

Terveydenhuollon priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä

Artikkelin tarkoituksena on analysoida terveydenhuollon priorisoinnin käsitettä ja sen kehittymistä ajallisesti sekä pohtia käsitteellisen kehityksen yhteyttä terveydenhuollossa ja laajemminkin yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin. Käsiteanalyysissä sovellettiin Rodgersin evolutionaarista käsiteanalyysimallia, joka ohjaa tarkastelemaan valittua käsitettä ja sen ajallista kehittymistä systemaattisesti aikaisemman kirjallisuuden perusteella. Käsiteanalyysiin valittiin 53 pääsääntöisesti kansainvälistä artikkelia, jotka analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä. Terveydenhuollon priorisointi osoittautui ajassa muuttuvaksi sekä käsitteenä että ilmiönä. Sekä priorisointia edeltävät tekijät että käsitteen ominaisuudet heijastelevat viime vuosikymmenten yhteiskunnallisia ja terveyspalveluissa tapahtuneita muutoksia. Terveydenhuollon priorisoinnin seurauksia ei juurikaan tunnisteta. Terveyspolitiikan näkökulmasta käsitteen selkeyttäminen on tarpeellista, jotta poliittisessa päätöksenteossa ymmärretään paremmin, mistä terveydenhuollon priorisoinnissa on kyse.

JOHANNA LAMMINTAKANEN, JUHA KINNUNEN, JARI KYLMÄ

TAUSTA

Terveydenhuollon priorisointi on puhuttanut sekä klinikkoja, tutkijoita että poliittisia päätöksentekijöitä useamman vuosikymmenen ajan niin Suomessa kuin muuallakin (esim. Ryyänen ym. 1999, Ham ja Robert 2003). Useissa länsimaissa on myös laadittu eri lähtökohdista toteutettuja priorisointimalleja, joiden vaikuttavuus ja kustannus-tehokkuus ovat kuitenkin osoittautuneet melko vaatimattomiksi ja joihin poliitikot eivät ole kovin hyvin sitoutuneet (Ham ja Robert 2003). Esimerkiksi Ole-Frithjof Norheim (2003) toteaa kriittisesti, ettei priorisointia yksinkertaisesti ole olemassa nykyisessä norjalaisessa kansallisen tason terveyspolitiikassa, vaan terveydenhuollon priorisoinnin painopisteenä on kehittää meso- ja mikrotasolla päätöksentekijöiden vastuullisuutta ja tilivelvollisuutta alueidensa asukkaille. Myös Alankomaissa kokemukset ovat vastaavanlaisia (Berg ja van der Grinten 2003).

Terveydenhuollon priorisoinnin ydinongelman on norjalainen priorisoinnin ”grand old

man” Inge Lönning (2002) määritellyt seuraavasti: ”Jokainen sukupolvi joutuu määrittelemään uudelleen sosiaaliset, kulttuuriset ja psykologiset rajansa, joiden puitteissa eletään. Elämässä, ja myös terveydenhuollossa, on viime kädessä kyse rajoista ja niiden määrittelemisestä.” Terveyspalvelujen kehittyessä hoitomahdollisuudet ovat lisääntyneet, väestön ja ammattilaisten odotukset ovat kasvaneet, samoin kuin käytävissä olevat voimavarat ovat lisääntyneet. Kuitenkin tarve kohtuuden rajojen määrittämiselle on olemassa, sillä odotukset ja toiveet kasvavat voimavaroja nopeammin, eikä terveydenhuollossa saavuteta runsailla voimavarojen kohdentamisilla rajattomasti lisää terveyttä. Priorisointi on sekä käytännön ilmiönä, politiikkana että käsitteellisesti hyvin monimuotoinen ja vaikeastikin hahmotettava. Artikkelin tarkoituksena on analysoida terveydenhuollon priorisoinnin käsitettä ja sen kehittymistä ajallisesti sekä pohtia käsitteellisen kehityksen yhteyttä terveydenhuollossa ja laajemminkin yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin.

TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTIKESKUSTELUN KEHITYMINEN

Eri maiden kokemusten perusteella on todettu, että terveydenhuollon priorisointiin liittyvä päätöksenteko on monimuotoista ja luonteeltaan poliittista (Ham ja Coulter 2003). Moderni priorisointikeskustelu on kehittynyt vaiheittain. Ensimmäisen vaiheen voidaan katsoa alkaneen 1980-luvulla ja sen tavoitteena oli löytää oikea tapa priorisoida terveydenhuoltoa makrotasolla sekä kehittää mikrotasolla teknisiä apuvälineitä ja yksittäistä potilasta koskevia kriteerejä priorisointiongelman ratkaisemiseksi. (Ham ja Coulter 2003, Ham ja Robert 2003). Sekä Alankomaissa että Norjassa kansallisen tason poliittiset päätöksentekijät ottivat aiempaa systemaattisemmin ja avoimemmin kantaa uuden teknologian, väestön vanhenemisen, kohonneiden kustannusten ja lisääntyneiden odotusten mukanaan tuomiin haasteisiin. Alankomaissa julkaistu ns. Dunningin raportti esitteli sekä neljä kriteeriä peruspalvelujen määrittelyjen tueksi että neljä terveydenhuollon priorisoinnin painopistealuetta. Raportin linjauksilla on ollut vaikutusta sekä terveyspalvelujen järjestämiseen että asiakkaiden oikeuksiin saada palveluja (Hermans ja den Exter 1998), vaikkakin sen on arvioitu herättäneen enemmän mielenkiintoa ulkomailla kuin kotimaassa (Berg ja van der Grinten 2003).

Toisessa vaiheessa 1990-luvulla tavoitteena oli kehittää priorisointiprosesseja ja päätöksentekoa makrotasolla. Erityisesti kiinnitettiin huomiota tilivelvollisuuden, prosessien läpinäkyvyyden ja tasa-arvoisuuden edistämiseen. Yhtenä esimerkkinä tästä on Uuden Seelannin priorisointityö, jossa kansallinen komitea työskenteli yhdessä väestön kanssa pohtien yhteisiä painopistealueita, jotka sitten muotoiltiin politiikkaohjelmaksi (Edgar 2000). Uuden Seelannin keskeiset ratkaisut kulmineituvat priorisointiperiaatteiden hyväksymiseen, hoidon varausjärjestelmän kehittämiseen jonotuksen sijaan sekä hoitosuositusten ja hoitoon pääsyn kriteereiden laadintaan (Howden-Chapman ja Ashton 2000, Bloomfield 2003). Näiden linjausten toimeenpanossa kuitenkin on ilmennyt melko runsaasti ongelmia, muun muassa tavoitteena olleen alueellisten erojen vähentämisessä ei ole onnistuttu (Ashton ym. 2000).

