu painos). Helsinki: Tammi

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). *ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta*. <https://stm.fi/neuvottelu-ja-lautakunnat>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut*. <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024). *Valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:2. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5424-3>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024) *Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma 2024–2027: Toimenpiteet vuodelle 2024*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2024:4 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165414>
- Suomen perustuslaki (731/11.9.1999) 1.3.2000. Haettu 12.2.2024 <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Valtionvarainministeriö. (2024) *Hyvinvointialueiden talous*. Haettu 10.4.2024. <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-talous#:~:text=Hyvinvointialueiden%20talous%20Hyvinvointialueiden%20rahoitus%20perustuu%20p%C3%A4%C3%A4osin%20valtion%20yleiskatteeseen,kohdennetaan%20alueille%20laskennallisten%20kriteereiden%20perusteella%20ja%20tarkistetaan%20vuosittain>.
- Varhila, K. (2019). *Tarvitsemme terveydenhuollon priorisointiin yhteiset periaatteet*. Valtioneuvosto kolumni 9.10.2024. Tarvitsemme terveydenhuollon priorisointiin yhteiset periaatteet (valtioneuvosto.fi)
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). *The integrative review: updated methodology*. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- WHO, (2024) *Health systems governance*. Haettu 19.3.2024 osoitteesta Health Systems Governance (who.int)

Valitut alkuperäisartikkelit:

- Hardy, A. K., Nevin-Woods, C., Proud, S., & Brownson, R. C. (2015). *Promoting Evidence-Based Decision Making in a Local Health Department, Pueblo City-County, Colorado*. Preventing Chronic Disease, 12, E100. <https://doi.org/10.5888/pcd12.140507>

- Kinnunen, J., Lammintakanen, J., Myllykangas, M., Ryyänen, O.-P., & Takala, J. (1998). *Health care priorities as a problem of local resource allocation*. The International Journal of Health Planning and Management, 13(3), 216–229.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1751\(1998070\)13:3<216::AID-HPM517>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1751(1998070)13:3<216::AID-HPM517>3.0.CO;2-I)
- Menon, D., Stafinski, T., & Martin, D. (2007). *Priority-setting for healthcare: Who, how, and is it fair?* Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 84(2–3), 220–233.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.009>
- Mirelman, A., Mentzakis, E., Kinter, E., Paolucci, F., Fordham, R., Ozawa, S., ... Niessen, L. W. (2012). *Decision-Making Criteria among National Policymakers in Five Countries: A Discrete Choice Experiment Eliciting Relative Preferences for Equity and Efficiency*. Value in Health, 15(3), 534–539.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.04.001>
- Sibbald, S. L., Singer, P. A., Upshur, R., & Martin, D. K. (2009). *Priority setting: What constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting*. BMC Health Services Research, 9(1), 43–43. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-43>
- Tanios, N., Wagner, M., Tony, M., Baltussen, R., van Til, J., Rindress, D., Kind, P., & Goetghebeur, M. M. (2013). *Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers*. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 29(4), 456–465. ProQuest Central. <https://doi.org/10.1017/S0266462313000573>
- Waldau, S. (2007). *Local prioritisation work in health care—Assessment of an implementation process*. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 81(2–3), 133–145.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.05.007>
- Waldau, S. (2015). *Bottom-up priority setting revised. A second evaluation of an institutional intervention in a Swedish health care organisation*. Health Policy, 119(9), 1226–1236. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.003>

Liitteet

Liite 1. Hakulausekkeet ja haun rajaukset

Tietokanta	Päivämäärä	Rajaukset	Hakutulokset
Mediq	4.3.2024	Mediq healthcare "health care" "health care service" terveydenhuol* AND "policy making" OR "decision making" OR päätöksenteko AND managemen* administratio* lead* hallinto principle* periaat*	vertaisarvioitu, kieli finnish, english 50
PubMed	4.3.2024	("healthcare" OR "Health care" OR "health care service") AND (priorit* OR "health care priori*") AND ("policy making" OR "decision making") AND (managemen* OR administration OR lead) AND principle*	vertaisarvioitu, kieli finnish, english 122
CINAHL	4.3.2024	("healthcare" OR "Health care" OR "health care service" AND (priorit* OR "health care priori*") AND (managemen* OR administratio* OR lead*) OR ("policy making" OR "decision making") AND principle*	vertaisarvioitu, kieli finnish, english 39
ABI/INFORM	4.3.2024	("healthcare" OR "Health care" OR "health care service") AND (priorit* OR "health care priori*") AND ("policy making" OR "decision making") AND (managemen* OR administration OR lead) AND principle*	vertaisarvioitu, kieli finnish, english 66
Business Source Complete	4.3.2024	("healthcare" OR "Health care" OR "health care service") AND (priorit* OR "health care priori*") AND ("policy making" OR "decision making") AND (managemen* OR administration OR lead) AND principle*	vertaisarvioitu, kieli finnish, english 21
Cochrane	4.3.2024	healthcare OR Health NEXT care OR health NEXT care NEXT service priorit* OR health NEXT care NEXT priori* policy NEXT making OR decision NEXT making managemen* OR administration OR lead principle*	vertaisarvioitu, kieli finnish, english 17 trials
Manuaalinen haku			3

