

Paulus Torkki, Kristiina Patja ja Riikka-Leena Leskelä

# Avoimen priorisoinnin edistäminen edellyttää avointa keskustelua ja hyväksyttävyyden rakentamista

Suomessa avoimemman priorisoinnin tarpeesta on keskusteltu vuosikymmeniä (1,2). Ongelma ei koske pelkästään Suomea, vaan sama ilmiö koskee ainakin useimpia kehittyneitä maita. Priorisoinnin periaatteita, menetelmiä ja sidosryhmien osallistamista päätöksentekoon on tutkittu, mutta on vaikeaa löytää tutkimuksia, joissa kuvattaisiin priorisoinnin tuloksia tai onnistumista (3–7). Priorisointia on pakko tehdä joka päivä ja ilman avoimesti määritettyjä periaatteita. Hyväksymme nykyisin piilopriorisoinnin seuraukset, kuten sen, että vaatimalla voi saada parempaa hoitoa (7).

Yhteiskunnallinen päätöksenteko on eri toimialueiden välistä ja niiden sisällä tapahtuvaa priorisointia. Siinä eri näkökulmat aiheuttavat ristiin vetäviä voimia. Esimerkiksi lääketieteen näkökulmasta potilasta pyritään auttamaan lähes tilanteessa kuin tilanteessa, ja lainsäädännön tulkintakin ohjaa tarjoamaan jokaiselle yksilölle riittävät palvelut. Resurssien rajallisuutta ei välttämättä ole nähty perusteenä palveluiden rajaamiselle, vaan vähäisestikin vaikuttavaa hoitoa tulisi tarjota. Taloustieteessä taas pidetään faktana, että julkisissa palveluissa palveluiden määrän rajaa nimenomaan resurssien rajallisuus. Terveystieteiden tutkimuksen näkökulmasta punnitaan koko väestön näkökulmaa yksilön näkökulmaa vasten ja kestävyttä nykyhetkeä vasten. Lisäksi usea henkilö tai taho saattaa yleisellä tasolla arvottaa eri asioita kuin omakohtaisessa tilanteessa (7).

Miten erisuuntaisten voimien kanssa tullaan toimeen? Arvoista ja periaatteista on joissakin maissa, kuten Ruotsissa ja Norjassa, päästy yh-

teisymmärrykseen, ja ne on voitu kirjata joko lainsäädäntöön tai toimintaperiaatteisiin (8). Se ei ole ollut riittävää, koska käytännön tilanteissa on kyse nimenomaan eri periaatteiden välisestä ristiriitatilanteesta. Lisäksi monissa maissa on todettu, että esimerkiksi poliittinen tuki on vaihdellut eri aikoina ja järjestelmät ovat rapautuneet (8,9). Priorisointi tapahtuu aina viime kädessä ammattilaisen ja asiakkaan tai potilaan kohtaamisessa. Pitäisikö siis keskittyä siihen, miten taataan kestävä ja yhtenevä tapa priorisoida avoimemmin ja läpinäkyvämm-

min, jotta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme nauttisi eri sidosryhmien hyväksyntää ja luottamusta jatkossakin?

Mitä sitten pitäisi hyväksyä? Arvo- ja periaatekeskustelu on todettu raskaaksi laajalle yleisölle (10), ja

toisaalta edustuksellisessa demokratiassa tämä on vastuutettu poliittisille päätöksentekijöille. Miten sitten nimenomaan päätöksentekijöiden, johtajien ja ammattilaisten eri tasoilla tehtäviä priorisointipäätöksiä voisi mahdollistaa? Aiemmissa tutkimuksissa on tehty muutamia varovaisia ehdotuksia. Ilmapiirin pitäisi olla sellainen, että kansalaiset hyväksyvät priorisoinnin toteuttamisen ja että ammattilaisjohtoisen priorisoinnin toteutustavan tulisi olla kansalaisille läpinäkyvä ja hyväksyttävissä (10,11).

Onko osallistamisesta siis yritetty tehdä liian vaikeaa? Esimerkkejä voidaan hakea muista yhteiskunnallisista kysymyksistä, kuten ilmastonmuutokseen liittyvistä asioista tai NATO-jäsenyydestä. Kummassakin tapauksessa poliitikot ovat olleet valmiita hankaliinkin päätöksiin, kunhan gallupien kautta on havaittu kansan

Priorisoinnin tulee olla kansalaisille läpinäkyvää

hyväksyntä niiden tekemiseen. On siis annettu hyväksynnän kautta tilaa poliittiselle päätöksenteolle.

Ympäristökysymys tulee muutenkin ilmiönä varsin lähelle priorisointikysymyksiä, vaikka joiltain osin vertaus onkin yksinkertaistava. Painotammeko enemmän itsekästä lyhyen aikavälin valintaa vai laajemmin väestöä koskevaa ja pitkän näkemän näkökulmaa. Voihan lyhytnäköinen, vain vähän terveyteen vaikuttavien mutta resursseja vaativien palveluiden vaatiminen johtaa omakohtaisestikin siihen, että tulevaisuudessa jossain toisessa tilanteessa emme saakaan niitä palveluita, joita koemme tarvitsevamme. Tämä voi näkyä jonotuksena, ruuhkautumisena, kiireenä tai jopa mahdottomuutena tarjota tiettyjä palveluita. Näitä ilmiöitä näemme päivittäin.

