



## Dosentti Samuli Saarnin selvitys

# Terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittäminen hyvinvointialuerakenteessa

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:19

# Terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittäminen hyvinvointialuerakenteessa

Dosentti Samuli Saarnin selvitys

Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2023

**Julkaisujen jakelu**

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston  
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-  
arkivet Valto

[julkaisut.valtioneuvosto.fi](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi)

**Julkaisumyynti**

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston  
verkkokirjakauppa**

Statsrådets  
nätbokhandel

[vnjulkaisumyynti.fi](http://vnjulkaisumyynti.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö  
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-8425-7  
ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2023

## Terveysthuollon sisältöohjauksen kehittäminen hyvinvointialuerakenteessa Dosentti Samuli Saarnin selvitys

---

### Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:19

**Julkaisija** Sosiaali- ja terveysministeriö

---

**Tekijä/t** Samuli Saarni

**Kieli** Suomi

**Sivumäärä** 119

**Tiivistelmä**

Terveysthuollon järjestämisvastuun siirryttyä hyvinvointialueille ja rahoitusvastuun valtiolle on ajankohtaista päivittää terveydenhuollon sisältöohjauksen mallit.

Terveysthuollon sisältö (hoitomuotojen valinta, saatavuus, laatu) on kansalaisille ja järjestelmän kustannuksille hyvin merkittävä asia. Kustannuskehitystä ei voi hillitä ohjaamatta palveluiden sisältöä.

Sisältöohjauksen keskeisenä tavoitteena on turvata yksilöille perustuslain mukaiset riittävät ja kansallisesti yhdenvertaiset palvelut. Kyse on ytimeltään tieteellisen tiedon soveltamisesta yksilötason päätöksiin. Sisältöohjaus on toimintana erilaista kuin järjestämisen ohjaus eikä kuulu hyvinvointialueiden autonomian piiriin.

Terveysthuollon sisältöohjaus edellyttää laajaa osaamista ja resursseja. Tämä on Suomessa nykyisellään tarpeettoman hajallaan eri organisaatioissa. Sisältöohjaus kansallisella tasolla tulisi keskittää nykyistä harvemmillä toimijoilla.

Palvelujärjestelmän roolia sisältöohjauksessa tulisi vahvistaa ja hyvinvointialueiden sisältöohjauksen tehtävät ja rakenteet määrittää lainsäädännöllä nykyistä tarkemmin.

Hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden sisältöohjauksen vastuutahot voisivat jatkossa muodostaa merkittävän uuden toiminnan tason sisältöohjauksen kansallisessa määrittelyssä ja toimeenpanossa.

Kyseessä on dosentti Samuli Saarnin selvitys, jonka johtopäätökset ovat tekijän omia.

**Asiasanat** terveydenhuolto, palvelujärjestelmä, ohjaus, hoitosuositus, menetelmien arviointi

---

**ISBN PDF** 978-952-00-8425-7

**ISSN PDF** 2242-0037

**Asianumero** VN/11993/2022

---

**Julkaisun osoite** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8425-7>

---

## Utveckling av innehållsstyrningen inom hälso- och sjukvården i välfärdsområdesstrukturen

### Docent Samuli Saarnis utredning

---

#### Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2023:19

**Utgivare** Social- och hälsovårdsministeriet

---

**Utarbetad av** Social- och hälsovårdsministeriet

**Språk** finska

**Sidantal** 119

---

**Referat**

I och med att ansvaret för att ordna hälso- och sjukvården har överförs till välfärdsområdena och finansieringsansvaret till staten är det aktuellt att uppdatera modellerna för innehållsstyrningen inom hälso- och sjukvården.

Hälsovårdstjänsternas innehåll (val av vårdform, tillgång till vård, kvaliteten på vården) är en mycket viktig fråga både för medborgarna och med tanke på systemets kostnader. Kostnadsutvecklingen kan inte kontrolleras utan att styra tjänsternas innehåll.

Det centrala syftet med innehållsstyrningen är att trygga var och en tillgång till tillräckliga och jämlika tjänster på riksnivå i enlighet med grundlagen. I innehållsstyrning är det fråga om att tillämpa vetenskaplig kunskap på beslut på individnivå. Innehållsstyrning är annat än styrningen av ordnandet av verksamheten och omfattas därmed inte av välfärdsområdenas autonomi.

Innehållsstyrningen inom hälso- och sjukvården förutsätter omfattande kompetens och resurser. I dagens läge är denna verksamhet onödigt splittrad på olika organisationer i Finland. Innehållsstyrningen på riksnivå bör koncentreras till färre aktörer än för närvarande.

Servicesystemets roll i innehållsstyrningen bör stärkas och välfärdsområdenas uppgifter och strukturer när det gäller innehållsstyrning bör definieras noggrannare än för närvarande genom lagstiftning.

Aktörerna som svarar för innehållsstyrning i välfärdsområdena och samsamarbetsområdena skulle i fortsättningen kunna bilda en betydande ny verksamhetsnivå när det gäller definitionen och genomförandet av innehållsstyrningen på riksnivå.

Publikationen är docent Samuli Saarnis utredning och den innehåller utredarens egna slutsatser.

**Nyckelord** hälso- och sjukvård, servicesystem, styrning, vårdrekommendation, bedömning av metoder

---

**ISBN PDF** 978-952-00-8425-7

**ISSN PDF** 2242-0037

**Ärendnr.** VN/11993/2022

---

**URN-adress** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8425-7>

---

## Developing the content-related guidance of healthcare in the wellbeing services county structure

Report by Docent Samuli Saarni

---

### Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2023:19

**Publisher** Ministry of Social Affairs and Health

---

**Group author** Ministry of Social Affairs and Health

**Language** Finnish **Pages** 119

---

**Abstract** Now that the responsibility for organising healthcare has been transferred to the wellbeing services counties and the responsibility for funding to the central government, it is relevant to update the models for the content-related guidance of healthcare.

The content of health services (selection, availability and quality of treatments) is very significant for people and the costs of the system. It is not possible to curb the rise in costs without guiding the content of services.

The key objective of content-related guidance is to ensure sufficient and equal services for everyone throughout the country in accordance with the Constitution. This is in essence about applying scientific information to decisions at the individual level. As an activity, content-related guidance is different from the guidance of organisation of services, and it does not fall within the scope of self-governance of the wellbeing services counties.

The content-related guidance of healthcare requires extensive expertise and resources. Now this is unnecessarily scattered across different organisations in Finland. At the national level, content-related guidance should be the responsibility of fewer operators than it is currently.

The role of the service system in content-related guidance should be strengthened and the duties and structures of the content-related guidance of the wellbeing services counties should be defined more precisely in legislation.

In future, the parties responsible for the content-related guidance of the wellbeing services counties and the collaborative areas for healthcare and social welfare could create a new level of activities regarding the national definition and implementation of content-related guidance.

This report was prepared by Docent Samuli Saarni, and the conclusions presented in the report are his own.

**Keywords** healthcare, service system, guidance, clinical guideline, assessment of methods

---

**ISBN PDF** 978-952-00-8425-7 **ISSN PDF** 2242-0037

**Reference no.** VN/11993/2022

---

**URN address** <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8425-7>

---

# Sisältö

	<b>Saatesanat: Terveysthuollon sisältöohjaukselta on tarpeen uudistaa hyvinvointialuerakenteessa .....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>Työn tavoitteet, rakenne, rajaukset ja toteutus.....</b>	<b>15</b>
2.1	Tavoitteet .....	15
2.2	Työn rajaukset.....	16
2.3	Työn toteutustapa .....	17
<b>3</b>	<b>Terveysthuollon sisältöohjauksen periaatteellisia kysymyksiä .....</b>	<b>19</b>
3.1	Terveysthuollon sisältöohjaus: tietoa ja arvovalintoja .....	20
3.1.1	Normi- ja informaatio-ohjaus terveysthuollon sisältöohjauksessa .....	20
3.1.2	Resurssiohjaus + informaatio-ohjaus = normiohjaus? .....	21
3.1.3	Tosiasiat, vaikuttavuustieto ja päätöksenteko .....	23
3.1.4	Vaikuttavuustieto + arvovalinnat = sisällön ohjaus .....	23
3.1.5	Resurssit, vaihtoehtokustannukset ja oikeudenmukaisuus.....	25
3.2	Terveysthuollon sisällön ohjauksen toteuttaminen: ohjauksen kohteiden näkökulma.....	27
3.2.1	Minkälaista sisältöohjausta ja hoitosuosituksia noudatetaan?.....	28
3.2.2	Sisältöohjauksen on oltava hyväksyttävää myös potilaiden näkökulmasta .....	31
3.2.3	Sisältöohjauksen tieteellinen hyväksyttävyyss .....	32
3.2.4	Sisältöohjauksen ja hoitosuosituksen moraalinen ja eettinen sitovuus .....	35
3.2.5	Sisältöohjauksen ja hoitosuosituksen sosiaalinen hyväksyttävyyss sisältää myös riskejä .....	36
<b>4</b>	<b>Sisältöohjauksen kehitys eri tieteenalojen ja kansainvälisten esimerkkien näkökulmista .....</b>	<b>40</b>
4.1	Kansainvälisiä huomioita.....	41
4.1.1	Paljon termejä samalla kentällä.....	41
4.1.2	Sisällön ohjaus eri tieteenalojen kohtaamispaikissa.....	42

4.1.3	Rahoitusmalli terveydenhuollon sisältöohjauksen vaihtoehtojen taustalla .....	44
4.1.4	Pohjoismaisia kokemuksia terveydenhuollon ohjauksesta .....	45
4.1.5	Menetelmien arviointi Iso-Britanniassa ja Keski-Euroopassa .....	47
4.1.6	Priorisointipäätöksenteko .....	50
4.2	Huomioita suomalaisesta sisältöohjauksesta .....	52
4.2.1	FinOHTA-yksikkö 1995-2016 .....	52
4.2.2	FinCCHTA ja arviointiylilääkärit .....	54
4.2.3	Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto ja sen suositukset .....	54
4.2.4	Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet .....	55
4.2.5	Muut sisältöohjauksen järjestelmät .....	56
4.2.6	Käypä Hoito – järjestelmä terveydenhuollon sisältöohjauksen ytimessä .....	56
4.2.7	Hoitosuositukset ja hoitojen kustannusten huomiointi .....	58
4.2.8	Kustannuksia lisäävät tai vähentävät suositukset – kaksi eri asiaa? .....	59

## **5 Terveydenhuollon sisältöohjauksen toteuttaminen kansallisella tasolla ..... 61**

5.1	Terveydenhuollon sisältöohjauksen tavoitteet ja juridiset perusteet .....	62
5.1.1	Kansalaisten yhdenvertaisuus ja hoitojen kustannusvaikuttavuus .....	63
5.1.2	Hyvinvointialueen autonomia vai kansallinen sisältöohjaus? .....	64
5.1.3	Terveydenhuollon sisältöohjaus perusoikeuksien turvaajana .....	64
5.1.4	EU-tason kehitys ja sen heijastuma kansalliseen terveydenhuollon sisällön ohjaukseen .....	65
5.2	Terveydenhuollon sisältöohjauksen kansallisen organisoituminen? .....	66
5.2.1	Osaaminen on välttämätöntä – ja hyvinvointialueet muuttavat sen sijainnin .....	67
5.2.2	Lääkehoidot esimerkkinä sisältöohjauksen vaatimasta osaamistasosta .....	68
5.2.3	Uskottavuus ”alaspäin” eli professioiden hyväksyntä riskinä ja mahdollisuutena .....	70
5.2.4	Uskottavuus ”ylöspäin” ja poliittiset riskit osaamiselle yleismaailmallisena haasteena .....	71
5.3	Kenen tehtäväksi kansallinen sisältöohjaus kuuluu ja sopii? .....	72
5.4	Yhteistyöalueiden mahdollisuudet sisältöohjauksen osana .....	74
5.4.1	Viiden alueen malli Suomessa .....	74



5.4.2	Yliopistosairaala ja korkeakoulut osana sisältöohjausta.....	75
5.5	Nykyinen lainsäädäntö YTA-alueista sekä kokemukset erityisvastuualueista.....	76
5.5.1	ERVA-järjestelmän kokemukset edelleen riskinä YTA-alueiden osalta.....	79
5.5.2	YTA-alueiden kehittäminen sisältöohjauksen näkökulmasta olisi luontevaa.....	81
5.5.3	YTA-alueet: johtopäätökset.....	84
<b>6</b>	<b>Hyvinvointialueet sisältöohjauksen toteuttajina.....</b>	<b>85</b>
6.1	Sisältöohjauksen nykytila hyvinvointialueilla.....	86
6.1.1	Sisältöohjauksen rakenteet ja vastuut vaihtelevat hyvinvointialuekohtaisesti.....	88
6.1.2	Sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen tasapainottamisen tarve ei ole uusi asia.....	89
6.2	Hyvinvointialuetasoisien terveydenhuollon sisältöohjauksen lainsäädännöllinen tausta ja merkitys.....	91
6.2.1	Terveyden- ja sairaanhoidon johtaminen (terveydenhuoltolaki 57§) sisältöohjauksen prototyypinä.....	91
6.2.2	Sisällöstä vastaavat viranhaltijat yksilön perusoikeuksien turvaajana.....	94
6.2.3	Vastaavan lääkärin rooli riittävien ja asianmukaisten palveluiden järjestämisessä.....	94
6.2.4	Vastaavan lääkärin rooli yksittäisiin hoitopäätöksiin johtavassa ohjausketjussa.....	95
6.2.5	Muut sisältöohjauksen viranhaltijat ja sisältöohjauksen tehtävät nykyisessä lainsäädännössä.....	97
6.3	Hyvinvointialueiden sisältöohjauksen rakenteiden kehittäminen.....	98
6.3.1	Sisältöohjauksesta vastaavien viranhaltijoiden keskinäiset suhteet.....	99
6.4	Miten sisältöohjaukseen kuuluvat erilaiset vastuut, tehtävät ja näiden keskinäiset suhteet voisi määrittää?.....	101
6.4.1	Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteen määrittäminen terveydenhuollon määritelmistä käsin.....	102
6.4.2	Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteen määrittäminen terveydenhuoltolain 57 § tehtävistä käsin.....	103
6.4.3	Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteiden määrittäminen käymällä läpi muissa laeissa määritellyjä sisältöohjaukseen liittyviä tehtäviä ja veloitteita.....	104

