

Suvi Liimatainen, Paulus Torkki, Anna-Kaisa Parkkila, Petra Kokko ja Tomi Mäki-Opas

Terveydenhuollon vaikuttavuuden mittaaminen terveyshyötyjen näkökulmasta

Asiakkaiden ja potilaiden jatkuvasti monipuolistuvat ja lisääntyvät tarpeet sekä hoitojen ja palveluiden suurenevat kustannukset yhdessä rajallisten resurssien kanssa vaativat uudenlaista toimintakulttuuria, jossa hyvinvointialueiden tulee kohdentaa terveyspalvelut niistä eniten hyötyville. Tämän toimintakulttuurin muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan asiakkaiden osallistamista, jotta voidaan vastata kysymykseen, millaisilla palveluilla on paras kustannusvaikuttavuus terveydentilan parantamisessa. Lisäksi vaikuttavuusperusteiseen toimintakulttuuriin siirtymisessä keskeisessä roolissa on arkivaikuttavuuden mittaaminen. Kokonaisvaltainen hyvinvoinnin viitekehys auttaa asiakkaita tukemaan omaa terveyttään ja hyvinvointiaan sekä palveluntarjoajia kohdentamaan palveluita vaikuttavammin vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Koko palvelujärjestelmän vaikuttavuuden näkökulmasta on tärkeää lähteä keskeisten asiakasryhmien hyvinvointitarpeiden määrittämisestä, toimenpiteistä niiden saavuttamiseksi ja näihin tavoitteisiin tähtäävien toimenpiteiden vaikuttavuuden sekä kustannusvaikuttavuuden mittaamisesta. Tätä työtä tukemaan rakennetaan kansallista vaikuttavuuskeskusta, vahvistetaan hoitojen ja menetelmien arviointityötä ja -osaamista sekä kehitetään vaikuttavuustiedon tuottamista kansallisiin rekistereihin.

Terveydenhuollon kehityksen historiassa on monia innovaatioita, joiden avulla elinajanodote on pidentynyt merkittävästi ja kansalaisten hyvinvointi kohentunut huomattavasti. Jatkuvasti kehittyvä lääketiede tuottaa uusia hoitomuotoja ja lääkityksiä, joiden tavoitteena on edelleen edistää hyvinvointia. Hyvinvoinnin osatekijät jaetaan yleensä kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaalliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Terveystiedon keräämisessä olennaista on eri yksiköiden keräämä vertailutieto, jolla saadaan informaatiota hoitotulosten eroavaisuuksista ja vaikuttavuudesta (1).

Terveydenhuolto on pitkään ollut tilanteessa, jossa käytettävissä olevat resurssit, kansalaisten odotukset ja lääketieteen mahdollisuudet eivät kohtaa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon resurssit ovat kehittyneet epäsuhtaisesti, vaikka oikein kohdennettuna hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen voidaan

ajatella olevan korjaavaa terveydenhuoltoa vaikuttavamman ja edullisempaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisiä tavoitteita ovat yhdenvertaisempi palvelujen saatavuus, hyvinvointierojen kaventaminen ja taloudellisen kestävyuden vahvistaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen järjestämisvastuun siirryttyä hyvinvointialueille nämä palvelut on mahdollista integroida yhteen sovitetuiksi kokonaisuuksiksi, ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen voidaan panostaa kokonaisvaltaisemmin (2). Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu tarveperusteiseen valtion rahoitukseen, jossa lisäsuoritteet eivät enää takaa lisärahoitusta, mutta rahoitusmallia kehitetään esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtionosuuden lisäosan eli HYTE-kertoimen painoarvoa lisäämällä.

Potilasnäkökulma olisi otettava entistä enemmän huomioon, kun arvioidaan annettavien hoitojen hyötyjä. Ammattilaisten arvio yksit-

TAULUKKO 1. Arkivaikuttavuuden mittaamisen ja arvioimisen vaiheet (4).

Vaihe	Huomioit
1) Asiakasryhmien määrittelyt	lhanteellista on ryhmitellä asiakkaat terveysongelmien tai palvelutarpeiden mukaan.
2) Tavoitteiden ja käyttökelpoisten mittarien valinta asiakasryhmittäin	Toteutettavuuden kannalta on oleellista priorisoida keskeisimmät asiakkaalle relevantit sekä hoidon ja palvelun kehittämisessä hyödylliset mittarit.
3) Systemaattinen hoitotulosten mittaaminen	Tulisi ensisijaisesti pyrkiä mahdollisimman laajaan vertailukelpoisuuteen: kansainvälisesti validoidut ja käytetyt mittarit.
4) Hoitotulosten vertailu ja eroja selittävien tekijöiden analysointi	Arkivaikuttavuuden arvioinnissa pyritään tunnistamaan toimintatavoista johtuvia eroja tuloksissa ja vähentämään niitä vertaiskehittämisen keinoin.