Priorisoinnin kolmannessa vaiheessa 2000-luvun alkupuolella tavoitteena oli yhdistää tiede ja politiikka painottaen päätöksentekoprosessin menettelytapoja ja päätöksenteon tukena käytettyjen menetelmien pätevyttä. Yhä enemmän prio-

risointiprosesseissa kiinnitettiin huomiota päätösten perusteluihin ja niiden avoimuuteen (Ham ja Coulter 2003, Ham ja Robert 2003). Esimerkiksi Danielsin ja Sabinin (2002) terveydenhuollon priorisointia koskevalle päätöksenteolle muotoilemat neljä kriteeriä (julkisuus, merkityksellisyys, korjattavuus ja toimeenpano, ks. myös Hetemaa ym. 2003) edustavat tätä ajattelua. Kuitenkaan missään terveydenhuollon priorisoinnin edelläkävijä maassa nämä kriteerit eivät toteudu päätöksenteossa (Ham ja Robert 2003). Ideoiden muuttaminen politiikkaohjelmiksi on osoittautunut vaikeaksi, niiden soveltamisesta käytännön toiminnantasolle puhumattakaan.

Chris Hamin (2004) mukaan olemme nyt terveydenhuollon priorisoinnin neljännessä vaiheessa, jossa korostuu voimakkaasti priorisoinnin tutkijoiden ja päätöksentekijöiden vuorovaikutuksen tiivistämisen ja realistisen priorisoinnin tarve. Realistinen priorisointi yhdistää politiikan ja tutkimuksen, sillä sekä tieteellistä tietoa että käytännön päätöksenteon priorisoinnille asettamien reunaehtojen huomioimista tarvitaan priorisoinnin kehittämiseksi terveydenhuollossa. Eri toimijaryhmien osallistuminen, neuvottelut sekä kompromissien hakeminen ovat edellytyksiä prosessin onnistumiselle. Näitä prosesseja tukemaan on muodostettu organisaatiotasoisia innovaatioita tukevia järjestelmiä (kuten NICE, National Institute of Clinical Excellence, Englannissa), jotka mahdollistavat systemaattisemman päätöksenteon (Lammintakanen ym. 2004). Myös Ruotsissa on kansallinen taso aktivoitunut 2000-luvulla perustaen priorisointikeskuksen, jonka tarkoituksena on tietoa tuottamalla edistää sekä keskustelua että käytännön toimintaa koko maassa (Garpenby 2003).

Suomalaisen terveydenhuollon priorisointikeskustelun voi kuvata olleen melko vaimeaa. Käynnistyessään 1990-luvun alussa samanaikaisesti taloudellisen laman kanssa keskustelun lopputulos oli selvä: terveydenhuollossa ei tarvitse priorisoida, sillä tilanne paranee taloudellisen tilanteen myötä ja terveydenhuollossa selvittää yhteistyötä lisäämällä ja toiminnallisia päällekkäisyyksiä poistamalla. Priorisointityöryhmän 1994 esittämä kannanotto jäi periaatteelliselle tasolle Ruotsin ja Norjan silloisten esimerkkien mukaisesti (Arvoista valintoihin 1994). Vuosikymmenen loppupuolella aktivoituneessa julkisessa keskustelussa terveydenhuollon priorisointi nähtiin mahdollisena ratkaisuna terveydenhuollon ongelmiin. Hanasaaren konsensuskokoukses-

sa esiteltiin mahdollisia toimintatapoja terveydenhuollon priorisoimiseksi, joskin kuusi vuotta myöhemmin arvioituna toimintatavoista vain muutamaa on aidosti toteutettu (Palo 2000, Lamintakanen 2005). Viimeaikainen keskustelu on liittynyt kansallisen terveystyöprojektiin ja hoitotakuun toimeenpanoon, mutta sen konkreettiset sisällöt ovat jääneet melko vaatimattomiksi. On kuitenkin syytä painottaa, että priorisoinnin tarve ja perussyöt eivät ole poistuneet, vaan kärjistyneet koko ajan sekä Suomessa että kansainvälisesti.

TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI KÄSITTEENÄ

Palaamme takaisin lähtöruutuun ja pohdimme, mitä priorisointi käsitteenä tarkoittaa ja millaista ymmärrystä tutkijat ovat ilmiön haltuunotosta tuottaneet. Sekä arkikielessä että tieteellisissä teksteissä terveydenhuollon priorisoinnin käsitteelle on annettu monia merkityksiä. Käsitteenä terveydenhuollon priorisointia on käytetty vaihtelevasti synonyyminä rationing (sääntely, säännöstely) -käsitteen kanssa (esim. Ubel ja Goold 1998, Ham ja Coulter 2000), kapeasti ymmärrettyä asiakkaiden tai terveyspalvelujen tärkeysjärjestyksen asettamisena tai laajasti ymmärrettyä kattavaa terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen lääkäritasoisista päätöksistä aina kansallisen tason päätöksentekoon ulottuen (Mossialos ja King 1999). Säännöstelyn käsitteeseen on liitetty erilaisia (myös tunnepitoisia) miellelyhtymiä aina sota-ajan säännöstelystä (esim. Coast ja Donovan 1996) jopa ajatukseen siitä, ettei säännöstelyllä terveydenhuollossa voi olla minkäänlaisia hyväksyttäviä seurauksia (Ubel ja Goold 1998). Näistä syistä johtuen em. käsitettä harvemmin käytetään kansallisen tason terveystyöpoliittisissa keskusteluissa (Coast ja Donovan 1996, Russell 2002).

Suomalaisessa keskustelussa priorisointikäsitteeseen puolestaan yhdistyy lama-ajan toiminnan supistukset ja siksi priorisointia pidetään säästämisen ja menoleikkausten synonyymina kansallisessa keskustelussa (Möttönen 1999, Hietaniemi-Virtanen 2002). Kuten Björni ja Christiansson (1996) huomauttavat, harvemmin priorisoinniksi kutsutaan sitä, että terveydenhuollossa otetaan uutta teknologiaa tai palvelumuotoja käyttöön, vaan tässä yhteydessä puhutaan kehittämisestä, vaikka kyse on periaatteessa samanlaisesta asiasta: voimavarojen kohdentamisesta halluttuun toimintaan.

Lukuisa joukko tutkijoita on määritellyt ter-

veydenhuollon priorisointi-käsitteen, mutta varsinaisia käsiteanalyyskejä on tehty toistaiseksi vähän. Lind ja Wiseman (1978) määrittivät priorisoinnin käsitteen tarkastellen sen eri ulottuvuuksia, mm. eri tasoilla tapahtuvaa priorisointia sekä erilaisia kriteereitä ja periaatteita, jotka oikeuttavat suosimaan tiettyä hoitoa. Tore Nilstun (2000) on tarkastellut priorisoinnin käsitettä erilaisista filosofisista lähtökohdista yksilötasolla määrittellen priorisoinnin kapeasti hyödyllisen hoidon rajoittamiseksi jollakin muulla kriteerillä kuin markkinaperusteisesti. Se, valitaanko tarkastelun lähtökohdaksi benthamilainen tai rawlsilainen oikeudenmukaisuusnäkemys, johtaa kahteen erilaiseen terveydenhuollon priorisoinnin lopputulokseen. Nilstunin (2000) mielestä kumpikaan lähtökohta ei ole ainut oikea vaihtoehto, vaan olennaista on tiedostaa, miten erilaiset oikeudenmukaisuusnäkemykset vaikuttavat ymmärrykseen priorisoinnista.