6.4.4	Sisältöohjauksen rakenteiden määrittäminen tieteenalaluokitteluiden perusteella .....	106
6.4.5	Sisältöohjauksen käytännön toteuttamisen edellytykset ja kuvaaminen lainsäädännössä .....	107
<b>7</b>	<b>Johtopäätökset ja ehdotukset .....</b>	<b>110</b>
7.1	Johtopäätös 1: Sote-palveluiden sisällön ja järjestämisen ohjaus tulisi erottaa toisistaan käsitteellisesti ja lainsäädännössä .....	110
7.2	Johtopäätös 2: Kansallisen tason sisältöohjauksesta vastaavat tahot tulisi määritellä uudestaan. Toimijoita tulee vähentää, kansalliset vastuut selkeyttää ja jäljelle jäävien toimijoiden resursointi turvata pitkäjänteisesti.....	112
7.3	Johtopäätös 3. Sote-uudistuksen myötä tiivistyneen palvelujärjestelmän aiempaa paremmat mahdollisuudet tukea kansallisessa sisältöohjauksessa tulee hyödyntää täysimääräisesti – esimerkiksi yhteistyöalueiden roolia kasvattamalla. ....	114
7.4	Johtopäätös 4. Hyvinvointialueiden sisältöohjauksen toteutumisesta vastaavat tehtävät, vastuutahot ja toimivallat tulisi määritellä kansallisesti lainsäädännössä yhtenäisesti kaikille hyvinvointialueille.....	117

# Saatesanat:

## Terveydenhuollon sisältöohjausta on tarpeen uudistaa hyvinvointialuerakenteessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille 1.1.2023 ja samalla rahoitusvastuu siirtyi kunnilta valtiolle. Valtion ohjausta palvelujärjestelmään lisätään, joten myös sisältöohjauksen mallit tulee uudistaa.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen tavoitteena on kansallisesti yhdenvertainen, laadukas, vaikuttava ja kustannusvaikuttava terveydenhuollon toiminta. Sisältöohjaus on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi. Sitovien normien tai määräysten sijaan terveydenhuollon sisällön ohjaus perustuu suurelta osin eri tahojen antamiin suosituksiin ja ohjeisiin, joita palvelujärjestelmässä implementoidaan. Asiaa monimutkaistavat yksilön perusoikeuksia korostavat laintulkinnat ja ammattikunnan autonomia.

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2022 dosentti Samuli Saarnilta selvityksen terveydenhuollon ja lääketieteen sisältöohjauksen uudistamistarpeista ja mahdollisuuksista uudessa hyvinvointialuerakenteessa. Saarnilla on asiakokonaisuudesta monipuolinen koulutus-, osaamis-, ja kokemustausta, jossa yhdistyy kattava teoreettinen tietämys terveydenhuollon ohjauksen eri muodoista (säädös-, informaatio- ja resurssiohjaus, ammattikunnan sisäiset normit ja asenteet) sekä mittava käytännön kokemus toimimisesta terveydenhuollon sisällöstä vastaavana johtajana palvelujärjestelmässä.

Selvityksen keskeisiä teemoja olivat:

1. Terveydenhuollon sisällön informaatio-, normi- ja resurssiohjauksen periaatteelliset ja käytännön vaihtoehdot
2. Terveydenhuollon kliinisen toiminnan johtaminen juridisesta ja kansainvälisten esimerkkien näkökulmasta
3. Terveydenhuollon sisällön ohjauksen tavoitteet ja institutionaaliset edellytykset uudessa sote- rakenteessa
4. Terveydenhuollon sisältöohjauksen lainsäädännölliset kehitystarpeet

Selvitystyö tuloksineen perustuu selvityshenkilön omiin analyyseihin ja johtopäätöksiin. Sosiaali- ja terveysministeriö ottaa selvityksen huomioon arvioidessaan lainsäädännöllisiä, ohjauksellisia ja resursseihin liittyviä kehittämistarpeita.

Tämä selvitys rajautuu terveydenhuoltoon, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta on yleensä tarkoituksenmukaista käsitellä yhtenä kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveydenhuollon sisällön ohjauksella on kuitenkin omat erityispiirteensä ja siksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittämistarpeita on syytä selvittää.

osastopäällikkö Anna Cantell- Forsbom  
Huhtikuu 2023

# 1 Johdanto

Sote-uudistus muutti dramaattisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuun. Hyvinvointialueiden kautta palvelujärjestelmään muodostuvat uudet organisaatorakenteet ja johtamisprosessit. Myös palveluiden tuottamistavat ja palveluverkot voivat muuttua. Kansalaisten ja potilaiden kannalta on kuitenkin tärkeämpää, muuttuuko tuotettujen palveluiden sisältö, saavutettavuus, laatu tai vaikuttavuus. Nämä ovat terveydenhuollon sisältöohjauksen keskeisiä kysymyksiä<sup>1</sup>.

Terveyspalveluiden<sup>2</sup> sisältö on myös veronmaksajien ja suomalaisen yhteiskunnan kantokyvyn kannalta keskeinen asia. Kehitys terveyspalveluiden sisällössä – esimerkiksi uusissa hoitomuodoissa ja toiminnan laatuvaatimuksissa – ajaa terveydenhuollon kustannuksia kansainvälisesti ja pitkällä aikavälillä tavalla, johon järjestämisen tavoilla ei ole juuri vaikutusta. Terveydenhuollon sisältöohjauksen ytimessä ovat linjaukset mahdollisimman kustannusvaikuttavien hoitojen oikeasta käytöstä oikeille potilaille. Nämä ovat keskeinen tapa hillitä terveydenhuollon teknologian, esimerkiksi uusien hoitomenetelmien ja lääkkeiden, jatkuvasti kasvattamia kustannuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille 1.1.2023. Samalla rahoitusvastuu siirtyi kunnilta valtiolle. Valtion ohjaus palveluiden järjestämisen osalta muuttui sote-järjestämisäädännön myötä merkittävästi. Sen sijaan sosiaali- ja terveyspalveluiden sisältöä ohjaava ns. substanssilainsäädäntö ei tässä vaiheessa juuri muuttunut. Palveluiden järjestämisen, rahoituksen ja organisoitumisen muuttuessa on tärkeää käydä läpi myös sote-palveluiden sisältöohjauksen periaatteet ja rakenteet.

Ei ole itsestään selvää, että hyvinvointialueuudistus helpottaa terveydenhuollon sisältöohjausta tai palvelujärjestelmän kehittymistä kohti mahdollisimman kustannusvaikuttavia tai sisällöltään yhdenvertaisia palveluita. Myös päinvastainen kehitys on mahdollinen, mikäli asiaan ei kiinnitetä pitkäjänteistä huomiota. Suomi oli terveydenhuollon sisältöohjauksen ja vaikuttavuusperusteisen toiminnan kansainvälisen tason osaaja ja

<sup>1</sup> Tässä työssä käytetään termiä sisältöohjaus, koska se auttaa hahmottamaan kokonaisuutta suhteessa järjestämisen ohjaukseen liittyvään tematiikkaan ja juridiikkaan. Terminologiaa ja sen historiaa avataan tarkemmin luvussa 3. Monissa kohdin lukija voi niin halutessaan korvata sisältöohjauksen tällä hetkellä muodissa olevalla sanalla vaikuttavuuden ohjaus. Sisältöohjaus on teoriassa eri asia kuin vaikuttavuuden ohjaus, mutta käytännössä sisältöohjauksen tavoitteena on usein jollakin tavoin määritelty vaikuttavuus.

<sup>2</sup> Tämä työ koskee toimeksiantonsa mukaisesti vain terveydenhuollon sisältöohjausta. Osa työn johtopäätöksistä on sovellettavissa myös sosiaalipalveluihin. Sosiaalipalveluiden sisältöohjauksen kehittäminen kannattanee tehdä samanaikaisesti terveyspalveluiden sisältöohjauksen kehittämisen kanssa.

alan edelläkävijä vielä 2000-luvun alussa, mutta tämä asema heikkeni sisältöohjauksen vastuutahojen hajautumisen myötä. Suomalaista sisältöohjauksen järjestelmää voitaneen nykyisellään kuvata hajanaiseksi kokoelmaksi heikosti resursoituja ohjaus-toimijoita, joiden keskinäiset suhteet ovat vaikeasti hahmottuvia. On tärkeää, että sisällön ohjaus muotoutuu uuden järjestelmän kanssa yhteensopivaksi, mutta myös aiempaa paremmin toimivaksi kokonaisuudeksi.

Vaikuttavan, tehokkaan, toimijoiden hyväksymän ja terveystoimittaisia tavoitteita tukevan terveystoimittajien sisältöohjauksen rakentaminen Suomeen edellyttää, että sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus hahmotetaan lähtökohtaisesti kahdeksi eri asiaksi<sup>3</sup>. Terveystoimittajien sisältöohjauksella tarkoitetaan sen ohjaamista, minkälaisilla indikaatioilla ja menetelmillä ihmisiä Suomessa hoidetaan, ja miten toimintojen laatu, saatavuus ja turvallisuus määritellään. Kyse on pohjimmiltaan empiiristen tosiasioiden soveltamisesta yksilöiden perusoikeuksia turvaavien palveluiden määrittämisessä, kansalaisia yhdenvertaisesti kohtelevalla tavalla.

Kääntäen voidaan todeta, että sisältöohjauksessa ei ole kyse alueellisen demokratian ja poliittisen päätöksenteon piiriin kuuluvista asioista. Hyvinvointialuekohtaisesti voidaan poliittisesti linjata, minkälainen palveluverkko alueelle muodostetaan, ja halutaanko palvelut tuottaa julkisesti tai yksityisesti. Sen sijaan aluekohtaisesti ei voida linjata, millä hoitomenetelmillä syöpää tai keuhkokuumetta alueella hoidetaan. Sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus ovat siis sekä käsitteellisesti että juridisesti varsin erilaisia asioita. Järjestämisen ohjauksen ja sisältöohjauksen rajapinta ei luonnollisestikaan ole yksiselitteinen, vaan nämä nämä ohjauksen lajit menevät osin päällekkäin. Esimerkiksi päätöksillä resurssien kohdentamisesta on usein merkittäviä palveluiden sisältöön kohdistuvia seurauksia, jotka tulee huomioida.

Käsitteellisen ja juridisen eron lisäksi onnistumisen edellytykset ja ohjausosaaminen ovat sisältöohjauksessa ja järjestämisen ohjauksessa hyvin erilaisia. Sisältöohjauksessa keskeistä on kyetä arvioimaan empiiristen tutkimustulosten perusteella erilaisten menetelmien ja hoitomuotojen vaikutuksia ja suhteuttaa näitä muihin vaihtoehtoihin. Tavoitteena on sisältöohjaus, joka on alan ammattihenkilöiden koulutuksen, ammattihenkilöläinsäädännön ja valvonnan näkökulmasta uskottava ja toteutettavissa. Järjestämisen ohjauksen peruslähtökohtana taasen on hyvinvointialueiden valtuustojen laillinen autonomia päättää palveluiden järjestämisestä omilla alueillaan. Näin ollen sisältöohjauksessa ja järjestämisen ohjauksessa tarvittavat kansalliset instituutiot,

---

<sup>3</sup> Tässä työssä keskitytään terveydenhuollon sisältöohjauksen periaatteiden kirkastamiseen ja sen onnistumisen edellytysten määrittämiseen nimenomaan järjestämisen ohjauksesta erillisenä toimintana. On kuitenkin selvää, että sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen on sovittava yhteen, ja ohjauksesta on muodostuttava palvelujärjestelmää tukeva kokonaisuus.

näiden osaaminen ja toimintatavat, sekä hyvinvointialuekohtaiset johtamisprosessit ovat vääjäämättä erilaisia.

Koska sisällön ja järjestämisen ohjaus ovat perustavalla tavalla erilaisia toimintoja, tulisi sisältöohjauksen onnistumisen edellytyksiä tarkastella oman eheän ohjausketjun näkökulmasta: lainsäädännön, kansallisten viranomaisten, hyvinvointialueiden yhteistyön, hyvinvointialueiden käytännön johtamisjärjestelmien ja viimekädessä viranhaltijoiden vastuiden kautta.

Terveydenhuollon sisältöohjaus on osoittautunut vaikeaksi kaikkialla maailmassa. Tämä näkyy kasvavana ristiriitana terveydenhuollon mahdollisuuksien, vaatimusten ja julkisten resurssien välillä. Suomella on myös vahvuuksia, joiden varaan toimivan sisältöohjauksen järjestelmän voisi rakentaa. Itsekseen tai nykyisen järjestämislainsäädännön avulla tämä ei kuitenkaan toteutune. Vaikeudesta huolimatta terveydenhuollon sisältöohjaus on välttämätöntä. Järjestämisen ohjaus ei tule riittämään palvelujärjestelmämme kantokyvyn turvaamiseksi.

## 2 Työn tavoitteet, rakenne, rajaukset ja toteutus

### 2.1 Tavoitteet

Tämän selvityksen tarkoituksena on tuottaa terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittämisen tueksi analyysi sisältöohjauksen periaatteista, nykytilasta ja toimivan sisältöohjauksen järjestelmän ominaisuuksista sekä kansallisella että hyvinvointialueiden tasolla.