TAULUKKO 2. PICOT-periaate (5).

P	Population viittaa potilasryhmään, jota on tarkoitus tutkia.
I	Intervention viittaa hoitoon, jota tutkimuspotilaiden on tarkoitus saada.
C	Comparison tunnistaa tutkimuksen vertailuryhmän.
O	Outcome esittelee tulokset, joita tutkimuksessa on tavoitteena mitata.
T	Time kuvaa tutkimusaineiston keräämisen keston.

täisen suoritteiden tuloksista voi poiketa potilaan kokemuksesta. Vaikka leikkaus onnistui hoitoa, potilaan vaivat eivät poistuneet tai kehittyi uusia ongelmia. Tiedetään myös, että potilaslääkärisuhteella on merkittävä vaikutus toipumiseen, ja tätäkin kokemusta voidaan mitata.

Yksittäisten suoritteiden sijaan hyvinvointialueiden tulee kehittää tietojohdantamista suuntaan, jossa palveluiden vaikutuksista kerätään tietoa asiakkaiden kokemana ja arvioimana. Miten edistetään toimintakykyä ja arjessa pärjäämistä? Miten asiakkaiden osallistaminen omien palveluidensa toteuttamiseen onnistuu? Rajallisten resurssien näkökulmasta tarvitaan myös painopisteen muutoksia. Mitä toisin kohdentaan saatettiin aikaan? Millaiset vaihtoehtoiset kustannukset ovat esimerkiksi yksittäisen potilaan erittäin kalliilla lääkityksellä?

Vaikuttavuuden määritelmät ja käsitteet

Vaikuttavuus on eräänlainen yläkäsite, jolla yleensä tarkoitetaan intervention, hoidon tai palvelun aiheuttamaa muutosta hoitotuloksissa (3). Vaikuttavuus voidaan jakaa kokeelliseen vaikuttavuuteen (eri hoitomuotojen suhteel-

linen vaikuttavuus) ja arkivaikuttavuuteen (esimerkiksi eri yksiköiden väliset erot hoitotuloksissa) (4). Tässä artikkelissa vaikuttavuudella tarkoitetaan jälkimmäistä (**TAULUKKO 1**). Vaikuttavuusperustainen terveydenhuolto (value-based healthcare) taas voidaan määritellä johtamismallina, jossa tavoitellaan potilaalle relevanttien hoitotulosten parantamista suhteessa potilaskohtaisiin kokonaiskustannuksiin.

Jotta vaikuttavuuden arviointiin päästään, tulisi arkielämässäänkin soveltaa PICOT-periaatetta (patient, intervention, comparison, outcomes, time) eli vertailla yhtenäisesti mitattuja hoitotuloksia hyvin määritellyissä asiakasryhmissä ja pyrkiä tunnistamaan hoitotulosten eroja selittävät tekijät interventioissa, joita voivat olla myös kokonaiset hoito- tai palveluketjut (**TAULUKKO 2**) (5). Tavoitteena on siis usein suhteellisen vaikuttavuuden arviointi esimerkiksi eri toimintayksiköiden tai hyvinvointialueiden välillä: esimerkiksi millaisia ovat tulokset lonkkamurtumapotilaiden hoidossa eri hyvinvointialueilla ja löydetäänkö hoitoketjuista tuloksia selittäviä eroja (6).

Terveyshyöty

Terveyspalveluiden keskeinen tavoite on terveyshyötyjen tuottaminen asiakkaalle (7). Tämän tulisi onnistua yhdenvertaisesti, kestäväällä tavalla ja kustannusvaikuttavasti (8–11). Kokonaisvaltainen terveyden ja hyvinvoinnin viitekehys auttaa tunnistamaan asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin (patient-centered care), mutta myös tukemaan heitä ylläpitämään ja edistämään omaa terveyttään ja hyvinvointiaan (12,13). Useimmat hyvinvointiteoriat

TAULUKKO 3. Institute of Medicine (IOM) -luokittelu ja seurattavat asiat sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuuden näkökulmasta (15,16).