Hoedemakers ja Dekkers (2003) ovat analysoineet priorisoinnin kannalta keskeisiä käsitteitä, kuten terveys, sairaus, normaalius ja elämänlaatu, ja niille annettujen eri tulkintojen vaikutusta priorisointi-käsitteen ymmärtämiseen (ks. myös Liss 2002). Heidän keskeinen viestinsä on, että priorisointiin liittyvät käsitteet ovat monitulkintaisia, mikä heijastuu myös priorisoinnin käsitteen määrittelyyn. Lisäksi Lamintakanen (2005) on analyysissään todennut priorisointi-käsitteen olevan kontekstisidonnainen. Käsite on kehittynyt yhteiskunnallisia ja erityisesti terveyspalvelujärjestelmää kohdanneiden muutoksia heijastaen ja siten priorisoinnilla on vahva ajallinen ja toimintaympäristöön liittyvä yhteys. Käsite on edelleen kehittyvä ja sen ala on laajentunut viimeisten vuosikymmenten aikana.

Barbara Russell (2002) on puolestaan analysoinut rationing-käsitettä ja päätenyt siihen, että käsitteen ominaisuudet ovat määrä, arvokas ja rajoittaminen. Tiivistetysti sääntelyä tapahtuu, kun on olemassa rajallinen määrä jotakin haluttua, arvokasta asiaa, jonka saamista tai saavuttamista pyritään rajoittamaan jonkun henkilön tai instituution toimesta. Aikaisempien käsiteanalyysien perusteella ei kuitenkaan löydy selkeää ja yhtenevää määritelmää terveydenhuollon priorisoinnista, vaan ne valottavat käsitettä eri puolilta ja tarkastelevat priorisointia myös lähikäsitteiden avulla.

Käsitteen määrittelyn ja analyysin tekee vaikeaksi myös se, että terveydenhuollon priorisointikeskusteluun ja päätöksentekoon osallistuvien

toimijoiden ymmärrys ilmiöstä on erilainen. Kunta- ja valtiotason poliittisilla päätöksentekijöillä ja viranhaltijoilla, terveydenhuollon ammattilaisilla ja muilla asiantuntijoilla sekä kansalaisilla ja asiakkaila on omat näkemyksensä ja intressinsä priorisointiin liittyen (esim. New 1996). Suomessa on Miettisen (2003) tutkimuksessa analysoitu terveydenhuollon priorisointiin liittyvää kansalais- ja asiantuntijadiskurssia. Tuloksena todettiin, että lehtien mielipidepalstojen kirjoittelu dominoivat asiantuntijoiden näkemykset. Aitoa kansalaisnäkökulman diskurssia edusti toteamus, että priorisointi tarkoittaa hoidotta jättämistä. Myös käytännön toimijoiden ja tutkijoiden näkemykset priorisoinnista erosivat siten, että käytännön toimijoiden terveydenhuollon priorisointiin liittyvä diskurssi oli kriittisempää ja negatiivisempaa sävyiltään kuin tutkijoiden diskurssi, joka korosti muutostarvetta ja kehittämistä priorisoinnin yhteydessä. (Miettinen 2003).

KÄSITEANALYYSIN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä tutkimuksessa sovellettiin Rodgersin evoluutionaarista käsiteanalyysimallia terveydenhuollon priorisointi-käsitteen jäsentämisessä (ks. tarkemmin käsiteanalyysimallin soveltamisesta ja metodologian tarkastelusta Lammintakanen ym. 2006). Käsiteanalyysin tuloksia on yleisemmin esitelty Lammintakanen (2005) väitöskirjassa, mutta tätä artikkelia varten aineistoa on analysoitu pidemmälle ja tuloksia on jäsennetty syvällisemmin.

Rodgersin käsiteanalyysissä tarkastellaan käsitettä edeltäviä tekijöitä, käsitteen ominaispiirteitä, seurauksia, lähikäsitteitä, korvaavia käsitteitä ja sovellusalueita (esim. Rodgers 1989, 1993). Analyysissä pyritään tunnistamaan käsitteen intensio eli käsitteeseen liittyvien ominaisuuksien ryhmä, jotka antavat merkityksen käsitteelle. Analyysi tunnistaa myös ekstension eli käsitteen soveltamisalan. (esim. Järvinen 1999). Käsiteanalyysi edellyttää huolellista tarkastelua aiemmasta käsitteen käytöstä, jotta löydetään yhtäläisyydet ja erot muihin käsitteisiin. Evoluutionaarisen käsiteanalyysin pohjalta tehdyt määritelmät ovat usein konsensukseen perustuvia työ-määritelmiä, sillä mallin perusolettamusten mukaisesti käsitteet ovat ajassa muuttuvia ja kehittyviä, eikä niistä voida esittää lopullista totuutta (Rodgers 1989, 1993).

Rodgersin (1989, 1993) käsiteanalyysin periaatteiden mukaan aineistonhankinta toteutettiin systemaattisesti. Soveltuvaa aineistoa (tieteellisiä

artikkeleita, pääkirjoituksia ja kirjeitä) haettiin hakusanoilla ”prioritisation”, ”priority setting”, ”rationing” ja ”choices” (rajautuen makro- ja mesotasolle) valituista tietokannoista (Medline, Cinahl, CSA: Cambridge Scientific Abstracts). Hakutulokset järjestettiin aakkosjärjestykseen vuosittain. Aineistoa täydennettiin ns. klassikkoaineistolla, joka selvitettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta varten koottujen aikaisempien tutkimusten lähdeluetteloista ottamalla mukaan eniten viitatus julkaisut. Lisäksi kysyttiin neljältä asiantuntijalta heidän näkemyksiään, mitkä julkaisut muodostavat terveydenhuollon priorisointia koskevan klassikkomateriaalin. Näin aineistoksi valikoitui kansainvälisiä, englanninkielisiä julkaisuja yhtä suomalaista priorisointia kuvaavaa artikkelia lukuun ottamatta.