Työn lähtökohtana on, että terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittäminen on 2000-luvulla Suomessa jäänyt sote-rakenteiden ja järjestämisen ohjauksen kehittämisen jalkoihin. Ilman toimivaa sisältöohjausta sote-palvelut eivät kuitenkaan voi tuottaa kansalaisten tarvitsemia palveluita, eikä järjestelmästä muodostu resurssien käytön osalta kestävää. Lisäksi on mahdollista, että ilman selkeää sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen erottelua uusi sote-järjestelmä voi alkaa tuottaa sisällöltään hyvinvointialuekohtaisesti vaihtelevia palvelukokonaisuuksia. Tämä olisi kielteinen kehityssuunta sekä yhdenvertaisuuden että koko järjestelmän kustannusvaikuttavuuden kannalta.

Sisältöohjauksen lopullisena kohteena on terveydenhuollon ammattilaisten tekemien yksilötasoisien päätösten ohjaus. Yksilötasolla päätöksentekoon vaikuttavat hyvin monenlaiset tekijät: viralliset ja epäviralliset rakenteet, kansainväliset, kansalliset ja paikalliset prosessit, tieteelliset ja sosiaaliset auktoriteetit, ammattilaisten osaaminen ja kokemus yms. Työssä ei juuri käsitellä yksilötason asioita kuten esimerkiksi koulutuksia, vaan ensisijaisesti ohjauksen rakenteita ja onnistuvien ohjausprosessien edellytyksiä. Organisaatiotasolla sisältöohjauksen taustalla on kyse näyttöön perustuvan terveydenhuollon, hyvien käytäntöjen ja hoitosuosittelujen, kustannusvaikuttavuusanalyysien ja terveydenhuollon menetelmien arvioinnin sekä osaamisen hallinnan kokonaisuudesta. Lainsäädännön tasolla kyse on sisältöohjauksen oikeuttamisesta sekä järjestämisen ja sisältöohjauksen yhteensovittamisesta niin, että roolitus, valta- ja vastuusuhteet ovat selkeät. Poliittikatasolla kyse on erityisesti siitä, miten Suomessa saadaan käyttöön riittävän kustannusvaikuttavia hoitoja, kohdennetaan nämä hoidot oikein ja yhdenvertaisesti, sekä toteutetaan nämä hoidot laadukkaasti ja turvallisesti.

Tässä työssä käytetään usein sisältöohjauksen esimerkkinä yksittäisiä hoitopäätöksiä, jotta erot järjestämisen ohjaukseen tulisivat selkeästi esille. Vaikka sisältöohjauksen kohteena ovatkin viimekädessä yksittäisiä potilaita koskevat päätökset, on monien



hoitoprosessien toteuttaminen niin monimutkaista, ettei se luontevasti redusoidu yksittäiseksi päätökseksi. Käytännössä monimutkaisten hoitokokonaisuuksien onnistumiseen tarvitaan useita eri ammattilaisia, sujuvia palveluprosesseja ja toimivaa infrastruktuuria. Käytännössä terveydenhuollon sisällön ohjaus onkin sekä potilaan näkökulmasta että juridisesti laajempi kokonaisuus kuin yksittäiset hoitopäätökset. Sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen rajapinta on osin vaikeasti määriteltävä. Tässä työssä sisältöohjauksella tarkoitetaan paitsi yksittäisiä päätöksiä, myös näiden hoitopäätösten onnistumisen edellyttämiä toimintamalleja ja rakenteita.

Esimerkiksi kirurgista toimintaa ei voi toteuttaa ilman laitteistoja ja erikoistunutta henkilökuntaa, jotka toimivat kokonaisuutenaan lääketieteellisesti perustellun toimintamallin mukaisesti. Leikkaustoimintaan liittyvät hoitopäätökset eivät siis voi toteutua, ellei käytettävissä ole turvallisen leikkaustoiminnan edellyttämää infrastruktuuria. Tarvittavien resurssien ja infrastruktuurin olemassaolon voidaan katsoa kuuluvan myös sisältöohjauksen piiriin, koska vakiintuneen tulkinnan mukaan järjestämisvastuu ei sisällä oikeutta tehdä sellaisia resursointipäätöksiä, jotka de facto estävät potilaiden tarvitsemien hoitojen saamisen tai vaarantavat hoidon laadun tai turvallisuuden.

Terveydenhuollon sisältöohjausta lähestytään neljän pääteeman kautta, jotka samalla muodostavat työn rakenteen:

- Työn alussa luvussa 3 tarkastellaan terveydenhuollon sisältöohjauksen periaatteellisia vaihtoehtoja.
- Luvussa 4 tarkastellaan terveydenhuollon sisältöohjauksen käytännön ohjausmalleja Suomessa ja eräissä muissa maissa.
- Luvussa 5 tarkastellaan terveydenhuollon sisältöohjauksen tavoitteita ja institutionaalisia edellytyksiä ja vaihtoehtoja kansallisella tasolla.
- Luvussa 6 tarkastellaan hyvinvointialueita ja niiden edellytyksiä toimeenpanna sisältöohjausta aina yksittäisen ammattilaisen tasolle asti

## 2.2 Työn rajaukset

Toimeksiannon mukaisesti ja koska sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluiden sisältöohjaus on osittain erilaista, tämä selvitystyö tarkastelee vain terveydenhuollon sisältöohjausta. Osa työssä esitetyistä näkökulmista soveltunee kuitenkin myös sosiaalipalveluiden sisällön ohjaukseen. Tässä työssä ei myöskään käsitellä lääkkeiden myyntilupa- ja lääkekorvausjärjestelmää. Vaikka lääkehuollon ohjaus on tärkeä osa terveydenhuollon sisältöohjausta, lainsäädäntö ja ohjausjärjestelmä on melko erilainen verrattuna muiden terveyspalveluiden sisältöohjaukseen. Mm. EU-tason rooli on

lääkealalla merkittävä. Lisäksi lääkealan kehittämistä on käsitelty useissa selvitysraporteissa<sup>4</sup>.

Juridisesta näkökulmasta tämä selvitystyö kattaa ensisijaisesti terveydenhuoltolain ja siihen liittyvän substanssilainsäädännön mukaiset toiminnan sisältöohjauksen keinot. Järjestämiseen liittyvää lainsäädäntöä tai siihen liittyviä prosesseja ei siis syvällisesti tarkastella. Yksityiskohtainen juridinen tarkastelu ei kuulu työn piiriin, vaan työssä esiin nostetut juridiset huomiot ja ehdotukset lainsäädännön kehittämisestä pyritään pitämään yleisellä tasolla.

Kansainvälinen tarkastelu sisältöohjauksesta eri maissa ei pyri olemaan kattava, vaan nostaa esille havainnollisia esimerkkejä eräiden maiden järjestelmistä. Terveydenhuollon sisältöohjauksen mallit eivät ole sellaisinaan siirrettävissä, koska ne ovat monimutkaisesti sidoksissa kunkin maan lainsäädännön periaatteisiin, julkisen vallan ja professioiden työnjakoon sekä terveystalouden rahoitusjärjestelmiin.

Työn tavoitteena on tehtäväksiannon mukaisesti analysoida terveydenhuollon sisältöohjausta kokonaisuutena niin, että työ tukee sisältöohjauksen kehittämistä uuden hyvinvointialuerakenteen piirissä pitkällä tähtäimellä. Tavoitteena on siis kattaa hyvin laaja kokonaisuus ilmiöitä ja asioita, joista jokaiseen voisi syventyä hyvinkin perusteellisesti erilaisista näkökulmista. Työn tavoitteena ei siis ole yksittäisten ilmiöiden tyhjentävä kuvaus, vaan sisältöohjauksen kokonaisuuden hahmottaminen ja keskeisten toimenpiteitä edellyttävien kehityskohteiden tunnistaminen.

## 2.3 Työn toteutustapa

Työ perustuu selvityshenkilön yli 20 vuoden tutkimus-, johtamis- ja kehittämiskokemukseen suomalaisen terveydenhuollon sisältöohjauksen eri alueilla. Työn aikana on toteutettu laaja haastattelukierros ja keskeisiä tuloksia on käyty läpi alan asiantuntijoiden sekä palvelujärjestelmän, STM:n ja alan tutkimuslaitosten ylimmän johdon kanssa. Työn laatija on syvästi kiitollinen kaikille haastatelluille heidän antamastaan ajasta ja tärkeistä näkemyksistä.

---

<sup>4</sup> Tuoreimpana esimerkkinä: Sinikka Rajaniemi 2023: Lääkehoidon ohjauksen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. [https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/2013549/Selvitys+SR+15.1.23\\_final.pdf/00f9c8b-159b-5c32-5874-4c204a9c610f/Selvitys+SR+15.1.23\\_final.pdf?t=1675761745353](https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/2013549/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf/00f9c8b-159b-5c32-5874-4c204a9c610f/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf?t=1675761745353)

Työssä esitetyt mielipiteet eivät edusta haastateltavien eivätkä sosiaali- ja terveysministeriön mielipiteitä, vaan ainoastaan selvityshenkilön näkemyksiä.

### 3 Terveydenhuollon sisältöohjauksen periaatteellisia kysymyksiä

Terveydenhuollon sisällön onnistunut ohjaaminen edellyttää tiettyjen edellytysten toteutumista.

Ohjaus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen:

1. Ohjauksen on tietopohjaltaan perustuttava empiirisiin tosiasioihin, jotta ohjausta noudattamalla on realistista saavuttaa sen tavoitteet. Tiedon keruu sisältöohjauksen pohjaksi on erittäin vaativaa; kyse on sekä uuden tieteellisen tiedon keräämisestä, että olemassa olevan tiedon jalostamisesta käytännön tarpeisiin.
2. Poliittisten arvovalintojen rooli on sisältöohjauksessa pieni, mutta ei olematon, ja keskittyy erityisesti vaiheeseen, jossa tieto muuttuu ohjaavaksi suositukseksi tai normiksi. Terveystieteeseen liittyvät arvovalinnat ovat ihmisten perusoikeuksien kannalta hyvin tärkeitä, ja ne tulisi yhdenvertaisuussyistä ensisijaisesti tehdä kansallisella tasolla.
3. Ohjauksen toteutustapojen on oltava sosiaalisesti uskottavia kohderyhmän näkökulmasta eli terveydenhuollon osalta sellaisia, että terveydenhuollon ammattilaiset tosiasiallisesti noudattavat ohjeistusta ja kansalaiset hyväksyvät ne.

Tämä jaottelu auttaa osaltaan hahmottamaan eroa terveydenhuollon sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen välillä, ja osin myös terveys- ja sosiaalipalveluiden välillä.

Terveydenhuollon sisältöohjausta voi yksinkertaistaen ajatella hoitosuosituksen kautta, kunhan ”hoitosuosituksen” ymmärtää riittävän laajasti. Yksinkertaistettuna: se, millä hoitomenetelmillä tietystä sairaudesta kärsivää hoidetaan tai sairautta ennaltaehkäistään, on terveydenhuollon vaikuttavuuden kannalta keskeinen päätös. Se ei kuitenkaan ole – eikä edes teoriassa voi olla - hyvinvointialueen poliitikkojen päätösvaltaan kuuluva asia. Tämän erottelun selkeyttäminen lainsäädännössä ja hyvinvointialueiden ohjauksessa olisi tärkeää, jotta hyvinvointialueiden luottamushenkilöjohtaminen kohdentuu oikeisiin asioihin. Koska terveydenhuollon sisältöön liittyvien päätösten taloudellinen merkitys on niin suuri, on myös sisältöohjauksen onnistumisella keskeinen merkitys terveydenhuollon taloudelliselle kestävyydelle.

Ero sosiaalipalveluiden ohjaukseen ei ole yhtä yksiselitteinen. Osa sosiaalipalveluista on samankaltaisia kuin terveystalvetut siinä mielessä, että empiirinen tutkimustieto käytettävien menetelmien vaikuttavuudesta olisi periaatteessa välttämätöntä tulokselliselle ohjaukselle. Käytännössä tutkimustietoa sosiaalipalveluiden vaikuttavuudesta on usein vähemmän kuin terveydenhuollossa, ja sen soveltaminen voi olla vaikeampaa yhteiskunnallisen kontekstin suuren merkityksen vuoksi. Epävarmuus parhaista toimenpiteistä on tällöin suurta.

Toisaalta merkittävä osa sosiaalipalveluista on melko puhtaasti poliittisen päätöksenteon piiriin kuuluvien valintojen ja linjausten toteuttamista. Esimerkiksi: erilaisten sosiaalietuuksien ja -tukien määrät ovat oikeutetusti poliittisia päätöksiä, mutta käytettävien lääkkeiden annostukset sen sijaan eivät ole. Ohjaus- ja valvontakeinot eroavat myös siksi, että juridisesti sosiaalipalveluiden päätökset ovat valituskelpoisia hallintopäätöksiä. Terveydenhuollossa tehdyistä hoitopäätöksistä, ei lähtökohtaisesti voi valittaa, vaan oikeusturva toteutuu eri tavoin.

Tämän osan tavoitteena on kuvata sisältöohjauksen onnistumisen elementtejä periaatteellisella tasolla, jotta hyvinvointialueuudistusta tukeva strateginen sisältöohjauksen suunnittelu ja lainsäädännön kehittäminen onnistuisivat mahdollisimman hyvin.

## **3.1 Terveydenhuollon sisältöohjaus: tietoa ja arvovalintoja**

### **3.1.1 Normi- ja informaatio-ohjaus terveydenhuollon sisältöohjauksessa**

Erilaisten ohjausmallien erottelu ei ole yksiselitteistä terveydenhuollon sisällöstä puhuttaessa. Normiohjauksella tarkoitetaan tässä terveydenhuollon sisällön ohjaamista sellaisilla juridisesti sitovilla säädöksillä, jotka eivät juuri anna tulkinnanvaraa. Informaatio-ohjauksella tarkoitetaan pyrkimystä ohjata toimintaa antamalla tietoa. Resursiohjaus vaikuttaa ohjaamalla kohteensa mahdollisuuksia kohti haluttuja toimintatapoja.