Luokittelu	Seurattavat asiat
1) Vaikuttavuus	Terveys- ja hyvinvointihyödyt Resurssien käyttö suhteessa hyötyihin Hoitosuosituksien toteutuminen
2) Turvallisuus	Hoitokomplikaatiot, sairaalakuolemat
3) Oikea-aikaisuus	Odotusaika hoidon toteutumiseen
4) Tehokkuus	Palveluiden tuottamiskustannukset Hallinnolliset kulut, jotka eivät tuota hyötyä asiakkaalle
5) Oikeudenmukaisuus	Palveluiden saatavuus henkilön taustasta riippumatta
6) Asiakaskeskeisyys	Asiakkaan raportoima vaikuttavuus ja asiakaskokemus (PROM ja PREM)

PREM = patient reported experience measure; PROM = patient reported outcome measure

korostavat paitsi asiakkaan taloudellisen elintason, myös sosiaalisen terveyden ja kuulumisen kokemuksen sekä itsensä toteuttamisen merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille (14). Yksi tunnetuimmista terveydenhuollon arvioinnin viitekehyksistä on Yhdysvaltojen Institute of Medicine (IOM) vuonna 2021 esittelemä (TAULUKKO 3 ja KUVA) (15,16). On hyvä saada kokonaisvaltainen kuva asiakkaan fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä terveydestä, mutta myös terveyden taustalla olevista tekijöistä, kuten elintavoista.

On siis tärkeää arvioida, mitä ulottuvuuksia yleiset hyvinvointi-, elämänlaatu- tai terveysmittarit sisältävät. Mittarien kattavuus vaihtelee suppeimmillaan terveyteen liittyvistä hoitotuloksista laajimmillaan myös muita hyvinvoinnin ulottuvuuksia sisältäviin kysymyksiin (17). Vaikuttavuuden tulkitsemisessa asiakkaiden odotukset ja arvot tulee sovittaa yhteen ammattilaisten toiminnassa.

Hyvinvoinnin mittaamisessa ei ole päästy vielä konsensukseen (18,19). WHO:n uusi määritelmä sisältää positiivisen vision hyvinvoinnista, joka perustuu ihmisen osallisuuden ja elämän merkityksellisyyden korostamiseen. Lisäksi WHO on tuonut mukaan kestävyysajattelun. Tämä sisältää ihmisen hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen kannalta keskeiset taloudelliset, sosiaaliset ja ekologiset näkökulmat. Hyvinvointi ja terveys ovat kuitenkin jatkuvasti muuttuva tila, jota on vaikeaa luotettavasti tai kokonaisvaltaisesti arvioida, etenkin kun siihen voivat vaikuttaa ihmisen aikaisemmat elämän-

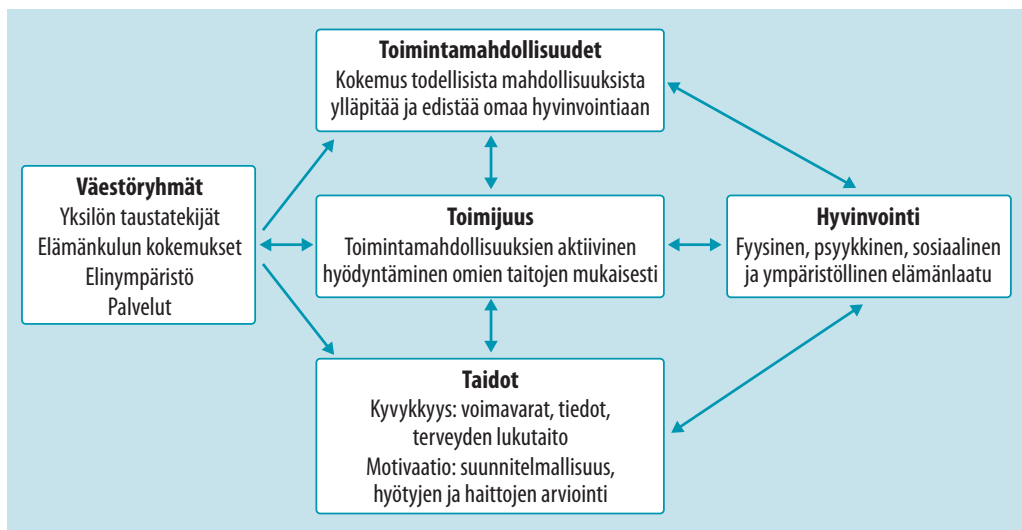
kokemukset ja niiden kautta syntyneet arvot ja asenteet (19). Yhteisiä ulottuvuuksia kuitenkin löytyy, ja konsensukseenkin lienee mahdollista päästä (20). Suomella on mahdollisuus toimia etulinjassa sekä määrittelyssä että mittaamistapojen yhtenäistämisessä.