Aineisto jaettiin ajallisesti kolmeen osaan, jotta oli mahdollista tarkastella tutkimuksen tavoitteen mukaisesti käsitteen muuttumista ajassa. Luokittelussa huomioitiin ensinnäkin se, että julkaisuaktiivisuus on kasvanut huomattavasti vasta 1990-luvun aikana ja vanhempaa materiaalia oli melko vähän saatavilla. Tämän vuoksi 1990-luvun taite jakoi aineistoa. Toiseksi, priorisointikeskustelu on systematisoitunut kansainvälisesti 1990-luvun loppupuolella esimerkiksi siten, että kansainväliset priorisointikonferenssit aloitettiin 1996. Lisäksi 1990-luvulla on tapahtunut runsaasti erilaisia terveydenhuollon uudistuksia. Näillä perusteilla 1990-luvulla julkaistu aineisto jaettiin kahteen osaan. Jokaisesta osa-aineistosta otettiin tasavälisellä otannalla mukaan 15 artikkelia, kun taas klassikkoaineistot painottuivat kahteen ensimmäiseen tarkasteltavaan ajanjaksoon (ks. taulukko 1).

Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön-analyysillä kukin osa-aineisto kerrallaan ja jokaisesta osa-aineistosta tunnistettiin erikseen edeltävät tekijät, ominaispiirteet ja seuraukset. Artikkelit luettiin ensin kokonaisuudessaan läpi, jotta saatiin kuva kustakin artikkelista, sen jälkeen tunnistettiin analyysiyksiköinä olevat merkitykselliset sanat, lauseen osat tai lauseet, jotka kuvasivat käsitettä ja sen eri ulottuvuuksia. Tässä vaiheessa huomioitiin sekä julkilausutut että piilevät ilmaisut. Tämän jälkeen aineistona olevat autenttiset ilmaisut ryhmiteltiin ja pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alakategorioita joita yhdistettiin yläkategorioiksi niin kauan kuin se oli analyysin kannalta mielekästä (Cavanagh 1997, Kyngäs ja Vanhanen 1999). Lopputuloksena syntyi terveydenhuollon priorisoinnin edeltä-

Taulukko 1.

Käsitteanalyysin aineiston kokoaminen

Otos	Ennen 1991	1991–1996	1997–2002
Haku			
• Kokonaismäärä 685, päällekkäisyyksien poistamisen jälkeen 343	49	151	143
• Otos (45)	15 (31 %)	15 (10 %)	15 (11 %)
• Saatavilla olevat ja soveltuvat artikkelit	13	13	15
Klassikkoaineisto 1990–2000 (n = 12)	3	9	0
Otoksen koko	16	22	15

viä tekijöitä, seurauksia ja ominaisuuksia kuvaavat yhdistävät kategoriat. Näitä yhdistäviä kategorioita verrattiin ajassa ja selvitettiin, miten käsitteen käyttö on kehittynyt tarkastellussa melko lyhyessäkin ajanjaksossa. Analyysin edetessä alkuperäisistä artikkeleista tarkastettiin tulkintojen vastaavuutta.

TULOKSET

Esittelemme tässä tulokset tiivistetysti Rodgersin mallia mukailien siten, että ensin tarkastelemme edeltäviä tekijöitä, sitten käsitteen ominaisuuksia, seurauksia ja viimeiseksi käyttöalueita (ks. myös Lammintakanen 2005). Tulosten esittelyssä painotamme viimeisimmän ajanjakson tuloksia, jota käytämme vertailukohtana tarkastellessamme käsitteen ajallista kehittymistä.

Analysoiduissa artikkeleissa kuvattiin runsaasti terveydenhuollon priorisointia edeltäviä tekijöitä, joiden painotukset ovat muuttuneet ajassa. Seuraavat tekijät johtavat nykyisen käsityksen mukaan terveydenhuollon priorisointiin: 1) lisääntynyt terveydenhuollon kysyntä, 2) kustannusten hillinnän vaatimus; 3) rajallisten voimavarojen kohdentamisen ongelmat; 4) viimeaikaisissa terveydenhuollon uudistuksissa esiin tulleet ongelmat; 5) hoidon saatavuuden ja palvelujen kattavuuden ongelmat ja 6) median esiin nostamat traagiset yksilötapaukset. Näistä tekijöistä lisääntynyt kysyntä, kustannusten hillinnän vaatimus ja rajallisten voimavarojen kohdentaminen ovat olleet priorisointia edeltäviä tekijöitä koko tarkastelujakson ajan.

Priorisointia edeltävissä tekijöissä on kuitenkin havaittavissa jonkin verran ajallisia muutoksia. Esimerkiksi ”lisääntynyt kysyntä” on saanut erilaisia painotuksia eri aikoina, sillä keskustelu on siirtynyt potilaiden hoidontarpeista asiakkaiden palvelujen kysyntään. Vielä muutama vuosikymmen sitten terveydenhuollon priorisointiin

johtavana tekijänä pidettiin potilaiden hoidon tarpeiden muuttumista ja lisääntymistä ikääntymisen sekä teknologisen kehityksen vuoksi. Lisääntyneet krooniset sairaudet, viimeisen elinvuoden hoitoaktiiviteetin nousu ja toimintakyvyvaukset lisäsivät hoidon tarvetta. Myös hoidon tarpeen käsite määriteltiin aiempaa laajemmin. 1990-luvun taitteessa tarvekeskustelu vaimeni ja potilaslähtöisen hoidon tarpeen sijasta alkoi korostua asiakaslähtöinen palvelujen kysyntä sekä asiakkaiden odotukset ja vaatimukset.

Kustannusten hillintään liittyneen keskustelun sävy on tiukentunut ajassa. Aiemmin keskusteltiin kustannusten hillintäpaineista, kun taas viime aikoina paineet ovat muuttuneet vaatimuksiksi. Kustannusten hillinnässä onnistuminen nähdään nykyisin edellytyksenä terveyspalvelujen turvaamiselle. Voimavarojen kohdentamiseen liittyvässä keskustelussa on viime vuosina korostunut yhä selvemmin kohdentamisen vaikeus ja vaatavuus.

Terveydenhuollon priorisointia edeltäviksi tekijöiksi 1990-luvun alkupuolen keskustelussa nousivat terveydenhuollossa toteutetut uudistukset ja vuosikymmenen loppupuolella korostuivat näihin uudistuksiin liittyvät epäkohdat, kuten esimerkiksi epätasa-arvoisuus hoidon saatavuudessa. Keskustelu kohdentuu nykyisin sekä hoitoon pääsyyn (kuka saa) että palvelujen laajuuteen (mitä palveluja tarjotaan), joita ei aikaisemmin ole tunnustettu priorisointia edeltävinä tekijöinä.

Sen sijaan viimeaikaisesta keskustelusta puuttuu aiemmassa keskustelussa tehty huomio siitä, että terveydenhuollon priorisointiin tarvitaan riittävästi tietoa. Tämä oli esillä vielä 1990-luvun alkupuolella. Syistä on jäänyt pois myös aikaisemmassa kirjallisuudessa ilmaistu pelko terveydenhuoltoa kohtaavista supistuksista, jotka johtivat priorisointiin. Nykyisin keskustellaan enemmänkin median esiin nostamista yksittäistapauk-

sista, joiden kohdalla hoitoon pääsy on viivästynyt dramaattisesti tai hoito on epäonnistunut yhtenä priorisointia edeltävänä tekijänä.