Tulisiko siis ensisijaisesti hakeakin hyväksyntää ylipäänsä avoimelle priorisoinnille: mitä palveluita ja missä tilanteissa tarjotaan? Kansalaiskeskustelussa voidaan korostaa, että ihmisiä ei priorisoida tai kukaan ei jää täysin hoidotta, ja siten edistää rakentavaa priorisointikeskustelua. Sitten voidaan pystyttää pysyvät rakenteet ja prosessit, jossa päätöksentekijät ja ammattilaiset toteuttavat yhdessä sovittuja periaatteita. Priorisoinnin tulee olla kansalaisille läpinäkyvää, jotta he voivat arvioida, toteutuvatko asetetut periaatteet järjestelmätasolla. Tähän liittyvät avoin dialogi ja viestintä hyväksynnän ylläpitämiseksi tulevaisuudessakin.

Kannustamme jokaista asiaan vihkiytynyttä, terveydenhuollon ja soten arjen ymmärtävää viemään viestiä priorisoinnin välttämättömyydestä ja avoimuuden eduista laajemmalle yleisölle. Todennäköisesti avoimempi priorisointi ja sen myötä vahvempi selkänöja ammattilaisille sen toteuttamiseen etulinjassa johtaa kestävämpiin ja yhdenvertaisempiin palveluihin kansalaisille. ■



**PAULUS TORKKI**, apulaisprofessori, terveydenhuollon tuotantotalous Helsingin yliopisto

**KRISTIINA PATJA**, professori, terveydenhuolto Helsingin yliopisto

**RIIKKA-LEENA LESKELÄ**, tutkimusjohtaja NHG, tutkijatohtori Helsingin yliopisto

#### SIDONNAISUUDET

**Paulus Torkki**: Apuraha (AstraZeneca, MSD, Janssen, Fysiogeriatrია Oй), luottamustoimet (ETENE, varajäsen; Vamlas, hallituksen jäsen; Vaikuttavuusseura ry, puheenjohtaja), hankkeet (VN TEAS -hankkeita)

**Kristiina Patja**: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Vaikuttavuusseura, Dial AMK, Pirha, HUS, Kestävyyssverkosto, Duodecim, Yleislääkärinäripäivät, Wellness Foundry Oй), luottamustoimet (External Adviser, NICE, UK; Member of the GULF CDC Strategic Council), hankkeet (Savuton Suomi 2030, tieteellinen neuvottelukunta ja politiikkaryhmä, Terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja priorisointiin liittyvät lainsäädännön uudistamisen ja kehittämisen tarpeet – TEAS-hankkeen STM:n ohjausryhmä), muut sidonnaisuudet (omistukset: Healthy Trace Oй, Provention Oй)

**Riikka-Leena Leskelä**: Luottamustoimet (Sote-uudistusta tukevia VN TEAS -hankkeita, Syöpäsäätiön syövän kustannustyökalu), muut sidonnaisuudet (työsuhde ja osakas, Nordic Healthcare Group)

#### KIRJALLISUUTTA

1. Mäkelä M, Saarni SI. Kohti avointa priorisointia Suomessakin? Duodecim 2011;127:636–7.
2. Ryyänen OP, Kukkonen J, Myllykangas M, ym. Priorisointi terveydenhuollossa: mitä maksaa, kuka maksaa. Helsinki: Talentum 2006.
3. Noorani HZ, Huserau DR, Boudreau R, ym. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. Int J Technol Assess Health Care 2007;23:310–5.
4. Gu Y, Lancsar E, Ghijben P, ym. Attributes and weights in health care priority setting: a systematic review of what counts and to what extent. Soc Sci Med 2015;146:41–52.
5. Shah KK. Severity of illness and priority setting in healthcare: a review of the literature. Health Policy 2009;93:77–84.
6. Grill C. Involving stakeholders in research priority setting: a scoping review. Res Invol Engagem 2021;7:1–18.
7. Torkki P, Patja K, Ignatius E, ym. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022;53. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164298>.
8. Honigsbaum F, Calltorp J, Services H, ym. Priority setting processes for healthcare. In Oregon, USA; New Zealand; the Netherlands; Sweden; and the United Kingdom. Lontoo: CRC Press 2016. [www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315379777/priority-setting-processes-healthcare-frank-honigsbaum-johann-calltorp-chris-ham-stefan-holmstroem](http://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315379777/priority-setting-processes-healthcare-frank-honigsbaum-johann-calltorp-chris-ham-stefan-holmstroem).
9. Cochran M, Ham C, Heginbotham C, ym. Contemporary theme. Rationing: at the cutting edge. BMJ 1991;303:1039.
10. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries. Int J Equity Health 2008;7:1–13.
11. Angell B, Pares J, Mooney G. Implementing priority setting frameworks: insights from leading researchers. Health Policy 2016;120:1389–94.