Vaikuttavuuden mittaaminen

Terveydenhuoltolain 8. §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (21). Potilaille tärkeitä asioita ovat hoidon oikea-aikaisuus, kokemus kohtaamisesta sekä hoidon avulla saatu oireiston paraneminen tai helpottuminen. Hoitoon pääsyä ja hoidon saatavuutta on Suomessa seurattu jo pitkään, ja siitä on saatavissa kattavasti tietoa terveydenhuollon toimijoista eri puolilla maata.

Laatu- ja vaikuttavuustietoa on kerätty eri toimintayksiköissä ja erikoisaloilla hyvin vaihtelevasti. Vuoden 2023 alusta lähtien THL:n vastuulla ovat kansalliset laaturekisterit, joiden avulla pystytään seuraamaan ja vertaamaan yhdeksään eri sairausryhmään kuuluvien potilaiden hoitoa yhtenäisesti laadun ja vaikuttavuuden suhteen. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen avulla Suomeen on hyväksytty asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja sen myötä määritelty yhtenäisesti hoidon turvallisuutta kuvaavat mittarit (22).

Eri hoitomuotojen vaikutuksia on yleensä mitattu erilaisin klinisin tai biokemial-



KUVA. Hyvinvointi ja sen edellytykset -viitekehys (16).

lisin muuttujin. Vaikuttavuusperustaisessa terveydenhuollossa korostetaan potilaille merkityksellisiä tuloksia, jolloin kliinisten mittarien ja asiantuntija-arvioiden ohella korostuvat vointimittarit (patient-reported outcome measures, PROM) ja kokemusmittarit (patient-reported experience measures, PREM) (23,24,25,26,27). Yleisiä, kaikille sopivia mittareita on käytetty esimerkiksi elämänlaadun arviointiin, tavoitteena lähestyä eri sairausryhmien välisen arvioinnin yhteismitallistamista. Terveystaloustieteilijät ovat kehittäneet laatu-painotetun elinajan (quality-adjusted life years, QALY) käsitteen, joka yhdistää hoidon seurauksena terveyteen liittyvässä elämänlaadussa tapahtuvan muutoksen sairauden ajalliseen keston (28). QALYjen laskeminen edellyttää yleensä, että terveyteen liittyvä elämänlaatu määritetään geneerisellä, yhden indeksiluvun tuottavalla terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarilla. Näitä mittareita ovat esimerkiksi 1SD ja EQ-5D (23,27). Lisäksi on paljon sairausryhmäspesifisiä mittareita, jotka mittaavat keskeisimpiä kyseiseen sairauteen liittyviä oireita, esimerkiksi syöpäpotilaiden EORTC QLQ-30 (29).

On tärkeä yhteisesti sopia, mitä mittareita käytetään, jotta saadaan vertailukelpoisia tuloksia. Sähköisten kyselyiden avulla tieto saadaan siirrettyksi suoraan potilastietojärjestelmään,

jolloin se on käytettävissä ammattilaisen ja potilaan välisessä kohtaamisessa. Siten kerätty tieto toimii potilaan osallistamisen välineenä. Vastausten avulla on mahdollisesti helpompi suunnata tarkemmat kyselyt tiettyjen oireiden suuntaan. Lisäksi tiedon tulisi kertyä rakenteellisesti kansallisiin rekistereihin, jolloin siitä on mahdollista rakentaa diagnoosi- tai toimenpidetarkoituksia raportointia erikoisalalan käyttöön, jotta omia tuloksia voidaan verrata kansainvälisiin julkaistuihin raportteihin. Yleisten elämänlaatumittareiden tulosten ja hoidon kustannustietojen avulla voidaan arvioida myös hoidon kustannusvaikuttavuutta. Erilaisten kyselyjen osalta on myös sovittava, missä vaiheessa hoitoprosessia niitä kerätään.