Käsiteanalyysin perusteella on todettavissa, että nykyisin priorisointikäsitteeseen sisältyy viisi ominaisuutta: 1) suhteellisuus 2) haasteellisuus 3) prosessimaisuus ja oikeudenmukaisuus 4) poliittisuus ja 5) muutos. Näistä suhteellisuus ja haasteellisuus ovat olleet käsitteen ominaisuuksia koko tarkastellun ajanjakson ajan. Priorisoinnin ydin on päätös ja päätösten tekeminen, johon nämä edellä kuvatut ominaisuudet liittyvät. Päätösten tekeminen kohdistui kapeimmillaan voimavarojen jakamiseen tarpeen perusteella, mutta viimeaikaisessa keskustelussa yhä laajempiin kysymyksiin, kuten hoitoon pääsyyn ja saatavuuteen sekä terveyspalvelujen laajuuteen.

Suhteellisuus viittaa siihen, ettei ole olemassa priorisointia irrallisena, vaan on kysymys aina vähintään kahdesta vaihtoehdosta, joihin päätökset kohdentuvat. Ominaisuus ei ole muuttunut ajassa. Suhteellisuuteen liittyy vahvasti haasteellisuus, sillä vaihtoehtoja, joista päätetään, voi olla runsaasti. Haasteellisuus viittaa lisäksi siihen, että priorisoinnissa on kyse monimuotoisista, jopa ristiriitaisista, arvoja koskettavista ja tunnetason päätöksistä. Ominaisuus on koko tarkastelujakson aikana liitetty priorisointiin hieman erilaisin painotuksin: on vuoroin korostettu toimintaympäristön monimuotoisuutta, vaikeutta ja ongelmallisuutta haasteellisuuden lähtökohtina.

Prosessimaisuus ja oikeudenmukaisuus liittyvät kiinteästi terveydenhuollon priorisoinnin käsitteeseen. Kyseessä eivät ole yksittäiset päätökset vaan jatkuva päätösten sarja, jossa sekä päätösten tekemisen prosessin että päätösten perusteiden odotetaan olevan oikeudenmukaisia. Nämä ominaisuudet ovat korostuneet erityisesti viime aikoina. Päätöksenteon perusteille ja niiden oikeudenmukaisuudelle on asetettu yhä enemmän vaateita ja ehtoja. Poliittisuus sisältää ajatuksen sekä toimijoista että toiminnan luonteesta. Poliittisuutta priorisoinnin ominaisuutena ei tunnistettu toisessa osa-aineistossa, vaan se on noussut uudelleen esiin viimeaikaisessa kirjallisuudessa. Lisäksi 1990-luvulla on priorisointiin tullut uutena ominaisuutena muutos, jota ei ole liitetty priorisointiin aiemmin. Priorisointi siis muuttaa ole-massa olevaa.

Käsitteen ominaisuuksista ovat jääneet pois epätäydellisyys ja ratkaistavissa oleva, jotka esiintyivät 1990-luvun alkupuolen kirjallisuudessa. Epätäydellisyys viittaa siihen, että terveydenhuol-

lon priorisoinnissa oletetaan olevan jokin tavoiteltava ideaalimalli, jota ei koskaan saavuteta käytännön toimilla. Siksi priorisointi on epätäydellistä. Ratkaistavissa oleva puolestaan kuvaa sitä, että terveydenhuoltoa kohdanneet moninaiset ongelmat koettiin pystyvän ratkaisemaan priorisoinnilla.

Terveydenhuollon priorisointiin liittyvä tieteellinen kirjallisuus ei kovin selkeästi tunnista millaisia seurauksia priorisoinnilla on, sillä vain osassa artikkeleista kuvattiin priorisoinnin seurauksia. Seurauksista muodostui kaksi kategoriaa jotka nimettiin seuraavasti: 1) seuraukset voivat olla joko positiivisia tai negatiivisia ja 2) priorisoinnin seurauksista ei ole konsensusta. Nämä seuraukset ovat tunnistettavissa koko tarkastelulla ajanjaksolla, mutta niiden sisältö on laajentunut ajan kuluessa. Nämä kategoriat ovat muuttuneet ajallisesti siten, että positiiviset ja negatiiviset seuraukset (määriteltyinä eri tahojen tavoitteista ja intresseistä) kohdentuivat yhä nykyisin useammalle taholle ja tasolle. Riippuen kirjoittajasta ja tarkastelunäkökulmasta priorisoinnista katsottiin aiheutuvan myönteisiä (esim. hoitoon pääsy) tai kielteisiä (esim. epätasa-arvoisuus palvelun saamisessa) vaikutuksia niin yksilöille, yhteiskunnalle, kustannuksiin kuin voimavaroihinkin. Toisin sanoen, viimeaikaisessa keskustelussa on pystytty selvemmin yksilöimään ne asiat, joihin priorisoinnilla voi olla joko positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia.

Osittain käsitteen käyttöaluetta on jo kuvattu edellä muun muassa siitä näkökulmasta, mihin priorisointi kohdistuu (voimavarat, palvelut, saatavuus, hoitoon pääsy ym.) Käsitteen käyttöalueiden tarkempi tarkastelu osoitti lisäksi, että terveydenhuollon priorisointiin liittyy vahva sairauslähtöinen ajattelutapa. Pääsääntöisesti terveydenhuollon priorisoinnista keskustellaan länsimaissa, pitkälle erikoistuneen hoidon ja hoitomuotojen yhteydessä, eivätkä nämä sovellusalueet juuri ole muuttuneet ajassa. 1990-luvun alkuvuosina terveydenhuollon priorisoinnista keskusteltiin myöskin terveyden edistämisen, hoitotyön ja mielenterveyden yhteydessä, mutta saman vuosikymmenen loppupuolella näitä alueita ei enää mainittu priorisointikeskustelussa juuri lainkaan. Tyypillisimmillään priorisointi siis liitetään vaatimaan ja erikoistuneeseen hoitoon kuten elinsiirtoihin, tehohoitoon ja päivystystilanteisiin. Kaksi useimmin mainittua potilasryhmää priorisoinnin yhteydessä ovat kriittisesti sairast potilaat ja vanhukset.

POHDINTA

LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU

Artikkelin tarkoituksena oli analysoida terveydenhuollon priorisoinnin käsitettä ja sen kehittymistä ajallisesti sekä pohtia käsitteellisen kehityksen yhteyttä terveydenhuollossa ja laajemminkin yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin. Käsiteanalyysin luotettavuutta voidaan tarkastella laadullisen tutkimuksen kriteerein, vaikkakin valitussa käsiteanalyysimallissa on tunnistettavissa tiettyjä määrälliseen tutkimukseen kuuluvia elementtejä (kuten aineiston keruun systematisointi ja otantamäärät). Laadullisessa tutkimuksessa on esitetty erilaisia luotettavuuden tarkastelun kriteereitä, kuten uskottavuus, siirrettävyys, varmuus, vahvistuvuus (esim. Eskola ja Suoranta 1998). Tässä keskitytään pohtimaan lähinnä 1) analyysiprosessin uskottavuutta ja vahvistuvuutta sekä 2) aineiston valikoitumista ja käsiteanalyysiin liittyviä rajoituksia sekä tulosten siirrettävyyttä.