Liite 2. Yhteenvedotaulukko kandidaatintutkielman alkuperäisartikkeleista

Artikkeli, tutkimuksen toteutusmaa	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Tutkittavat	Aineiston keruu	Tutkimuksen keskeiset tulokset	Laadunarvioinnin tulos MMAT
1.Hardy, A., Nevin-Woods, C., Proud, s-, Browson, R. (2015) <i>Promoting Evidence-Based Decision Making in a Local Health Department, Pueblo City-County, Colorado.</i> Yhdysvallat	Näyttöön perustuvan päätöksenteon (EBDM) Hallinnon ja henkilökunnan käytännöllisen osaamisen puutteiden kartoitus	Mixed method (selittävä peräkkäinen)	(n= 74) Henkilökunta	Mixed method kvantitatiivinen kysely, yksilöhaastattelu ja fokusryhmähaastattelu	Tutkimuksessa korostetaan, että on tärkeää edistää EBDM:ää terveyspalveluissa selkeällä viestinnällä, henkilöstön koulutuksella ja kestäväällä rahoituksella. Kysely: 80% vastausprosentti: EBDM kehittyi näyttöön perustuvilla interventiolla ja koulutuksella Haastattelut: hyödyt: Kohdenneet resurssit ja paremmat palvelut, haasteena kapasiteetin ja joustavuuden puute. Fokusryhmähaastattelut: EBDM tehosti vastuullisuutta ja vaikuttavuutta, haasteina politiikka, rahoituksen ja ajan puute	5/5
2.Kinnunen, J., Lammintakanen, J., Myllykangas, M., Ryynänen, O.-P., & Takala, J. (1998). Health care priorities as a problem of local resource allocation. <i>The International Journal of Health Planning and Management,</i> Suomi	Asenteiden kartoitus priorisointia kohtaan	Kvantitatiivinen	(n=3830) (n= 1178) kansalaista (n= 837) lääkäreitä (n= 837) sairaanhoitajaa (n= 1133) poliitikko terveydenhuollon hallinnosta	Kysely (postitse)	Terveydenhuollon prioriteetit ovat hyvin kontekstisidonnaisia. Kansalaiset, sairaanhoitajat, lääkärit ja poliitikot priorisoivat palveluja eri tavalla; hoitajat ja kansalaiset yhtenevät näkökulmat, lääkärit ja poliitikot. Resurssien määrän vaikuttaa priorisointijärjestykseen. Kansainvälistä keskustelua priorisoinnista niukasti (v1998. Priorisoinnin ohjeiden asettaminen ei ole ollut systemaattista	4/5
3.Menon, D., Stafinski, T., & Martin, D. (2007). Priority-setting for healthcare: Who, how, and is it fair? <i>Health Policy (Amsterdam, Netherlands),</i> Kanada	Priorisoinnin asettamisprosessin arviointi Alberta Kanada	Kvalitatiivinen	(n=7) 7 alueellista terveysviranomaista: toimitusjohtaja, lääketieteellinen johtaja, hallituksen jäsen kolme Asiantuntijakomitean jäsentä	Avainryhmähaastattelu	Priorisoinnin vaiheet: terveydenhuollon tarpeiden tunnistaminen, resurssointi, päätöksestä tiedottaminen sidosryhmille ja sidosryhmien palautteen antaminen. Priorisoinnin pääpaino terveydenhuollon tarpeiden tunnistamisessa. Kansalaiset eivät osallistu päätöksen tekoon.	5/5