Erikoissairaanhoidon laatu-tietojen kirjaimiseen tarkoitettujen erillisten tietojärjestelmien on koettu kuormittaviksi, koska tieto ei ole siirtynyt niihin automaattisesti. Paras ratkaisu laatu-tiedon keräämiseen on kuitenkin yhdistelmä, jossa laatu-tieto tuotetaan kertakirjaamisella rakenteisesti tietojärjestelmiin ja kerätään hoitoilmoitusrekisteristä, Kelan rekistereistä, syöpärekisteristä ja paikallisista potilastietojärjestelmistä sekä tulevaisuudessa Kanta-tietovaranoista. Tällaista tiedonkeruuta onkin käytetty ainakin joidenkin kansallisten laaturekisterien aineiston keräämiseen.

Lopuksi

Vaikuttavuuden mittaamisessa olennaista on saada tietoa asiakkaiden pärjäämisestä arjessa osallistamalla heidät mukaan tiedon keruuseen. Vaikka vaikuttavuustutkimuksella on keskeinen rooli erityisesti erilaisten menetelmien käyttöönotossa, haasteena on tulosten soveltaminen valikoimattomaan asiakaskuntaan. Yksittäisen asiakasryhmän palvelujen vaikuttavuuden arvioimisen tulisi perustua kansalliseen ja kansainväliseen vertailutietoon, minkä vuoksi vaikuttavuustiedon keräämisen tavat tulee sopia kansallisesti. Kansallista vaikuttavuustiedon tietotuotantoa kehitetään THL:ssä osana laaturekisteritoimintaa ja hyvinvointialueiden palvelujärjestelmän tuloksellisuuden arviointia. Vaikuttavuuskeskuksen valmistelussa kansallisen vaikuttavuustiedon nykytilaa ja mittaamista kartoitetaan parhaillaan hyvinvointialueiden näkökulmasta. ■

SUVI LIIMATAINEN, hallintoylilääkäri, dosentti
Pirkanmaan hyvinvointialue

PAULUS TORKKI, apulaisprofessori
Helsingin yliopisto

ANNA-KAISA PARKKILA, arviointiylilääkäri, dosentti
Pirkanmaan hyvinvointialue

PETRA KOKKO, erityisasiantuntija
Sosiaali- ja terveysministeriö

TOMI MÄKI-OPAS, professori
Itä-Suomen yliopisto, Vaikuttavuuden talo,
yhteiskuntatieteiden laitos
Pohjois-Savon hyvinvointialue, Hyvinvointipalvelujen
tutkimuskeskus

VASTUUTOIMITTAJA
Perttu Lindsberg

Ydinasiat

- ▶ Vaikuttavuusperustaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään siirtyminen vaatii vaikuttavuustiedon keräämistä kansallisiin rekistereihin ja hyödyntämistä päätöksenteossa.
- ▶ Terveysyhtiöiden saamiseksi asiakkaat ja potilaat tulee osallistaa omien palvelujensa arvioimiseen.
- ▶ Vertailutiedon saamiseksi kansallisesti on sovittava yhteiset vaikuttavuuden mittaamisen tavat.

Kiitämme Valtiovarainministeriön johtavaa erityisasiantuntijaa Laura Pitkästä arvokkaista kommentteista katsoaksemme.

SIDONNAISUUDET

Suvi Liimatainen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lääketietokeskus Oy, Suomen Lääkäriliitto), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Professio Finland), Hankkeet (EU:n Kestävän kasvun rahoitus, vaikuttavuuskeskuspilotti, työryhmän vetäjä)

Paulus Torkki: Apuraha (AstraZeneca, MSD, Janssen, Fysiogeriatra Oy), Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (lukuissat lääke-, terveysteknologia- sekä yksityiset sote-palveluntuotantoyritykset), luottamustoimet (ETENE, varajäsen; Vamlas, hallituksen jäsen; Vaikuttavuusseura ry, puheenjohtaja), hankkeet (Useita VN TEAS-hankkeita)

Anna-Kaisa Parkkila: Luottamustoimet (Palveluvalikoimaneuvoston lääkejaoksen jäsenyys; Kela, Sosiaalilääketieteellisen neuvottelukunnan asiantuntijajäsen, lääkejaoksen jäsen; THL, laaturekisteriohjauksryhmän jäsen)

Petra Kokko: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (FCG Finnish Consulting Group Oy), hankkeet (STM: Toivo-ohjelma)