Sovellettua hakustrategiaa noudattaen saatu aineisto oli rikas ja moniulotteinen ja vielä hallittavissa oleva kokonaisuus. Aineisto mahdollisti haluttuun kysymykseen vastaamisen ja oli siten riittävä. Analyysiprosessin hallitsemiseksi Rodgersin aineistoa koskevista määrällisistä vaatimuksista luovuttiin (vähintään 30 kpl/osio) ja todettiin, että induktiivisen sisällönanalyysin huolellisen toteuttamisen vuoksi aineiston määrä ei voi olla ratkaiseva tekijä (ks. Sandelowski 1995), vaan pikemminkin aineiston laatu ratkaisee. Analyysi tuotti monipuolisen kuvan terveydenhuollon priorisoinnin käsitteestä, sen kehittymisestä sekä ymmärryksen käsitteen nykyisestä käytöstä. Tutkijat tunsivat aihepiiriin hyvin, jolla on vaikutusta sekä tulkintoihin että tehtyihin päätelmiin. Toisaalta perehtyminen mahdollistaa selkeämmän kokonaiskuvan saamisen ilmiöstä, auttaa jäsentämään ja suhteuttamaan analyysissä esiin nousseita asioita sekä helpottaa kategorioiden muodostamista. Toisaalta taas aihepiiriin ennalta tunteminen voi sokeuttaa tutkijat omiin vakiintuneisiin ajatusrakennelmiinsa ja jo tehtyihin tulkintoihin asiasta. Siksi tutkimuspäiväkirjaa pidettiin analyysivaiheessa, jotta sekä ilmiöön liittyvät ennako-oletukset tunnistettiin, tehdyt tulkinnat pysyivät linjassa keskenään että pyrittiin ottamaan huomioon myös omista ennakoajatuksista poikkeavat näkökulmat.

Aikaisemmat käsiteanalyysit eivät suoranaisesti vahvasta tämän analyysin tuloksia johtuen

pitkälle siitä, että käsiteanalyysit ovat tarkastelleet priorisoinnin käsitettä eri tavoin (esim. filosofisten lähtökohtien vaikutus käsitteeseen; Nilstun 2000). Tässä analyysissä esiin nousseet käsitteen ominaisuudet ovat erilaiset kuin Russellin (2002) rationing-käsitteen analyysissä esiin nousseet, joka viittaa siihen, ettei näitä kahta käsitettä voi käyttää synonyymeinä (ks. Garpenby 2003). Lisäksi Lindin ja Wisemanin (1978) esittämät priorisoinnin tasot ja kriteerit eivät sellaisinaan olleet tämän analyysin perusteella priorisointi-käsitteen ominaisuuksia. Sen sijaan tuloksille löytyy vahvistusta esimerkiksi alussa kuvattua priorisointikeskustelun painopisteiden muutoksista, jotka heijastuvat käsitteen ajallisena kehittymisenä myös käsiteanalyysissä.

Tutkimuksessa tehdyt rajaukset vaikuttavat saataviin tuloksiin. Käsiteanalyysi kohdennettiin tieteellisissä lehdissä julkaistuihin tutkimusartikkeleihin, pääkirjoituksiin ja kirjeisiin. Analyysissä olisi ollut mahdollista hyödyntää myös muilla foorumeilla, kuten esimerkiksi ammattilehdissä julkaistuja artikkeleita, mutta tutkimuksen tavoitteen mukaisesti rajauduttiin tieteellisiin lehtiin. Aiheesta kiinnostuneiden tutkijoiden tuottama ymmärrys terveydenhuollon priorisoinnin käsitteestä on melko hajanaisista, vaikka heiltä voisi odottaa jäsenystä monimuotoisesta ilmiöstä, joka tukisi ja helpottaisi päätöksentekijöiden työtä. Käsiteanalyysi valaisee tieteellisissä lehdissä vallitsevaa ymmärrystä terveydenhuollon priorisoinnista, vaikka sekä kansalaisten että professioiden mahdollisesti erilainen näkökulma olisi myös tärkeä ottaa huomioon (ks. Miettinen 2003).

Käsiteanalyysin tulos kuvaa kansainvälistä näkemystä terveydenhuollon priorisoinnista. Suomalaiseen kirjallisuuteen perustuva analyysi saattaisi painottaa käsitteen ominaisuuksia eri tavoin ja tuottaa siten erilaisen, kulttuuriset piirteet paremmin huomioon ottavan ymmärryksen käsitteestä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan haluttu rajautua vain suomalaiseen aineistoon, mikä sinänsä olisi tärkeä jatkotutkimuksen aihe, vaan ymmärtää ilmiötä laajemmin. Käsiteanalyysin aineisto hankittiin lääke- ja yhteiskuntatieteellisistä tietokannoista, joka myös vaikuttaa analyysin tuloksiin (ks. esim. Innvaer ym. 2001). Ymmärrys priorisoinnista voisi olla laajempi ja monipuolisempi, mikäli aineistoa olisi hankittu hallinto-, kauppa- ja politiikkatieteisistä tietokannoista. Valinta oli kuitenkin perusteltu, sillä tässä ei haluttu selvittää käsitteen käytön eroja tieteenalojen

välillä, mikä olisi myös mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

TERVEYDENHUOLLON PRIORISOINTI JA TERVEYSPOLITIikka

Terveydenhuollon priorisointi-käsite osoittautui analyysin perusteella osittain epäselväksi ja jäsenytymättömäksi. Priorisointi määriteltiin alustavasti käsiteanalyysin perusteella seuraavasti: Terveydenhuollon priorisointi on eri vaihtoehtojen välillä tapahtuvaa, oikeudenmukaista ja perusteltua päätöksentekoa, jonka tavoitteena on ohjata terveyspalvelujen järjestämistä muuttuvassa toimintaympäristössä. Käsitteen ala (= intensio) on laajentunut ajassa ja yhteiskunnan muuttuessa, mikä tuottaa ongelmia ilmiön hahmottamisen kannalta. Esimerkiksi priorisointia edeltävien tekijöiden ajallisessa kehittämisessä näkyy muun muassa uuden julkisjohtamisen (NPM, new public management) oppien omaksuminen terveydenhuollossa. Käsite on kehittynyt heijastaen myös muita terveyspoliittisia linjauksia, esimerkiksi hoidon saatavuuden näkökulma on noussut vahvasti mukaan keskusteluun vasta viime vuosina (esim. Uuden Seelannin hoitoon pääsykriteerien laadinta). Käsitteen soveltamisala (= ekstensio) on myös laajentunut ajallisesti voimavarojen kohdentamisesta kattamaan yhä suuremman osan terveydenhuollon päätöksenteosta, vaikkakin näistä keskustellaan edelleen sairauslähtöisesti tiettyihin hoitoihin ja potilasryhmiin rajautuen.