Terveydenhuollon sisällön ohjaus voisi teoriassa perustua juridisesti sitoviin normeihin. Normiohjaukseksi voitaneen katsoa esim. lääkkeen myyntilupaprosessi tai lääkkeen ottaminen osaksi palveluvalikoimaa. Tartuntatauti- ja mielenterveyslainsäädännössä on vahvoja säädöksiä, joilla ihmisten perusoikeuksia voidaan rajoittaa. Mutta

tavanomaisissa tilanteissa normiohjaus toimii pääsääntöisesti huonosti terveydenhuollon sisällön ohjauksessa sekä käytännöllisistä että teoreettisista syistä. Tärkein syy on tarve soveltaa sisältöohjausta yksittäisen potilaan tilanteen mukaisesti.

Terveydenhuollon sisältöä ohjataan ensisijaisesti erilaisilla informaatio-ohjauksen muodoilla. Nämä voidaan yksinkertaistettuna havainnollistaa hoitosuosituksiksi. Hoitosuosituksiksi yksinkertaistettuna terveydenhuollon sisältöohjauksen keskeiset kysymykset ovat:

- Miten laaditaan sisällöltään mahdollisimman hyviä hoito- tai toimintasuosituksia ja ohjeita?
- Miten näiden hoito- ja toimintasuositusten kattava noudattaminen, yksilölliset tarpeet huomioiden, voidaan saada aikaan?

Näiden lisäksi tulee harvinaislaatusempi kysymys

- Mitkä asiat pitäisi normittaa sitovasti, miten ja kenen auktoriteetilla nämä normit luodaan, ja miten niitä valvotaan?

Normi-, ja informaatio-ohjauksen periaatteellinen suhde ei sinänsä sote-uudistuksen myötä muutu. Ohjauksen tarve ja käytännön merkitys voi kuitenkin muuttua merkittävästikin, kun ohjausta käytännössä toteuttavien julkisten organisaatioiden määrä putoaa ja koko kasvaa hyvinvointialueiden myötä. Tästä syystä myös ohjausta antavien organisaatioiden tehtävät ja mahdollisuudet onnistuneeseen ohjaustoimintaan on perusteltua arvioida uudestaan. Lisäksi rahoituksen siirtyminen valtiolle sekä aluevaltuustojen synty edellyttävät eri toimijoiden roolien, vallan ja vastuiden kirkastamista.

Hoitosuosituksia käsitellään tässä työssä rakentellisesta ja suomalaisesta näkökulmasta, eli siitä miten hoitosuosituksien laatiminen pitäisi sijoittaa sote-uudistuksen jälkeisessä järjestelmässä. Hoitosuosituksien sitovuus sosiaalisena ilmiönä on tämän tarkastelun kannalta tärkeää. Hoitosuosituksien laatimisen sisältöä ja tapoja ei juuri käsitellä, koska prosessit ovat kansainvälisesti pitkälle vakioituneita.

### 3.1.2 Resurssiohjaus + informaatio-ohjaus = normiohjaus?

Käytännössä sisältöohjauksen onnistumisen kannalta on keskeistä, miten resurssiohjaus yhdistyy informaatio-ohjaukseen. Kun sitova normiohjaus ei yleensä ole perusteltua, on luontevaa pyrkiä yhdistämään informaatio-ohjaus resurssiohjaukseen, ja lisätä tämän avulla ohjauksen sitovuutta tai haluttuun suuntaan vetäviä insentivejä.

Keskeisiä kysymyksiä yhdistettäessä informaatio- ja resurssiohjaus ovat mm.

- Näyttöön perustuvan lääketieteen traditiosta nousevien hoitosuosittelujen väijäämätön muuttuminen yhä sitovammiksi normeiksi resurssiohjauksen vuoksi on tunnistettu jo kaksi vuosikymmentä sitten<sup>5</sup>. Hoitosuosittelujen sitovuus kasvaa, koska informaatio-ohjaukseen tarkoitettuista suosituksista on tullut valvontatoimien ja oikeusprosessien kautta hoidon minimitaso, jota ei saa alittaa ilman erityisiä perusteita. Ja toisaalta niistä tulee julkisen rahoituksen rajallisuuden vuoksi samalla hoitojen maksimitaso, jonka rahoittaja suostuu maksamaan. Hoitosuosittelut muodostavat siis yhä kapeamman ”putken” missä hoitopäätöksiä voidaan tehdä.
- Mitä virallisemman tahon antama ja vahvemmin sitova hoitosuositus on kyseessä, sitä vahvemmin siihen liittyy velvoite osoittaa myös hoitoihin tarvittava rahoitus. Esimerkiksi Englannin NHS on velvoitettu maksamaan oman hoitosuositusorganisaationsa NICE:n antamien hoitosuosittelujen aiheuttamat lisäkustannukset. Vaikka Suomen palveluvalikoimaneuvosto antaa virallisesti ”suosituksia”, velvoittavat myönteiset päätökset käytännössä julkista valtaa tarjoamaan suositeltuja hoitomuotoja. Valtion rahoittamassa sote-järjestelmässä olisi luontevaa, että suosituksista seuraisi vastaava lisärahoitus.
- Edellä mainituista syistä kansainvälisestikin keskeinen hoitosuositusjärjestelmien haaste on yhä, miten hoitojen yksilötason terveysvaikutukset ja yhteiskunnalliset kustannukset yhdistetään, ja miten suositusten vaikutukset huomioidaan kokonaisuutena. Erityisesti: arvioidaanko tieteellinen näyttö parhaasta hoidosta ja yhteiskunnallisesti hyväksyttävät kustannukset yhdessä vai eri prosesseissa - mahdollisesti eri toimijoiden taholta?
- Arvovalinnat ja valtasuhteet korostuvat epätietoisuuden vallitessa eli tilanteissa, joissa tieteellinen näyttö suuntaan tai toiseen ei ole selkeää. Ongelma tiivistyy eron vaikuttavuuden osoittavan näytön puutteen ja vaikuttamattomuuden osoittavan näytön välillä. Nämä ovat loogisesti eri asioita: näytön puute tilanteessa, jossa tutkimukset puuttuvat, ei luonnollisesti kerro mitään menetelmän vaikuttavuudesta. Näissä tilanteissa maksajan ja potilaiden intressit ovat usein ristiriidassa keskenään<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Saarni, SI & Gylling, HA. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science?  
J Med Ethics 2004(2):171-5. doi: 10.1136/jme.2003.003145.

<sup>6</sup> Esimerkiksi parantumattomasti sairaalla ihmisellä voi olla intressi kokeilla hoitoja joita ei ole vielä tutkittu kunnolla; rahoittajalla taas ei ole intressiä kustantaa näitä, ainakaan tutkimusprojektien ulkopuolella.

### 3.1.3 Tosiasiat, vaikuttavuustieto ja päätöksenteko

Terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuus korostuu sisältöohjauksen keskeisenä tavoitteena useasta syystä. Terveys on yksi ihmisen perustarpeista, joten selkeästi terveyttä edistävien (eli vaikuttavien) hoitojen edistäminen on arvokasta ja epäminen ihmisiltä eettisesti ja poliittisesti vaikeaa. Toisaalta vaikuttavuuden arviointi tieteellisesti luotettavalla tavalla on välttämätöntä, jotta toimenpiteiden todella tuottama hyöty tunnetaan ja jotta vaikuttamattomien eli resursseja hukkaavien menetelmien käytöstä ja toimintatavoista päästäisiin eroon.

Käytännössä priorisointipäätökset tilanteessa, jossa vaikuttavia hoitoja joudutaan vähentämään tai niistä luopumaan resurssisyistä, ovat äärimmäisen vaikeita toteuttaa erityisesti poliittisella tasolla. Päätöksenteon näkökulmasta on aina helpompaa luopua sellaisista hoidoista, jotka on osoitettu vaikuttamattomiksi. Tällöin voidaan sanoa, että resursseja säästetään, eikä kukaan itse asiassa menetä mitään. Toki hoitoa ei enää anneta, mutta tämä ei ole ongelma, koska hoidolla ei olisi ollut terveysvaikutuksia.

Edellä kuvatusta logiikasta seuraa, että terveydenhuollon sisältöohjaus on luontevaa ajatella ensisijaisesti empiiriseksi, arvovapaaksi kysymykseksi kustannusvaikuttavuudesta. Ratkaisuvollisuus kustannusvaikuttavuuden osalta on asiantuntijoilla, ja poliittisen päätöksenteon rooli voidaan siirtää varsin strategiselle tasolle<sup>7</sup>.

Vaikuttavuustiedon kysyntä, tuottaminen ja käyttö kasvaa jatkuvasti terveydenhuollossa ja terveystaloudessa. Tähän kysyntään vastaamiseksi on kehittynyt laajenevia organisaatioita mm. näyttöön perustuvan lääketieteen (evidence-based medicine, EBM) ja terveydenhuollon menetelmien arvioinnin (health technology assessment, HTA) nimekkeiden alle. Kustannus-vaikuttavuustutkimus ja terveystaloustiede ovat kehittyneet lähes tyhjästä merkittäväksi tieteenalaksi muutamassa vuosikymmenessä.

### 3.1.4 Vaikuttavuustieto + arvovalinnat = sisällön ohjaus

Huolimatta edellä sanotusta, sisältöohjaus ei ole puhtaasti arvovapaata, eikä redusoidu kysymykseksi kustannusvaikuttavuudesta. Sekä tiedon kerääminen, että

<sup>7</sup> On huomattava, että terveydenhuollon sisältöohjauksen poliittinen vaikeus liittyy nimenomaan priorisointiin, eli resurssien rajallisuudesta seuraaviin palveluiden rajoittamispäätöksiin. Vastaavaa poliittista ongelmaa ei luonnollisesti ilmene niissä tapauksissa, joissa poliittiset päättäjät päättävät lisätä hoitovalikoimaan huonosti perusteltuja menetelmiä tai palveluita.



sen tiedon arviointi ja muuttaminen toimenpidesuosituksiksi sisältää arvovalintoja. HTA-kentällä näiden vaiheiden erottelua kuvataan sanoilla *assessment* ja *appraisal*. Asia yksinkertaistuu ns. Humeen lakiin eli siihen, ettei mistään empiirisestä vaikuttavuustutkimustuloksesta vielä loogisesti seuraa, että jokin kyseinen hoito olisi tarjottava potilaalle.

Vahvasti yksinkertaistaen kyse on siis kaksivaiheisesta prosessista:

1. Tiedon keruu ja analysointi (*assessment*): Jos sairautta A hoidetaan menetelmällä B, lopputulos C seuraa todennäköisyydellä p.
2. Tiedon arviointi ja suositus (*appraisal*): Jos potilaalla on sairaus A, niin hoida häntä menetelmällä B, koska lopputulos C on arvokas ja hyödyn todennäköisyys p riittävän suuri.

Terveydenhuollon sisältöohjaus edellyttää siis toisaalta jatkuvasti lisääntyvän tieteellisen tiedon keräämistä ja seuraamista, ja toisaalta sen arviointia mikä lopputulos on arvokas (suhteessa vaihtoehtoihin) ja mikä todennäköisyys hyödylliselle (ja haitoilille) on riittävän suuri.

Vaikuttavuustiedon kerääminen ja analysointi on erittäin monimutkainen, jatkuva prosessi, koska uutta tutkimustietoa syntyy koko ajan. Tavoitteena on selvittää paitsi tutkimustulosten paikkansapitävyys, myös ennakoita hoitojen todelliset vaikutukset juuri suomalaisessa väestössä ja palvelujärjestelmässä. Vaikka tässäkin vaiheessa on mukana myös arvovalintoja, on tiedon keruu ja analysointi ytimeltään tieteellistä.

Käytännössä terveydenhuollon sisältöohjauksessa tarvittavan tietopohjan hankkiminen ja ylläpito on niin laajasti resursseja vievää, ettei sitä voi tehdä kattavasti Suomen kokoisessa maassa. Kansainvälisiä yhteistyörakenteita tiedon keräämiseksi ja analysoinniksi onkin syntynyt monenlaisia. On siis selvää, ettei hyvinvointialueitasoinen lääketieteellisen vaikuttavuustiedon kerääminen ja analysointi ole realistista. Ydinkysymys on, miten vaikuttavuustiedon kerääminen ja arviointi Suomessa järjestetään resursseja mahdollisimman vähän hukaten ja niin, että saadaan irti kaikki hyöty kansainvälisistä yhteistyörakenteista.

Erityisesti suositusvaiheessa tulee tehtäväksi myös arvovalintoja. Toimenpiteillä on yleensä monenlaisia haittoja ja hyötyjä, ja ne voivat kohdistua paitsi potilaaseen myös heijastua moniin muihin ihmisiin. Kustannukset ja vaihtoehtoiskustannukset tulisi huomioida. Näiden arvovalintojen tekemisen tueksi on kehitetty monenlaisia, eri osapuolia osallistavia prosesseja. Sote-uudistuksen kannalta on keskeistä pohtia, millä päätöksenteon tasolla näitä arvovalintoja tulisi Suomessa tehdä. Ydinkysymys on, voidaanko terveydenhuollon sisältöohjaukseen liittyviä arvovalintoja tehdä oikeutetusti hyvinvointialueitasolle rakentuneella uudella aluedemokratian tasolla? Vastaus on ensisijaisesti

ei, koska tämä johtaisi siihen, että samassa tilanteessa olevia ihmisiä hoidettaisiin eri tavoitteilla tai menetelmillä eri hyvinvointialueilla. Tämä taas olisi perustuslain yhdenvertaisuusvaatimusten vastaista. Lisäksi palvelujärjestelmämme ajautuisi monenlaisiin ongelmiin ja muuttuisi äärimmäisen vaikeasti ohjattavaksi – ja todennäköisesti myös tehottomammaksi - jos hoitojen sisällöistä alettaisiin linjata hyvinvointialuekohtaisesti.