Tomi Mäki-Opas: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (HUS, Professio), luottamustoimet (THL, HYTE-toimimallien arviointi, ohjausryhmän asiantuntijajäsen; Pohjois-Savon hyvinvointialue, TI-toiminta, valmisteluryhmän asiantuntijajäsen), hankkeet (STN PROMEQ -tutkimus, SOTE-vaikuttavuuskeskus -selvityshanke, Hyvällä Mielellä Pohjois-Savo (Mieliteko-ohjelma), Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vaikuttavuuden parantaminen Kainuussa, Kulttuurihyvinvointitoiminnan taloudellinen arviointi -hanke, Terveystieteiden tutkimuskeskus -selvityshanke, Hyvällä Mielellä Väestön koettu hyvinvointi ja terveys, Yhteiskunnan sosiaalinen laatu, hyvinvoinnin edistäminen ja kustannukset (SOLA))

KIRJALLISUUTTA

1. Malmivaara A. Osaamisella ja vaikuttavuustiedolla arjen kustannusvaikuttavuuden. *Suom Lääkäril* 2023;78:e37599.
2. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä [612/2021]. www.finlex.fi.
3. Torkki P ym. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arviointi. Kirjassa: Patja K, Absetz P, Rautava P, toim. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2022, s. 189–96.
4. Malmivaara A. Vaikuttavuus sosiaali- ja terveyshuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2022.
5. Riva J, Malik K, Burnie S, ym. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *J Can Chiropr Assoc* 2012;56:167–71.
6. Sund R, Juntunen M, Lüthie P, ym. Monitoring the performance of hip fracture treatment in Finland. *Ann Med* 2011; 43:39–46.
7. Evans-Lacko S, Knapp M. Health care - evaluating the overall system. Kirjassa: Greve B. Handbook of social policy evaluation. Cheltenham: Edward Elgar Publishing 2017.
8. The Geneva charter for well-being. Geneva: WHO 2021. www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being.
9. Frijters P, Krekel C. A handbook for wellbeing policy-making. Oxford: Oxford University Press 2021.
10. McNeill A, McGain F, Sherman J. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. *Lancet Planet Health* 2021. DOI:10.1016/S2542-5196(21)00005-X.
11. Lewis S. Value-based healthcare: is it the way forward? *Future Healthc J* 2022; 3:211–5.
12. van der Veen S, Evans N, Huisman M, ym. Toward a paradigm shift in healthcare: using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the capability approach (CA) jointly in theory and practice. *Disabil Rehabil* 2023;45:2382–9.
13. Helne T. Edelläkävijä Erik Allardt: miksi Allardtin hyvinvointiajattelu sopii nimenomaan kestävän hyvinvoinnin tutkimukseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2022;88:159–67.
14. Allardt E. Having, loving, being: an alternative to the Swedish model of welfare research. Kirjassa: Nussbaum MC, Sen A, toim. The quality of life. Oxford: Clarendon Press 1993, s. 88–94.
15. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press 2001.
16. Mäki-Opas T, Laatikainen T. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvaltaiseen vaikuttavuuden arviointiin. *Yleislääkärilehti* 2021;5:27–30.
17. Pitkänen L, Torkki P, Martikainen J, ym. Väestön koettu hyvinvointi tulevilla hyvinvointialueilla – mistä se muodostuu? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2024. DOI:10.23990/sa.122584.
18. Kauppi K, Vanhala A, Roos E, ym. Assessing the structures and domains of wellness models: a systematic review. *Int J Wellbeing* 2023;13:1–19.
19. Jovanović V, Cummins RA, Weinberg M ym. Personal wellbeing index: a cross-cultural measurement invariance study across four countries. *J Happiness Stud* 2019;20:759–75.
20. Kauppi K, Roos E, Borg P, ym. Building consensus on domains of wellness using Finnish and international expert panels: a Delphi-method study. *Am J Health Promot* 2024;38:228–37.
21. Terveydenhuoltolaki [30.12.2010/1326]. www.finlex.fi.
22. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpano 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>.
23. Pakarinen S, Tuulonen A, Uusitalo-Järvinen H, ym. Arkivaikuttavuuden arviointi yhdellä mittarilla. *Suom Lääkäril* 2022;77:1354–5.
24. Malmivaara A. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuutta pitäisi tutkia? *Suom Lääkäril* 2022;77:1100–4.
25. Greve B. Handbook of social policy evaluation. Cheltenham: Edward Elgar Publishing 2017.
26. Porter M, Larsson S, Lee T. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med* 2016;374:504–6.
27. Churrua K, Pomare C, Ellis LA, ym. Patient-reported outcome measures (PROMs): a review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expect* 2021;24:1015–24.
28. Whitehead SJ, Ali S. Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *Br Med Bull* 2010;96:5–21.
29. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, ym. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press 2005.