<p>4.Mirelman, A., Mentzakis, E., Kinter, E., Paolucci, F., Fordham, R., Ozawa, S., ... Niessen, L. W. (2012). Decision-Making Criteria among National Policymakers in Five Countries: A Discrete Choice Experiment Eliciting Relative Preferences for Equity and Efficiency</p> <p>Brasilia, Kuuba, Nepal, Norja ja Uganda</p>	<p>Terveysthuollon painopisteiden asettamisen vertailu päätöksentekijöiden maakohtaisista eroista oikeudenmukaisuuden ja tehokkuuden suhteen monikriteerisen päätösanalyysin näkökulmasta</p>	<p>Kvantitatiivinen</p>	<p>(n= 225) Päätöksentekijää Kuuba (n=73), Brasilia (=37) Uganda (n=17), Norja (n= 32) ja Nepal (n= 66)</p>	<p>standardoitu kysely</p>	<p>Kaikissa Viidessä tutkimuksessa mukana olleessa maassa tehokkuus koettiin oikeudenmukaisuutta tärkeämmäksi. Tehokkuusvaade on kansallisella ja alueellisella tasolla tärkeämpää kuin oikeudenmukaisuus. Priorisoinnin päätöksenteossa suositeltava lähestymistapa on tasapainottaa tasapuolisuusvaade tehokkuusvaatimuksen kanssa, jolloin saavutetaan oikeudenmukaisuuden taso terveydenhuollonpalveluja koskevassa päätöksenteossa. Myös muita tekijöitä on huomioitava päätöksenteossa kuten aika ja erilaiset ympäristöt, sosiaaliset arvot, päätöksentekijöiden kokemus oman maan terveydenhuoltojärjestelmän tilanteesta.</p>	<p>5/5</p>
<p>5.Sibbald, S. L., Singer, P. A., Upshur, R., & Martin, D. K. (2009). Priority setting: What constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting</p> <p>Kanada</p>	<p>Käsitteellisen viitekehyksen laatiminen priorisoinnille</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen</p> <p>Kolme erillistä empiiristä tutkimusta</p>	<p>1)Delphi-tutkimus: tutkijat ja päätöksentekijät (n=12) 2)Fokusryhmähaastattelut: potilaat (teoreettinen otanta ja lumipallo-otanta) (n= 55) 3)yksilöhaastattelut: päätöksentekijät (n= 13)</p>	<p>1)Delphi-tutkimus 2)Fokusryhmähaastattelut: 3)yksilöhaastattelut</p>	<p>Tutkimuksessa tunnistettiin 10 erillistä, mutta yhteydessä olevaa priorisoinnin elementtiä: sidosryhmien ymmärtäminen, painopisteiden siirtäminen/resurssien uudelleen kohdentaminen, päätöksenteon laatu, sidosryhmien hyväksyntä ja tyytyväisyys, myönteiset ulkoisvaikutukset, sidosryhmien sitoutuminen, selkeä päätöksen teko, tiedonhallinta, arvojen ja asiayhteyden huomioon ottaminen sekä tarkistus- tai muutoksenhakumekanismi</p>	<p>5/5</p>
<p>6.Tanios, N., Wagner, M., Tony, M., Baltussen, R., van Til, J., Rindress, D., Kind, P., & Goetghebeur, M. M. (2013). Which criteria are considered in healthcare decision insights? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers</p>	<p>Mitä kriteerejä kansainväliset päätöksentekijät huomioivat terveydenhuollon päätöksenteossa tehdessään päätöksiä terveydenhuollon</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen</p>	<p>(n= 140) päätöksentekijää makro-, meso ja microtasolta</p>	<p>Kyselytutkimus lumipallo otannalla (Tikiwiki-alustalla. Taustatiedot)</p>	<p>Tutkimuksen mukaan terveydenhuollossa päätöksenteko on kontekstisidonnaista ja on huomioitava useita kriteerejä. Merkittävimpiä kriteerejä ovat kliininen teho, turvallisuus, näytön laatu, sairauden vakavuus ja vaikutus terveydenhuollon kustannuksiin. Organisaatio ja ammattiosaamisvaatimuksilla pienempi merkitys. Tilastollisesti merkitseviä olivat väestön prioriteetit,</p>	<p>4/5</p>

5 maanosaa, 23 maata	toimenpiteistä omassa kontekstissaan.				sidosryhmien paine, tutkimuksen edistäminen, yhteistyövaikutukset ja ympäristövaikutukset.	
7.Waldau, S. (2007). Local prioritisation work in health care— Assessment of an implementation process. Health Policy (Amsterdam, Netherlands Ruotsi	Miten avoin priorisointi on kehittynyt ja millaisia rakenteita, prosesseja ja tuloksia se on tuottanut	Mixed method	kliininen esihenkilö (n=6) Kysely 2002 (n= 196) Kysely 2005(n=105)	haastattelu, kyselyt 2002 kysely 2005	Priorisoinnin prosessi on mutkikas ja innovatiivinen prosessi, priorisointia tapahtuu kaikilla tasoilla (makro, meso, mikro), priorisointityö osa henkilökohtaista johtamistyötä, yleisistä linjauksista siirrytään konkreettiseen, yleisestä priorisointitiedosta kohti paikallisista käytännön kokemuksiin.	4/5
8.Waldau, S. (2015). Bottom-up priority setting revised. A second evaluation of an institutional intervention in a Swedish health care organisation. Health Policy, Ruotsi	Kuvataan erot v 2008 muokatun priorisointiprosessin tulokset, toiminta ja osallistujien kokemukset verrattuna vuoteen 2015	Kvalitatiivinen	Kysely 1(n=432) Kysely 2(n=51 ryhmää) Kysely 3(n=158)	Toimintatutkimus v 2008 priorisointiprosessin uudistus, 3 kyselyä 2010–2011	Priorisoinnin päätöksentekoon olisi otettava mukaan hoitohenkilökunta, joka toteuttaa/ei toteuta poliittisia päätöksiä. Avoin priorisoinnin päätöksenteko prosessi vaatii muutoksia institutionaalisesti Yhteistyö ja luottamus poliitikot, hallinto ja ammattilaisten välillä.	4/5