Käsiteanalyysissä tuli esiin se, että terveydenhuollon priorisointi on kulttuurisidonnaista ja vahvasti yhteydessä vallitseviin yhteiskunnallisiin arvoihin, terveyspalvelujärjestelmän organisoitija rahoitusperiaatteisiin sekä terveydenhuollossa meneillään oleviin ja suunniteltuihin uudistamispyrkimyksiin. Tämän vuoksi yhtä, universaalia priorisointimallia ei voida tehdä, eivätkä toisten maiden sovellukset ole myöskään suoraan sovellettavissa esimerkiksi suomalaisessa yhteiskunnassa. Kyseessä on siten vahvasti kontekstisidonnainen ilmiö. Terveydenhuollon priorisointiin liittyvät päätökset eivät tapahdu irrallaan muusta päätöksenteosta, vaan ovat mitä suurimmassa määrin osa päätösten ketjua.

Käsiteanalyysi osoitti myös sen, että terveyspoliittisesta päätöksenteosta ja terveydenhuollon priorisoinnin vaikutuksista on melko vähän tutkittua tietoa (myös Bäckman ym. 2004). Systemaattisempi seuranta tai arviointi puuttuu käytännössä kokonaan. Tutkimuksellisesti priorisoinnin vaikutuksia on ilmeisen vaikeaa tunnistaa, muun muassa siitä syystä, että harvoin vaikutuk-

set ovat yhden yksittäisen päätöksen tuottamia, vaan ne muodostuvat usean eri päätöksen seurauksena. Lisäksi toimeenpanoprosessilla on suuria vaikutuksia siihen, millä tavoin erilaiset päätökset lopulta vaikuttavat terveydenhuollon käytännön toimintaan.

Terveydenhuollon priorisoinnin ajallista kehittymistä voidaan tulkita organisaatiokulttuuritutkimuksen pääsuuntausten mukaisesti (esim. Smirchih 1983, Alvesson 1989, Kinnunen 1990, ks. tarkemmin Lammintakanen 2005). Aikaisemmat terveydenhuollon priorisointia koskevat sekä poliittiset toimintaohjelmat että tutkimuksellinen tieto perustui ajatukseen, että priorisointi on jokin hallittava osa terveyspolitiikkaa, palvelujärjestelmää ja käytännön toimintaa ("health policy has prioritisation"). Tämän ajattelutavan mukaan on löydettävissä teknisluonteisia ratkaisuja priorisointiongelmaan, joka käsitetään pitkälle voimavarojen kohdentamiseen liittyvänä toimintana. Nykyisen ymmärryksen mukaan priorisointi läpääsee terveyspolitiikan, palvelujärjestelmän ja käytännön toiminnan ("health policy is prioritisation"). Päätöksenteko, riippumatta siitä millä tasolla se tapahtuu, on terveydenhuollon priorisointia.

Miksi sitten on tarpeen ymmärtää ja tietää enemmän terveydenhuollon priorisoinnista terveyspolitiikan näkökulmasta? Keskeinen kysymys lienee, miten terveydenhuollossa ja sitä koskevassa poliittisessa päätöksenteossa priorisoidaan, jos ei selkeästi ja konkreettisesti hahmoteta mitä tehdään. Kun asiaa pohditaan suomalaisen terveyspolitiikan kannalta, voi kysyä, onko meillä realistisia mahdollisuuksia priorisointipolitiikan muotoutumiseen, jos päätöksenteon kohde on epäselvä? Suomessahan on ensimmäisiä askelia otettu avoimemman priorisoinnin suuntaan ns. hoitotakuu-lainsäädännön säätämällä ja siihen liittyvällä hoitoon pääsyn kriteereiden laadinnalla (esim. STM 2005). Hoitotakuu kattaa kuitenkin vain pienen osan laajasta priorisointikentästä ja kansainväliset esimerkit osoittavat, etteivät hoitoon pääsyn kriteereiden vaikutukset ole kovin pitkäkestoisia (ks. esim. Hanning ja Lundström 1998). Suomalaisen terveyspolitiikan ja erityisesti priorisoinnin näkökulmasta olisikin kiinnostavaa selvittää, millä tavoin ymmärrys terveydenhuollon priorisoinnista muuttuu hoitotakuun myötä. Käsitteellinen työ voisi auttaa sekä poliittisia päätöksentekijöitä että muita toimijoita selkiyttämään näkemyksiään terveydenhuollon priorisoinnista ja ymmärtämään sen osaksi terveyspoliittis-

ta päätöksentekoa. Jo aiemmin esitettyjen jatkotutkimusideoiden lisätutkimusta tarvitaan ainakin 1) toimeenpanon kysymyksistä ja 2) vanhojen,

totuttujen toimintakäytäntöjen muuttamisen haasteista terveydenhuollossa.

Lammintakanen J, Kinnunen J, Kylmä J. Health care prioritisation as political process and concept
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2006;43:124–133

The aim of this study is to clarify current use of the concept of health care prioritisation in scientific debate, and to analyse the concept's evolution over time. Despite an abundance of publications on the issue, little attention has been given to actual analysis of the concept. Rodgers' evolutionary concept analysis model was adopted as a methodological frame for this analysis. The data was acquired from different databases (Medline, Cinahl, CSA), and consisted of both articles published during the period 1970–2002 (n= 41), and so-called classic articles in the field (n = 12). The data was analysed using inductive content analysis. The attributes of the concept were 1) a rela-

tion between two or more; 2) a process of fair and justified decisions; 3) complexity; 4) political and 5) change. The antecedents evolved temporally, reflecting societal changes. It was found that the consequences of prioritisation were considered somewhat controversial in the articles analysed. Over time, the concept, as such, has evolved in close relation to societal development. This concept analysis suggests that, in order to gain a solid basis for practical implications in health policy, further research and theory development on health care prioritisation, more development of the actual concept is required.