### 3.1.5 Resurssit, vaihtoehtoiskustannukset ja oikeudenmukaisuus

Yhdenvertaisuus- ja oikeudenmukaisuuskysymykset liittyvät siihen, miten erilaiset terveydenhuollon palvelut, resurssit ja niistä saatavat hyödyt jakautuvat eri ihmisten, ihmisryhmien ja alueiden välillä, ja mitä kaikkea tästä seuraa. Näistä näkökulmista terveydenhuollon sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus kietoutuvat monin tavoin yhteen.

Kansanterveyden maksimointi puhtaasti utilitaristisessa hengessä (terveyshyödyn maksimointi väestön tasolla) ei koskaan ole – eikä voi olla – terveydenhuoltojärjestelmän ainut tehtävä. Oikeudenmukaisuuden vuoksi merkitystä on myös terveyden ja terveystalouden jakautumisella yksilöiden välillä, sekä toiminnan heijastusvaikutuksilla terveystalouden ulkopuolelle.

Tärkeitä oikeudenmukaisuuskysymyksiä ovat muun muassa seuraavat:

- minkälaisesta ihmisryhmästä on kysymys (ikä, potilaista riippuvaiset ihmiset, haavoittuva asema tai huono-osaisuus,)
- mitä ihmisille tapahtuu, jos hoitoa ei anneta tai toimenpiteitä tehdä (taudin vakavuus, muut olemassa olevat hoidot),
- onko päätöksellä heijastusvaikutuksia muihin ihmisryhmiin (pitääkö johdonmukaisuuden vuoksi muuttaa hoitokäytäntöjä, resurssien käytön vaikutus muiden ihmisten hoitoihin), tai
- vaikuttaako päätös terveydenhuollon lisäksi muuhun yhteiskuntaan (sairausten tai kohderyhmän yhteiskunnallinen merkitys, tasa-arvon edistäminen)

Arvovalintojen merkitys terveydenhuollon päätöksenteossa tarkoittaa, että vaikka tieteellisen tiedon laadusta ja sisällöstä eli ”näytöstä” olisi täydellinen yhteisymmärrys, voidaan täsmälleen samaa tietoa oikeutetusti tulkita tai arvottaa eri tavoin. Kyse voi olla erilaisista arvoista mutta myös siitä, että eri tilanteissa olevat ihmiset voivat tulkita samaa tietoa eri tavoilla mutta yhtä rationaalisesti. Tiedon soveltamisen konteksti vaikuttaa näytön tulkintaan. Tieteellisen tiedon merkitystä ei siis voi tulkita sellaisenaan.

Esimerkiksi päätöstä siitä, milloin uusia hoitoja on oikeutettua kokeilla tai jättää kokeilematta ei voi tehdä puhtaasti vaikuttavuustiedon perusteella, esimerkiksi €/lautupainotettu elinvuosi - laskelmilla. Arvovalintoja terveydenhuollon päätöksenteossa on tarkasteltu tarkemmin muualla<sup>8</sup>.

Oikeudenmukaisuuden huolellinen huomiointi suunniteltaessa sisältöohjauksen järjestelmiä on tärkeää monesta syystä:

- Oikeudenmukaisuuskysymykset ovat keskeisiä arvovalintoja, joita joudutaan tekemään sisältöohjauksen yhteydessä. Näillä on merkittäviä vaikutuksia perusoikeuksiin. Tästä syystä kansallisen ja alueellisen vastuunjaon tulisi olla mahdollisimman selkeä. Oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden arviointi liittyvät keskeisesti yhteen. On selvää, ettei hyvinvointialueiden vastuu palveluiden järjestämisestä sisällä valtaa olla järjestämättä sisällöltään asianmukaisia ja yhdenvertaisia palveluita verrattuna muiden hyvinvointialueiden palveluihin.
- Monet keskeiset oikeudenmukaisuuskysymykset – kuten palveluvalikoimaan hyväksyttävien hoitojen hyväksyttävä enimmäishinta – ovat sekä monimutkaisia että laajoja heijastusvaikutuksia sisältäviä terveystaloudellisia valintoja. Suurin osa näistä edellyttää perusteellisia prosesseja, joiden yhteydessä selvitetään mm. monimutkaisia kustannusvaikuttavuuden kysymyksiä, punnitaan näihin liittyviä arvokysymyksiä ja arvioidaan heijastusvaikutuksia koko palvelujärjestelmään. Näissä sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus menevät limittäin. Tämänkaltaiset prosessit ovat pisimmälle kehittyneitä terveydenhuollon menetelmien arvioinnin (HTA) piirissä. Käytännössä toiminta on niin monimutkaista, että se tulisi toteuttaa kansallisella tasolla; samalla johtopäätökset koskisivat kaikkia kansalaisia yhdenvertaisesti.
- Hoitosuosittelujen koetulla oikeudenmukaisuudella – mukaan lukien suositusten perusteet ja laatijatahon hyväksyttävyyden - on suuri merkitys sisältöohjauksen viemisessä käytäntöön. Ammattilaisten ja potilaiden epäoikeudenmukaisiksi kokemien suositusten todennäköisyys vaikuttaa käytäntöön on pieni.
- Sisältöohjauksen tuottamiseen kehitetyt järjestelmät (esim. HTA-organisaatiot) ovat kansainvälisestikin osoittautuneet lyhytikäisiksi, mikäli kaikki keskeiset osapuolet eivät koe prosessia avoimeksi ja lopputuloksia oikeudenmukaisiksi. Käytännössä yhdenkin osapuolen epäluottamus (poliitikot, ammattilaiset tai potilaat) voi riittää koko organisaation epäoikeudenmukaisuuteen ja alasajoon. Tästä ilmiöstä on Suomessakin kokemuksia.

<sup>8</sup> Saarni S. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tutkimuksia 40, Helsinki 2010. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085494>

Hyvinvointialueuudistuksen näkökulmasta kysymys on yksinkertaista: onko millään perusteilla hyväksyttävää, että kansalaiset saavat sisällöltään erilaista hoitoa riippuen siitä, millä hyvinvointialueella he asuvat. Kuntapohjaiseen järjestelmään verrattuna näitä perusteita vaikuttaisi olevan vielä aiempaakin vähemmän, koska palveluiden rahoitus ei enää perustu alueelliseen päätöksentekoon, vaan kaikilla hyvinvointialueilla on käytettävissään samoilla kriteereillä määritetyt resurssit.

## 3.2 Terveydenhuollon sisällön ohjauksen toteuttaminen: ohjauksen kohteiden näkökulma

Terveydenhuollon sisältöohjausta ei pääsääntöisesti voi toteuttaa yksittäisiä ammattilaisten hoitopäätöksiä sitovina normeina. Kyse ei ole vain ammattilaisten, vaan myös potilaiden oikeudesta päättää hoidosta – tai tämän rajoittamisesta normiohjauksella. Käytännössä potilaiden oikeuksien ja ns. jaetun päätöksenteon ideaalin korostuminen vahvistavat entisestään tilannetta, jossa ammattilaisella ja potilaalla on yhteisen arvon perusteella oikeus toteuttaa suosituksista poikkeavia hoitoratkaisuja. Sisältöohjauksen käytännön tavoitteena on siis saada sekä ammattilaiset, että potilaat, pitämään ohjeistuksen mukaista toimintatapaa parhaana.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen toteutuminen edellyttää siis ohjauksen sosiaalista hyväksyttävyyttä sekä ammattilaisten että potilaiden ja muiden kansalaisten kannalta. Strategisella tasolla sisältöohjausjärjestelmä edellyttää myös hyväksyttävyyden poliittisten päättäjien taholta.

Ohjauksen hyväksyttävyyttä voidaan lähestyä samankaltaisella kolmijaolla kuin sisältöohjauksen sisältöäkin:

1. Ohjauksen taustalla olevan tieteellisen tiedon keräämisprosessien ja kerääjien uskottavuus
2. Ohjaukseen liittyvien arvovalintojen ja suositusten laatimisprosessien ja laatijoiden uskottavuus
3. Ohjauksen toimeenpanijoiden ja sen soveltajien uskottavuus (sisältäen muun muassa johtamislinjat palvelujärjestelmässä)

### 3.2.1 Minkälaista sisältöohjausta ja hoitosuosituksia noudatetaan?

Terveydenhuollon sisältöohjaus on paljolti informaatio-ohjausta, jonka noudattamisesta ammattilaisella ja potilaalla on yleensä sekä oikeus että käytännön mahdollisuus poiketa. Suomen lainsäädäntö lähtee vahvasti siitä, että hoitopäätökset tehdään yksilötasolla ja yksittäisen potilaan tarpeista käsin. Lähtökohtana kannattaa siis pitää, että mikäli potilas ja terveydenhuollon ammattilainen – käytännössä erityisesti lääkäri - ovat tietyn hoidon tarpeellisuudesta samaa mieltä, tämä kanta yleensä voittaa yritykset ohjata hoitoa toisille urille.

Resurssiohjaus sen sijaan voi olla tehokasta, mikäli se kerta kaikkiaan estää tiettyjen hoitojen toteuttamisen – tyypiesimerkkinä vaikka erityisen kalliit hoidot, joiden pudottaminen pois korvausjärjestelmästä on varsin tehokasta. Henkilökunnan rekrytoinnin kieltäminen voi estää hoitojen tarjoamisen. Käytännössä tämä tosin toimii vain siihen asti, kunnes potilas, lääkäri tai joku muu valittaa päätöksistä.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen toteutumisen kannalta keskeistä on, että ohjauksen kohteet hyväksyvät ohjauksen oikeutetuksi ja uskottavaksi, ja yrittävät toteuttaa sitä käytännössä. Onnistuessaan tämä toteutuu ainakin kahdella tasolla:

- palvelujärjestelmän johtajat, esihenkilöt ja muut mielipidevaikuttajat tukevat ohjauksen noudattamista organisaatioissaan, ja mahdollistavat sen mukaiset toimintatavat
- ammattilaiset soveltavat ohjausta yksilötason hoitopäätöksissä mahdollisimman hyvin.

Sekä organisaatio- että yksilötason soveltaminen on tarpeen, koska hoitosuosituksia ei voi soveltaa mekaanisesti. Organisaatiot ovat aina hieman erilaisia, ja yksilötason hoitopäätöksiin liittyy aina tulkinnan varaa. Tavoitteena on, että sekä palvelujärjestelmän johto että yksittäiset ammattihenkilöt osaavat ja haluavat tulkita hoitosuosituksia tavalla, jolla ne on tarkoitettu tulkittavaksi.

Toinen tapa lähestyä sisältöohjauksen hyväksyttävyyttä on jakaa se kolmeen tasoon erilaisten hyväksyttävyyden tapojen suhteen:

1. Tieteellinen hyväksyttävyys: ollaanko empiirisistä tosiasioista (riittävän) samaa mieltä?
2. Eettinen hyväksyttävyys: ovatko suosituksen tavoitteet ja sen sisältämät arvoarvostelmat (tai niiden taustalla oleva prosessi) hyväksyttäviä?

### 3. Sosiaalinen hyväksyttävyyden merkitys korostuu, koska käytännössä ammattilaisilla tai potilailla ei yleensä ole mahdollisuuksia avata tai pohtia sisältöohjauksen tieteellistä tai arvotaustaa kovin tarkasti<sup>9</sup>. Näin ollen he arvioivat tosiasiallisesti sisältöohjauksen (toimenpidesuosituksen tms.) ja varsinkin sen antajan sosiaalista hyväksyttävyyttä ja uskottavuutta. Arvio ei siis kohdistu itse suositukseen vaan siihen, onko sen antanut taho pätevyydeltään uskottava (tieteellinen tieto on todennäköisesti oikein) ja motiiveiltaan hyväksyttävä (suositukset on tehty hyvässä tarkoituksessa).

Tieteellistä ja eettistä hyväksyttävyyttä (empiiristä tietoa ja arvovalintoja) käsiteltiin jo aiempaan.

Sosiaalinen hyväksyttävyyden merkitys korostuu, koska käytännössä ammattilaisilla tai potilailla ei yleensä ole mahdollisuuksia avata tai pohtia sisältöohjauksen tieteellistä tai arvotaustaa kovin tarkasti<sup>9</sup>. Näin ollen he arvioivat tosiasiallisesti sisältöohjauksen (toimenpidesuosituksen tms.) ja varsinkin sen antajan sosiaalista hyväksyttävyyttä ja uskottavuutta. Arvio ei siis kohdistu itse suositukseen vaan siihen, onko sen antanut taho pätevyydeltään uskottava (tieteellinen tieto on todennäköisesti oikein) ja motiiveiltaan hyväksyttävä (suositukset on tehty hyvässä tarkoituksessa).

Tämän selvityksen tavoitteena ei ole analysoida kaikkia tekijöitä, jotka vaikuttavat ammattilaisten hoitosuosituksen noudattamiseen, vaan pohtia tarvittavia rakenteita ja toimivien rakenteiden ominaisuuksia. Ammattilaisten hoitokäytäntöihin vaikuttamisesta esimerkiksi kouluttamalla tai hoitosuosituksia jalkauttamalla on laaja kansainvälinen kirjallisuus. Suomessakin on toteutettu lukuisia hankkeita aiheesta, joiden kohtalosta on hyvä ottaa opiksi. Esimerkiksi Rohto – hankkeen (1998-2001) tavoitteet ovat yhä täysin ajankohtaisia<sup>10</sup>.