KIRJALLISUUS

- Alvesson M. The culture perspective on organisations: instrumental values and basic features of culture. *Scandinavian Journal of Management* 1989;2:123–36.
- Arvoista valintoihin. Terveydenhuollon priorisointiryhmän raportti. *Stakes raportteja* 161. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1994.
- Ashton T, Cumming J, Devlin N. Priority setting in New Zealand: translating principles into practice. *J Health Serv Res Policy* 2000;3:170–75.
- Berg M, van der Grinten T. *The Netherlands*. Teoksessa Ham C, Robert G, toim. *Reasonable rationing*. International experience of priority setting in health care. State of Health. Open University Press, Philadelphia 2003.
- Björni J, Christiansson T. Prioritering inom socialvården ur allmänhetens, politikerns och tjänstemannens synvinkel. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1996;3:272–85.
- Bloomfield A. New Zealand. Teoksessa Ham C, Robert G, toim. *Reasonable rationing*. International experience of priority setting in health care. State of Health. Open University Press, Philadelphia 2003.
- Bäckman K, Andersson A, Carlsson P. Open priorities in Östergötland. Part 1. The political decision making process. National Centre for Priority Setting in Health Care. 2004;4. English version. <http://www.e.lio.se/prioriteringscentrum>
- Cavanagh S. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 1997;4:5–16.
- Coast J, Donovan J. Conflict, complexity and confusion: the context for priority setting. Teoksessa Coast J, Donovan J, Frankel S, toim. *Priority setting: the health care debate*. Wiley & Sons, Chichester 1996.
- Daniels N, Sabin J.E. Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources? Oxford University Press, Oxford 2002.
- Edgar W. Rationing health care in New Zealand – How the public has a say. Teoksessa Coulter A, Ham C, toim. *The global challenge of health care rationing*. Open University Press, Buckingham 2000.
- Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. *Vastapaino, Tampere* 1998.
- Garpenby P. The priority setting process – A macro perspective. National Centre for English version. *Priority Setting in Health Care*. 2003;3. <http://www.e.lio.se/prioriteringscentrum>
- Ham C, Coulter A. International experiences of rationing (priority setting) Teoksessa Coulter A, Ham C, toim. *The global challenge of health care rationing*. Open University Press, Buckingham 2000.
- Ham C, Coulter A. International experience of rationing. Teoksessa Ham C, Robert G, toim. *Reasonable rationing*. International experience of priority setting in health care. State of Health. Open University Press, Philadelphia 2003.
- Ham C, Robert G, toim. *Reasonable rationing*. International experience of priority setting in

- health care. State of Health. Open University Press, Philadelphia 2003.
- Ham C. Where are we now? Esitys **The fifth** international conference on priorities in health care. Wellington 5.11.2004.
- Hanning M, Lundström M. Assessment of the maximum waiting time guarantee for cataract surgery. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;1:180–93.
- Hermans H, den Exter A. Priorities and priority setting in health care in the Netherlands. *Croat Med J* 1998;3:346–55.
- Hetema T, Vuorenkoski L, Keskimäki I. Priorisointi ja jonoonasettamisindikaattorit: kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003.
- Hietaniemi-Virtanen N. Onko suomalaisissa kunnissa supistamispolitiikkaa? Kuntien perusopetusmenojen supistamistavoitteet ja niiden toimeenpano valituissa tapauksissa 1990-luvulla. *Acta Wasaensia* 96. *Hallintotiede* 6, Vaasa 2002.
- Hoedemaekers R, Dekkers W. Key concepts in health care priority setting. *Health Care Anal* 2003;4:309–23.
- Howden-Chapman P, Ashton T. Public purchasing and private priorities for health care in New Zealand. *Health Policy* 2000;1:27–43.
- Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J of Health Serv Res Policy* 2002;4:239–244.
- Järvinen P. On research methods. *Opinpaja Oy, Tampere* 1999.
- Kinnunen J. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4/1990, Kuopio 1990.
- Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;1:3–12.
- Lammintakanen J, Vuorenkoski L, Nikkinen J. Oslosta Wellingtoniin – mitä terveydenhuollon priorisoinnissa on tapahtunut kahden vuoden aikana? *Hallinnon Tutkimus* 2004;4:49–51.
- Lammintakanen J. Health care prioritisation – Evolution of the concept, research and policy process. **Kuopio University Publications E. Social Sciences** 116, Kuopio 2005.
- Lammintakanen J, Kivinen T, Kinnunen J, Kylmä J. Käsiteanalyttisen tutkimuksen soveltaminen terveyshallintotieteessä. *Käsikirjoitus* 2006.
- Lind G, Wiseman C. Setting health priorities: a review of concepts and approaches. *J Soc Policy* 1978;4:411–40.
- Liss P-E. Fördelning, prioritering och ransonering av hälsö- och sjukvård – en begreppsanalys. *Prioriteringscentrum* 2002;4. saatavilla: <http://www.e.lio.se/prioriteringscentrum>
- Lönning I. Why politicians fail in priority setting? Esitys **The fourth international conference on priorities in health care**. Oslo 19.9.2002.
- Miettinen A. Terveydenhuollon priorisointi diskursina sanoma- ja ammattilehdissä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Terveyshallinnon ja -talouden laitos 2003.
- Mossialos E, King D. Citizens and rationing: analysis of a European study. *Health Policy* 1999;1–2:75–135.
- Möttönen S. Kunnallisten palvelujen priorisoinnin ongelmallisuudesta. *Hallinnon Tutkimus* 1999;1:93–99.
- New B. The rationing agenda in the NHS. *Br Med J* 1996;312:1593–1601.
- Nilstun T. Priority setting, justice and health care: conceptual analysis. *Croat Med J* 2000;4:375–77.
- Norheim O-F. Norway. **Teoksessa Ham C, Robert G, toim. Reasonable rationing. International experience of priority setting in health care**. State of Health. Open University Press, Philadelphia 2003.
- Palo J. Reactivation of the prioritization process in Finnish health care. **Teoksessa Coulter A, Ham C, toim. The global challenge of health care rationing**. Open University Press, Buckingham 2000.
- Rodgers B.L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: The evolutionary cycle. *J Adv Nurs* 1989;14:330–35.
- Rodgers B.L. Concept analysis: An evolutionary view. **Teoksessa Rodgers B.L., Knafelz K.A. Concept development in nursing. Foundations, techniques and applications**. W.B. Saunders Co, Philadelphia 1993, 73–91.
- Russell BJ. Health-care rationing: critical features, ordinary language, and meaning. *J Law Med Ethics* 2002;30:82–87.
- Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P, Takala J. Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen Kuntaliitto ja Kuopion yliopisto, Helsinki 1999.
- Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995;18:179–83.
- Smircich L. Concepts of culture and organisational analysis. *Adm Sci Q* 1983;3:339–58.
- STM. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantar ryhmän raportti kevään 2005 toiminnasta. Työryhmämuistioita 2005:17. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2005.
- Ubel PA, Goold SD. 'Rationing' health care. Not all definitions are created equal. *Arch Intern Med* 1998;158:209–14.

JOHANNA LAMMINTAKANEN

FT, Ma. yliassistentti

Kuopion yliopisto

Terveyshallinnon ja -talouden laitos

JUHA KINNUNEN

THT, professori

Kuopion yliopisto

Terveyshallinnon ja -talouden laitos

JARI KYLMÄ

FT, dosentti

Kuopion yliopisto

Hoitotieteen laitos