Rohto-projektin päämääränä oli entistä rationaalisempi lääkehoito. Tavoitteena oli:

- kehittää lääkehoitoa sen hyödyllisyyttä ja kokonaistaloudellisuutta osoittavan tiedon mukaiseksi
- kannustaa lääkäreitä arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään sekä tarvittaessa muuttamaan niitä hoidon tehon, turvallisuuden ja taloudellisuuden kannalta optimaaliseen suuntaan
- tuottaa ja välittää hoitokäytäntöjen arvioinnissa tarvittavaa tietoa sekä tukea ko. tiedon tuottamista
- kehittää toiminnan rakenteita siten, että ne mahdollistavat muidenkin, rationaalista hoitoa tukevien ohjelmien ja toimenpiteiden sekä täydennyskoulutuksen jatkamisen projektivaiheen jälkeen.

<sup>9</sup> Merkittäviä poikkeuksia on erityisesti erikoissairaanhoidossa. Pienten erikoisalojen harvalukuiset asiantuntijat voivat olla paljon paremmin ajan tasalla tiedon edistymisestä kuin mikään virallinen suositusdokumentti.

<sup>10</sup> Nikkarinen T, Huvinen S, Brommels M. Kansallinen konsensus ja paikallinen pohdinta. Lääkkeenmääräämiskäytäntöjen muuttaminen koulutuksellisin keinoin. Rohto-projektin arviointiraportti. Helsinki, 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002;1 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236192>

Em. tavoitteista saisi nykymuodin mukaisia korvaamalla sanan ”rationaalinen” sanalla ”vaikuttava” tai ”arvoa tuottava”. Ydinkysymys terveydenhuollon sisältöohjauksen kehittämisessä ei ole kysymys päämäärien määrittämisestä tai mittaamisesta, tai edes niiden saavuttamisen keinoista, vaan suomalaisen järjestelmän vaikeudesta pystyttää ja ylläpitää toimivia terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteita.

Sisältöohjauksen rakenteita uudistettaessa on siis välttämätöntä pohtia ohjaustahon uskottavuutta ja siitä seuraavia mahdollisuuksia saada aikaan todellista ohjausvaikutusta. Tieteellisesti oikea tieto ohjauksen taustalla ei vielä riitä. Erityisen tärkeää tämän arviointi on, mikäli sote-uudistuksen myötä halutaan tehdä muutoksia paitsi sisältöohjauksen kansalliseen laatimiseen, myös mekanismeihin ja rakenteisiin joilla sisältöohjausta hyvinvointialueilla toteutetaan ja valvotaan (ks. luku 6).

Toisin sanoen: jos hoitosuosituksen laatimistapaa tai -tahoja muutetaan, on tarpeen ennakoita, muuttuuko samalla myös ammattilaisten sitoutuminen suosituksiin.

Yksinkertainen esimerkki: Duodecim – seuran fasilitoimat Käypä hoito – suositukset ovat terveydenhuollon näkökulmasta erittäin uskottavia ja siksi hyvin noudatettuja. Suositukset ovat uskottavia sekä tieteellisen sisältönsä (maan parhaan asiantuntijat laatimassa yli 30 vuotta hiotun prosessin mukaisesti) ja eettisen sisältönsä (potilaan paras tavoitteena, säästöt eivät niinkään) puolesta. Mikäli vastaava järjestelmä yritettäisiin toteuttaa jonkun viraston toimesta, olisi täysin saman sisältöisten suositusten uskottavuus ja noudattaminen luultavasti vähäisempää.

Keskeistä siis on, että suosituksen kohderyhmä kokee, että suosituksen noudattaminen on tieteellisesti perusteltua, moraalisesti arvokasta ja sosiaalisesti hyväksyttävää. Kuten aiemmin on todettu, sisältöohjauksen järjestelmän sosiaalinen hyväksyttävyyden lisäksi suoraan sidoksissa sisältöohjauksen järjestelmän pysyvyyteen. Käypä hoito – järjestelmä on tästäkin esimerkki. Sosiaalinen hyväksyttävyyden keskeinen taustatekijä sille, että järjestelmä on pysynyt toiminnassa yli 30 vuotta, maan parhaat asiantuntijat osallistuvat suositusten tekoon käytännössä ilman korvausta ja järjestelmä kattaa keskeiset kansansairaudet (yli 100 suositusta). Suositusjärjestelmän saama julkinen taloudellinen tuki (alle 1 miljoona euroa vuodessa) on käytännössä olematon suhteessa järjestelmän merkitykseen tai siihen, mitä vastaava järjestelmä maksaisi viranomaistoimintana toteutettuna (ks. 4.1.5. koskien kansainvälisiä verrokkeja).

### 3.2.2 Sisältöohjauksen on oltava hyväksyttävää myös potilaiden näkökulmasta

Sisältöohjauksen sosiaalisen hyväksynnän merkitystä korostaa se fundamentaalinen muutos, mikä terveydenhuollon päätöksenteossa on tapahtunut ammattilaislähtöisyydestä kohti jaettua päätöksentekoa. Näyttöön perustuvan terveydenhuollon ja hoitosuosituksen syntyessä keskeinen tavoite oli vielä paljolti paternalistisen ideaalin mukainen: saada lääkärit tekemään potilaan kannalta mahdollisimman hyödyllisiä hoitopäätöksiä tieteellisen tiedon perusteella.

Potilaiden ja ammattilaisten välistä tieto- ja valtasuhdetta ovat muuttaneet monet tekijät. Sisältöohjauksen kannalta keskeisimpiä muutoksia on, että päätöksenteosta on tullut enenevästi ammattilaisen ja potilaan yhteisen, kaksisuuntaiseen tiedonvaihtoon perustuvan prosessi. Tätä tyypillisesti kutsutaan jaetuksi päätöksenteoksi (shared decision-making). Jaettu päätöksenteko on enenevästi siirtymässä eettisestä ideaalista juridisesti edellytetyksi toimintamalliksi<sup>11</sup>. Seurauksena on potilaiden kasvava rooli terveydenhuollon sisältöohjauksen toteuttamisessa, sekä tähän liittyvä tarve saada potilaiden hyväksyntä sisältöohjaukselle.

Keskeinen osa jaettua päätöksentekoa on, että ammattilainen ja potilas muodostavat yhteisen käsityksen käytännön hoitovaihtoehdoista, tieteellisestä näytöstä ja hoitovaihtoehtojen todennäköisistä seurauksista. Tämä yhdistetään potilaan arvojen ja toiveitten kanssa, jonka jälkeen ideaalitapauksessa päädytään yhdessä hyväksyttävään hoitopäätökseen. Jaetun päätöksenteon tueksi hoitosuosituksista laaditaan tyypillisesti erilaisia potilasversioita, jotta molemmilla osapuolilla olisi käytössään sama tietopohja. Näin ollen hoitosuositusten ja niiden laatimisprosessin tulee olla myös potilaan kannalta sosiaalisesti hyväksyttäviä. Tätä edistetään osallistamalla potilaita, näiden edustajia tai muuten määritettyjä ”kokemusasiantuntijoita” eri tavoin suositusprosessin laatimiseen<sup>12</sup>.

Jaetussa päätöksenteossa potilaiden vallan kasvu lisää käytännössä myös lääkärin valtaa poiketa sisältöohjauksesta; käytännössä hyvässä potilas-lääkärisuhteessa lääkäri saa potilaan usein suostumaan hoitosuosituksesta poikkeavaan hoitoon, mikäli

<sup>11</sup> Ks. esim. Nolte E, Merkur S & Anell A: Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges European Observatory on Health Systems and Policies, 2020 [https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/person-centred-health-systems.pdf?sfvrsn=6fea5125\\_3&download=true](https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/person-centred-health-systems.pdf?sfvrsn=6fea5125_3&download=true)

<sup>12</sup> Myös esim. palveluvalikoimaneuvosto pyytää aina suositusluonnoksistaan laajasti lausuntoja kaikilta tahoilta.



lääkäri itse pitää sitä perusteltuna. Lääkärin ja potilaan yhteisen päätöksen osoittaminen vääräksi on varsin erilainen prosessi kuin vain lääkärin päätöksen kritisointi.

Toisin sanoen: keskusteltaessa mahdollisuuksista sitovaan terveydenhuollon normiohjaukseen ei enää keskustella tavoista vähentää vain ammattilaisen toimintavapauksia, vaan samalla keskustellaan tavoista kaventaa yksittäisen potilaan oikeuksia. Ammattilaisia sitova sisältöohjaus on siis aina suoraan potilaiden oikeuksiin vaikuttava asia. Ammattilaisten juridiset ja ammattieettiset velvoitteet ja potilaiden oikeudet ovat luonnollisesti sidoksissa toisiinsa.

Yksittäisten potilaiden roolin vahvistuminen päätöksenteossa korostaa edellä kuvattua tilannetta, jossa hoitosuositukseen liittyy aina mahdollisuus yksilötason poikkeamiin. Tämä puolestaan korostaa suositusten sosiaalisen hyväksyttävyyden merkitystä erityisesti, jotta ammattilaisen ja potilaan yhteisessä päätöksenteossaan päätyisivät suosituksen tavoitteiden mukaiseen ratkaisuun.

Käytännössä tavoitteeksi tulee ottaa sisältöohjausjärjestelmä, joka on toisaalta kansallisten terveystieteellisten tavoitteiden mukainen, ja toisaalta sosiaalisesti niin hyväksyttävä, että se tukee potilaiden ja lääkärin yhteistä päätöksentekoa haluttuun suuntaan.

### 3.2.3 Sisältöohjauksen tieteellinen hyväksyttävyys

Terveydenhuollon sisältöohjauksen pohjaksi tarvitaan paikkansa pitävää tieteellistä tietoa. Tieteelliset tutkimukset, meta-analyysit, kirjallisuuskatsaukset ja vaikuttavuusarviot ovat tässä työkaluja. Terveydenhuollon menetelmien arviointiorganisaatiot ovat Euroopan laajuisessa yhteistyössä kehittäneet pitkälle vietyjä prosesseja tieteellisen tiedon luotettavaan ja läpinäkyvään keräämiseen ja yhteenvetoon <sup>13</sup>.

Tämä selvitystyö ei koske tiedon keräämistä ja analysointitapoja vaan sitä, millä tavalla rakenteilla ja prosesseilla tämä voitaisiin Suomessa toteuttaa nykytilannetta paremmin.

Sisältöohjauksessa tarvittavien erilaisten tiedon lajien erottelu on kuitenkin tärkeää, jotta voidaan lähestyä kysymystä ideaalista tiedon tuotannon organisaatorakenteesta tai -prosessista. Sisältöohjaukseen tarvittavassa tiedossa ei ole kyse vain lääketieteel-

<sup>13</sup> Erittäin laaja resurssivalikoima: European network for health technology assessment EUnetHTA, [www.eunetha.eu](http://www.eunetha.eu)

lisestä tai ”terveystieteellisestä” tiedosta, vaan eri tieteenaloihin liittyvästä osaamisesta ja siitä, miten kaikki tämä tieto voidaan Suomen kokoisessa pienessä maassa hankkia.

2000-luvulla kehitetty EUnetHTA – mallin puitteissa on kehitetty ja laajasti testattu terveydenhuollon sisältöohjauksen pohjaksi tarvittavan tiedon ontologia – eli tarvittavan tiedon lajit ja kunkin lajin keskeiset kysymykset (Kuva 1).

Tiedon tuotanto-organisaatioita voi siis lähestyä luontevasti EUnetHTA ontologian mukaisesti. Kysymys on siis siitä, millä sote-järjestelmän tasolla mitään osaamista voidaan uskottavasti ylläpitää, ja miten se saadaan kansallisen sisältöohjauksen käyttöön.

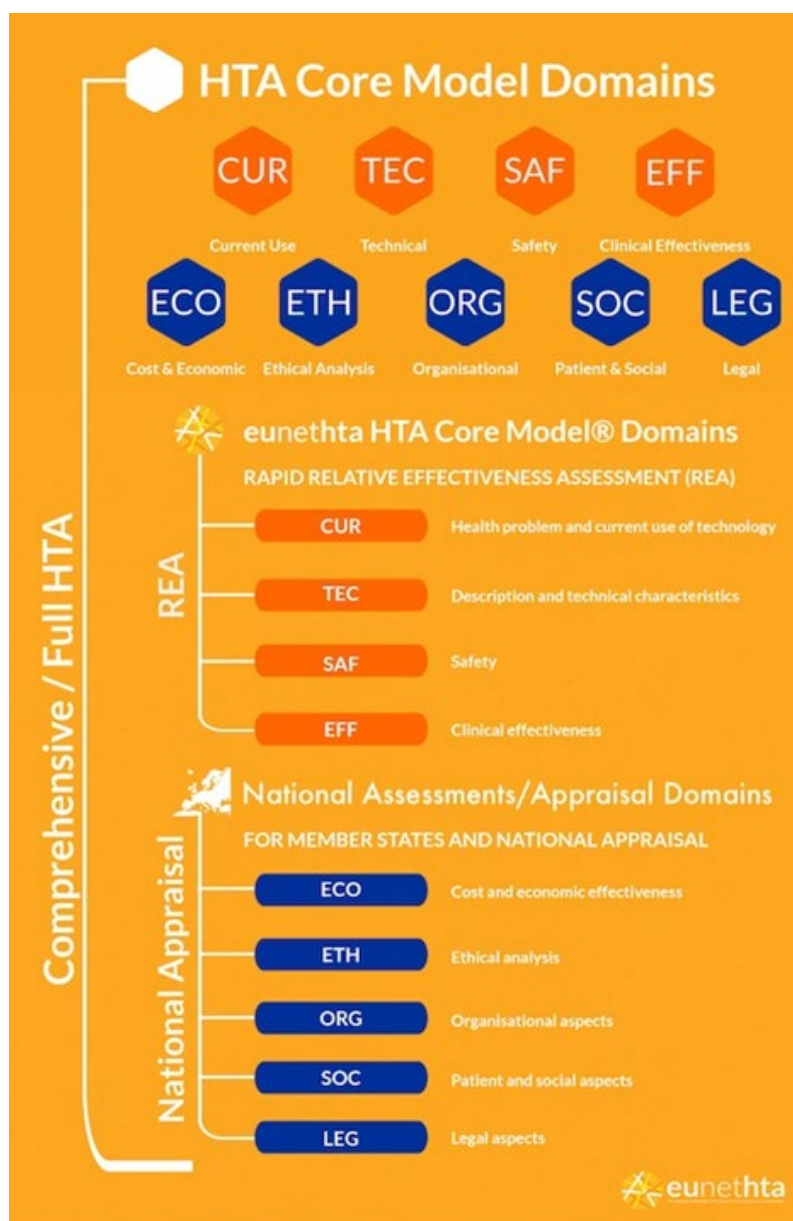
Tiedon hallinta voidaan jakaa kolmeen osaan terveystalouden näkökulmasta:

1. Ns. substanssiosaamiseen, joka liittyy ja rajautuu tiettyihin terveydenhuollon sisältöteemoihin (esim. tietyt erikoisalajat tai hoitomuodot)
2. Sellaiseen menetelmäosaamiseen, jota tarvitaan em. substanssiosaamisen tukemiseen ja neutraliteetin varmistamiseen (esim. kirjallisuuskatsaukset)
3. Muiden kuin terveydenhuoltoon liittyvien tieteenalojen menetelmäosaamiseen ja sen soveltamiseen sisältöohjauksen tueksi (terveystaloustiede, yhteiskuntatieteet, etiikka yms).

Näiden kaikkien tiedon keräämisen lajien uskottavuus voi toteutua eri tavoin. Yksinkertaistettuna: terveydenhuollon substanssiasioissa on käytännössä mahdotonta ylläpitää uskottavuutta palvelujärjestelmän ulkopuolella, joten osaaminen pitää saada sieltä käyttöön. Vastaavasti vaativan menetelmäosaamisen tai muiden tarvittavien tieteenalojen osaamisen ylläpitäminen yksittäisillä hyvinvointialueilla ei sekään välttämättä ole realistista.

EUnetHTA – malli myös osoittaa selkeästi sen sisältöohjaukseen liittyvän haasteen, että sellaista osaamisalaa kuin ”vaikuttavuustutkimus” ei ole olemassa - ellei tällä termillä sitten tarkoiteta samaa asiaa kuin terveydenhuollon menetelmien arvioinnilla. Terveydenhuollon sisältöohjauksen pohjaksi tarvittava tieto vaikuttavuudesta edellyttää varsin monitieteellistä osaamista. ”Vaikuttavuuden” ja ”menetelmien arvioinnin” erottaminen kahdeksi eri asiaksi tai organisaatioiksi on todennäköisesti haitallinen väärinkäsitys.

**Kuvio 1.** EUnetHTA – mallin tietorakenne, joka kuvaa terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa ja terveydenhuollon sisältöohjauksessa tarvittavien tiedon ja osaamisen lajit. Malli hahmottelee samalla kansainvälisessä yhteistyössä kerättävien tietojen suhdetta enemmän kansallista vaihtelua sisältäviin tietojen lajeihin. Mallin perusteella voi jäsentää kansallisen sisältöohjauksen toimijalta edellytettävän osaamisen. <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2020/02/e4e686c8-4fb6-4716-95d3-055a864611ae.jpg>



### 3.2.4 Sisältöohjauksen ja hoitosuosituksen moraalinen ja eettinen sitovuus

Hoitosuosituksen moraalinen sitovuus tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattilaiset kokevat suosituksen noudattamisen olevan oman ammattietiikkansa mukaista. Tästä näkökulmasta suosituksen tavoite – ja niiden antajan tavoitteet – tulevat merkitykselliseksi.

Kuten aiemmin kuvattiin, jo tietoa kerätessä mutta varsinkin siirryttäessä tiedosta suosituksiin joudutaan tekemään monenlaisia arvovalintoja. Kun ohjauksen kohde-ryhmä – sekä ammattilaiset että kansalaiset – arvioivat suosituksen moraalista ja eettistä hyväksyttävyyttä, he paljolti pyrkivät arvioimaan niiden antajan tavoitteita ja motiiveja. Mikäli motiivit eivät ole hyväksyttäviä ja yhdenmukaisia ammattietiikan kanssa, voi ohjauksen noudattaminen muodostua ammattieettiseksi ongelmaksi. Riski ohjauksen ohittamisesta on tällöin ilmeinen.

Tärkein esimerkki liittyy rahaan ja vaihtoehtoiskustannuksiin. Hoitosuosituksen ammattieettinen sitovuus seuraa yleensä siitä, että ne pyrkivät tieteen avulla maksimoimaan yksittäiselle potilaalle (tai selkeälle potilasryhmälle) koituvan hyödyn. Mikäli terveydenhuollon sisältöä lähdetään ohjaamaan voimakkaasti talousnäkökulmasta on riskinä, että ohjauksen (esimerkiksi hoitosuosituksen) ei enää uskota pyrkivän potilaiden parhaaseen hoitoon. Tässä tapauksessa ohjauksen noudattaminen tarkoittaa ammattilaiselle, että hän joutuu uhraamaan potilaan parhaaksi toimimisen joidenkin muiden päämäärien, tai muiden potilasryhmien vuoksi. Aiheesta on vuosikymmenten kokemus vakuutus pohjaisista järjestelmistä, joissa hoitojen maksaja on pyrkinyt ohjaamaan hoitojen sisältöjä erityisesti taloudellisesta näkökulmasta monenlaisilla tavoilla. Riskinä on merkittävä epäluottamus maksajien, palveluntuottajien ja potilaiden välillä.

Ongelma ei poistu, vaikka hoidon ohjauksen motiivit ja päämäärät olisivat sinänsä täysin oikeutettuja (esimerkiksi oikeudenmukainen resurssien jako koko yhteiskunnan näkökulmasta). Ne voivat silti olla ongelma, koska ammattilainen joutuu soveltamaan niitä yksilötasolla. Yksittäisen potilaan intressit voivat hyvinkin olla ristiriidassa ryhmätason hyötyjä maksimoivan ohjauksen kanssa. Vaikka terveydenhuollon ammattilaiset sisäistäisivät ammattieettisen vastuunsa julkisten resurssien rajallisuudesta ja hyödyn maksimoinnista, miksi yksittäisen potilaan pitäisi hyväksyä se? Millä perusteella yksittäinen potilas hyväksyy sen, että hänen hoitonsa ei ole täydellistä, jotta resurssit riittävät myös muiden potilaiden hoitoon? Ammattietiikka ja ammattilaisten moraalinen sitoutuminen kohdentuu ensisijaisesti yksilöihin tai tiettyyn rajalliseen potilasjoukkoon, josta kannetaan vastuuta kokonaisuutena.

Pohdittaessa sisältöohjauksen rakenteita on siis keskeistä pohtia, millä mekanismeilla ja kenen toimesta erilaiset kustannushallinnan elementit saadaan hyväksyttävällä tavalla mukaan sisältöohjaukseen. Tässä oikeudenmukaisuuspohdinnassa sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus liittyvät vääjäämättä toisiinsa.

Riski siitä, että huonosti toteutettu kustannusten huomiointi vieraannuttaa ammattilaiset ja kansalaiset ohjauksesta on todellinen. Tämä on yksi perustelu sille, että kansalaisten osallistamista terveydenhuollon sisältöohjaukseen (esim. priorisointipohdintoihin) kokeillaan laajasti maailmalla.

### 3.2.5 Sisältöohjauksen ja hoitosuosituksen sosiaalinen hyväksyttävyyden sisältää myös riskejä

Hoitosuosituksen sosiaalinen hyväksyttävyyden liittyy siis hoitosuosituksia laativan tahon uskottavuuteen tieteellisen tiedon tiivistäjänä sekä tahon eettiseen ja moraaliseen hyväksyttävyyteen suositusten laatijana.

Perinteisesti hoitosuositukset on laadittu paljolti professioiden omana työnä, käyttäen profession itsensä määrittämää parasta asiantuntemusta ja periaatteita. Tämä on yhä luonteva lähtökohta, koska terveydenhuolto ja erityisesti sen ”sisällöntuotanto” eli tieteellinen tutkimus ja opetus on kansainvälisesti organisoitunut varsin yhdenmukaisten professorirajojen mukaisesti. Käytännössä erityisesti lääketieteen sisäinen erikoistuminen on edennyt hyvin pitkälle, ja rakenteet ovat kansainvälisesti melko yhdenmukaisia. Syvälinen tieteellinen osaaminen tietyistä terveysongelmista ja niiden hoidoista löytyy paljolti tämän rakenteen sisältä. EUnetHTA malli (edellä 3.2.3.) kuvaa hyvin sitä kokonaisrakennetta, jonka osaksi tämä ns. substanssiosaaminen tulee integroida.

Ongelma on, että puhtaasti professiolähtöinen ja kapeaan erityisosaamiseen perustuva hoitosuosituksen laatiminen sisältää myös merkittäviä riskejä. Näitä on tarkasteltu tuoreessa katsauksessa<sup>14</sup>. Nämä riskit voivat liittyä tieteellisen tiedon tiivistämiseen, jolloin kyse voi olla kapean erityisosaamisen aiheuttamista yksilötason kognitiivista viinoutumista. Toisaalta kyse voi olla myös ohjauksen kohdentumisesta ammattilaisten kokemuksiin ongelmiin potilaiden tai päättäjien kannalta relevanttien ongelmien sijaan. Ylipäätään yhteiskunnallisen kokonaisedun ja vaihtoehtokustannusten huomiointi on vaikeaa, jos asiaa tarkastellaan aina yksittäisen terveysongelman tai ammattilaisryhmän tehtävien näkökulmasta.

<sup>14</sup> Järvinen T, Valtonen J ym. Hoitosuositukset, systemaattiset vinoumat ja luottamus lääkäreihin. Duodecim 2021;137(19)2005-2012 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16450>

Tiivistettynä: puhtaasti professioiden toimesta tehtävässä sisältöohjaus voi vinoutua niin, että ohjaus ei ole relevanttia tai hyväksyttävää potilaiden tai poliittisten päättäjien näkökulmasta. Ohjaus ei välttämättä enää muodosta palvelujärjestelmän tasolla koherenttia kokonaisuutta. Ja vastaavasti ilman professioiden hyväksyntää laadittu sisältöohjaus voi olla tieteellisesti heikkolaatuista tai ammattilaisten kannalta epäuskottavaa, ja sen seurauksena korvautua muilla, profession itse kehittämällä ohjausmekanismeilla.

Keskeinen tavoite sosiaalisen hyväksyttävyyden kannalta onkin löytää tasapaino profession tuoman sisällöllisen uskottavuuden, potilaiden intressien ja yhteiskunnallisen hyväksyttävyyden osalta. Tässä keskeistä on etsiä tasapaino erilaisten sisältöohjauksen roolien, osaamistarpeiden ja tiedon lajien kesken, kuten edellisessä kappaleessa on kuvattu EUnetHTA – esimerkin avulla. Onnistuakseen tämä edellyttää pitkäjänteistä strategiatason ohjausta ja rakenteita, joissa sisältöohjauksen eri elementeille löytyy luontevat vastuutahot.

Yksinkertaistaen tämä tarkoittaisi mallia, jossa ns. menetelmäosaajat ovat palvelujärjestelmästä ja professioista riippumattomia ja kantavat vastuun sisältöohjauksen puoleettomuudesta ja laaja-alaisuudesta. Ja ns. substanssiosaajat nimenomaan täytyy sitouttaa ja hankkia palvelujärjestelmän piiristä, jotta suosituksen uskottavuus ja käytännön relevanssi voidaan taata. Oheisessa kuvassa on hahmoteltu tarkemmin prosesseja ja työnjakoa, jolla sisältöohjaukseen liittyviä ammattikuntajäävyksiä voidaan hillitä.

### *Hahmotus terveydenhuollon sisältöohjauksen prosessiksi, joka pyrkii maksimoimaan annettavan ohjauksen puolueettomuuden<sup>15</sup>*

#### **Organisaatio**

Rahoitus julkinen ja läpinäkyvä, jotta toiminta pysyy riippumattomana

Huolehtii siitä, että taloudelliset eturistiriidat on karsittu ja että työryhmät eivät painotu ammattikuntiin, joiden oma kliininen työ tai erikoisala on sidoksissa arvioitaviin hoitoihin

#### **Työryhmät**

Koostuvat näytön arvioinnin ammattilaisten lisäksi tasapuolisesti muun muassa sisältöasiantuntijoista, yleislääkäreistä, muista terveydenhuollon ammattilaisista ja potilaiden edustajista

- Ei suosituksen aiheeseen liittyviä taloudellisia eturistiriitoja
- Ammattikuntajäviydet huomioitu: yksikään ammattiryhmä tai näkökanta ei saa hallitsevaa asemaa

Kaksikamarinen toimintamalli (ks. Suosituksen laatimisprosessi)

#### **Puheenjohtaja**

Näytön arvioinnin ammattilainen (metodologi)

Ei suosituksen aiheeseen liittyviä taloudellisia eikä ammattikuntaeturistiriitoja

Vastaa siitä, että ulkopuoliset intressit eivät pääse vaikuttamaan suosituksen sisältöön

#### **Suosituksen laatimisprosessi**

Työryhmä määrittelee keskeisimmät kysymykset potilaiden näkökulmasta

- Mikä potilaille on kaikkein tärkeintä?

Koko työryhmä auttaa näytön kokoamisessa

<sup>15</sup> (Järvinen T, Valtonen J ym. Hoitosuosituksset, systemaattiset vinoumat ja luottamus lääkäreihin. Duodecim 2021;137(19)2005-2012 <https://www.duodecim-lehti.fi/duo16450>).

Vain työryhmän menetelmäosaajat arvioivat näytön ja käyttävät kansainvälisesti hyväksyttyä toimintatapaa (esim. GRADE):

- Eri interventoiden absoluuttiset ja suhteelliset hyödyt ja haitat
- Näytön laatu (quality of the evidence)
- Tarvittavat voimavarat

Muut jäsenet voivat halutessaan kommentoida näytön arvioita kirjallisesti

Riippumattomat työryhmän jäsenet tekevät päätökset tieteellisestä näytöstä:

- Onko mahdollista antaa vahva tai heikko suositus?
- Onko suositus ”puolesta” vai ”vastaan”?

Tavoitteena mahdollisimman läpinäkyvät ja objektiiviset perustelut

### **Hoitosuositus**

Esittelee tutkimusnäytön eri interventioista

Tuo selvästi esille myös

- Näytön aukot (evidence gaps) ja
- Potilaiden arvot ja mieltymykset sekä sen, että potilaat arvostavat ja painottavat asioita eri tavoin

Varoo

- Täyttämistä näytön aukkoja asiantuntijoiden mieltymyksillä tai mielipiteillä
- Priorisoimasta sisältöasiantuntijoiden arvoja tai mielipiteitä potilaiden näkemysten kustannuksella
- Perustelemasta suositusta tieteellisellä näytöllä silloin, kun näyttö ei ole objektiivisesti vakuuttavaa

Työryhmä voi toki suositella toimenpiteitä, joista ei ole vakuuttavaa näyttöä (esimerkiksi tutkimustiedon tai hyvien vaihtoehtojen puuttuessa), kunhan tämä perustellaan avoimesti.



## 4 Sisältöohjauksen kehitys eri tieteenalojen ja kansainvälisten esimerkkien näkökulmista

Edellisessä luvussa kuvatut terveydenhuollon sisältöohjauksen periaatteelliset haasteet ovat paljolti kansainvälisesti samankaltaisia. Kyse on pohjimmiltaan luonnontieteellisten tosiasioiden soveltamisesta yhteiskunnallisesti merkittävällä, julkisrahoitteisella toimialalla. Esimerkiksi monet sisältöohjauksen osaamis- ja resurssivaatimukset seuraavat paljolti suoraan kansainvälisellä tasolla syntyneistä laatustandardeista ja prosesseista.

Sisältöohjauksen kansainvälinen vertailu on vaikeaa, koska sisältöohjaus on syvästi sidoksissa kunkin maan terveydenhuollon tuotanto-, lainsäädäntö-, ja rahoitusrakenteisiin. Tässä kappaleessa kuvataan esimerkinomaisesti valikoituja sisältöohjauksen organisaatiota ja niiden mahdollista antia Suomen järjestelmän kehittämiseksi.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen kansainvälisen kehityshistorian tarkastelu auttaa myös ymmärtämään kenttään liittyvää hajanaisuutta. Samaa ilmiötä on lähestytty eri tieteenalojen kautta, ja kukin näistä tieteenaloista on perustanut omia instituutioitaan ratkomaan kentän ongelmia. Muodissa olevien selitystapojen vaihtelu on potentiaalisesti myös ongelma, koska pitkäjänteisyys sisältöohjauksen instituutioiden rakentamisessa on arvokasta.

Keskeinen oppi kansainvälisestä tarkastelusta on, että laadukkaasti tehty terveydenhuollon sisältöohjaus on hyvin vaativaa, ja paljon resursseja vievää toimintaa. Suomen kaltainen pieni maa ei kykene tekemään tästä kuin osan kansallisesti, vaikka toiminta olisi nykyistä paremmin organisoitunutta. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että sisältöohjaukseen liittyvä menetelmäosaaminen tulisi keskittää ja alan organisaatiota vähentää – ei siis lisätä, kuten viime vuosina Suomessa on tehty. On myös mahdollista, että EU-tasolla rajat ylittävän terveydenhuollon normittaminen lisääntyy, mikä osaltaan kannustaa lisäämään kansainvälistä yhteistyötä sisältöohjauksessa.

Sisältöohjauksen taustalle tarvittavan osaamisen ja uskottavuuden kehittäminen on pitkäjänteinen projekti, jonka onnistuminen pitää varata ennemmin vuosikymmeniä kuin vuosia. Julkisen vallan tulisi siis kyetä sitoutumaan vaativan ja raskaan toiminnan kehittämiseen ja rahoittamiseen jopa vuosikymmeniksi. Kansainvälisesti toimivissa malleissa käytetäänkin usein tavalla tai toisella poliittisista sykleistä riippumattomia ohjaus- ja rahoitusrakenteita.

## 4.1 Kansainvälisiä huomioita

### 4.1.1 Paljon termejä samalla kentällä

Terveystieteiden sisältöohjaus on laaja kattokäsite, joten kansainvälisiä esimerkkejä sisältöohjauksen organisoitumisesta voidaan etsiä varsin eri tavoilla.

Voidaan kartoittaa esimerkiksi:

- Kansallisia ja alueellisia järjestämisen ja tuotannon ohjaustapoja
- Kansallisia terveydenhuollon menetelmien arvioinnin (HTA) järjestelmiä
- Erialaisten näyttöön perustuvien hoitosuosituksen antamistahojen, näiden valmistelumekanismien ja suositusten sitovuutta
- Julkisen palveluvalikoiman piiriin ottamiseen liittyvää päätöksentekoa (priorisointipäätöksentekoa)
- Muita terveystaloustieteellisiä tai vaikuttavuusarvioita tekeviä tahojen
- Laadun seuranta-, laatu- tai akkreditaatiojärjestelmiä ja näiden ylläpitäjiä
- Lääketieteellisen johtamisen vastuuketjuja kansallisella, alueellisella ja organisaatiotasolla

Edellä kuvatussa seuraa, että sisältöohjauksen rakenteiden kansainväliset vertailut ovat vaikeasti toteutettavia.

Sen sijaan organisoituminen ”vaikuttavuuden” ympärille ei vaikuta olevan kansainvälisesti relevantti tapa organisoida terveydenhuollon sisältöohjausta tai sen kehittämistä. Tästä hyvänä esimerkkinä ”Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus – selvitys”<sup>16</sup> jossa onnistuttiin tunnistamaan vain viisi kansainvälistä ”vaikuttavuuskeskuksen kaltaista” toimijaa - ja näistäkin neljä Iso-Britanniasta.

Vaikka ”vaikuttavuus” onkin ajankohtaisesti muodikas termi, kannattaisi Suomessa pysytellä kansainvälisissä käytännöissä, ja keskittyä terveydenhuollon sisältöohjauksen kokonaisuuteen ensisijaisesti terveydenhuollon menetelmien arvioinnin viitekehyksestä käsin.

<sup>16</sup> Vaikuttavuuden vuosikymmentä rakentamassa. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuskeskus – selvitys. Itä-Suomen ja Helsingin yliopistot 2021. [https://www.helsinki.fi/assets/drupal/2021-08/Raportti\\_Kansallinen%20sote-vaikuttavuuskeskus.pdf](https://www.helsinki.fi/assets/drupal/2021-08/Raportti_Kansallinen%20sote-vaikuttavuuskeskus.pdf)

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin käsitteistö ja kokonaisuus kattaa vaikuttavuuden, ja sen puitteissa on selkeät rakenteet vaikuttavuustutkimuksen hyödyntämiseksi terveydenhuollon ohjauksessa. Sisältöohjauksen organisaatiot kannattaa siis rakentaa menetelmien arvioinnin kokonaisuuden näkökulmasta. Vaikuttavuus on väline – muiden arvokkaiden välineiden joukossa – eikä sisältöohjaus voi perustua vain siihen.

Edellä mainittu on tärkeää siksi, että keskeinen haaste terveydenhuollon sisältöohjauksessa Suomessa on kokonaisuuden ja vähien resurssien hajauttaminen moneen eri organisaatioon. Tästä syystä tulisi olla kriittinen uusien sisältöohjaukseen liittyvien organisaatioiden perustamisen suhteen (esimerkiksi ns. vaikuttavuuskeskuksen) ja pyrkiä ennemmin keskittämään kuin hajauttamaan jo nyt liian vähäisiä sisältöohjauksen resursseja.

Edellä sanottu ei luonnollisesti tarkoita, etteikö vaikuttavuustutkimuksen lisääminen tai vaikuttavuuden korostaminen palvelujärjestelmän tavoitteena olisi tärkeää. Terveydenhuollon sisältöohjaus kannattaisi kuitenkin organisoida menetelmien arvioinnin kokonaisuudesta ja siihen kiinteästi liittyvästä palveluvalikoiman määrittelyyn tehtävistä ja vastuista käsin.

## 4.1.2 Sisällön ohjaus eri tieteenalojen kohtaamispaisteissa

Terveydenhuollon sisällön, laadun ja vaikuttavuuden ohjauksen kansainvälistä institutionaalista monimuotoisuutta on helpoin ymmärtää organisaatioiden ja tieteenalojen historian kautta. Samaa laajaa kokonaisuutta on lähestytty eri maissa hieman eri näkökulmista ja eri tahojen toimesta, ja ajan saatossa näistä on muodostunut toisiinsa erilaisissa suhteissa olevia instituutioiden verkostoja.

Esimerkiksi terveydenhuollon menetelmien arvioinnin (HTA, Health Technology Assessment) historia johdetaan yleisesti USA:ssa jo 1970-luvun alussa käynnistyneestä yleisesti teknologioiden yhteiskunnallisten vaikutusten arviointiin liittyvästä toiminnasta ja se on kehittynyt paljolti virallisten hallinnollisten tahojen intressien mukaisesti. Esim. EU on tukenut alan kehittämistä runsaasti ja pyrkinyt rakentamaan kansallisista instituutioista tehokasta yhteistyöverkostoa (esim. EUnetHTA-hanke ja sen seuraajat) <sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Organisaatiohistorian merkitystä kuvaa, että Suomi oli tämän työn edelläkävijöitä ja kansainvälisesti merkittävä osaaja vielä 2000-luvun alussa. Osaaminen kuitenkin ajettiin alas (FinOHTA:n lakkautettiin) ja vastuut toiminnasta hajautettiin eri tahoille. Tämän seurauksia ei ole kyetty korjaamaan.

Historiastaan johtuen HTA on monitieteellistä, ja pyrkii syvällisesti huomioimaan teknologioiden ja yhteiskunnan vuorovaikutuksen. Lääkkeiden arvioinnin osalta – erityisesti myyntilupatasolla – toiminta on hyvin vakiintunutta ja kansainvälistä.

Näyttöön perustuvan lääketieteen historia taas sitoutuu professioihin ja näiden osaamisalueen tieteelliseen tutkimukseen, ja pyrkimykseen löytää mahdollisimman vaikuttavia hoitoja yksittäisille potilaille. Tämän traditio rakentaa tieteellisen tiedon ja alan ammattilaisten erityisosaamisen varaan, ja sisältää usein paljon sosiaaliseen sitouttamiseen liittyviä elementtejä. Toisin sanoen näyttöön perustuvan lääketieteen instituutioilla voi olla erittäin suuri ohjausvaikutus siksi, että ne ovat toisaalta ammattilaisten näkökulmasta sosiaalisesti uskottavia, toisaalta tieteellisen menetelmänsä vuoksi läpinäkyviä ja siksi uskottavia myös hallinnon näkökulmasta. Suomalainen käypä hoito – suositusjärjestelmä on esimerkki tämänkaltaisten järjestelmien kustannustehokkuudesta.

Kustannusvaikuttavuuden kehittämisen taustalla taas ovat vaikuttaneet erityisesti terveystaloustieteeseen sitoutuneet tahot ja organisaatiot, ja kenttä on kehittynyt näiden paradigmojen tarpeesta. Priorisointiin eli normatiiviseen päätöksentekoon kustannusvaikuttavuuden pohjalta on pyritty rakentamaan erilaisia hallintoon sidottuja organisaatioita ja päätöksentekomalleja, erityisesti Suomessa varsin heikoin tuloksin <sup>18</sup>.

Laadun ja siihen liittyvien käsitteiden, esim. potilasturvallisuuden kehittämisen taustalla taas voidaan nähdä yleiset, laatujärjestelmiin ja prosessien kehittämiseen ja tuotannonohjaukseen liittyvät instituutiot, organisaatiot ja tieteenalat. Yleisistä laatu- ja standardointijärjestelmistä ja prosessiteollisuuden menetelmistä on kehitetty sote-sektorille sovellettuja malleja. Laatujärjestelmiin liittyvä standardoinnin painotus on tärkeä paradigma mm. potilasturvallisuuskentässä.

Terveydenhuollon menetelmien arviointi (HTA) on keskeinen kattokäsite terveydenhuollon sisältöohjaukselle, ja sitä kannattaisi selkeyden vuoksi käyttää organisaatiotason rakenteita pohdittaessa. HTA on monitieteellinen prosessi jonka osana kerätään vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustietoa, selvitetään hoitovaihtoehtojen vaikutuksia reaali maailman prosesseihin kuten laadunvarmennukseen, osallistetaan potilaat ja ammattilaiset - ja päädytään enemmän tai vähemmän hoitosuosituksen kaltaisiin lopputuloksiin. HTA liittyy kokonaisvaltaisuudestaan johtuen luontevasti osaksi julkisesti rahoitettujen palveluvalikoimien määrittelyjä.

---

<sup>18</sup> Torkki P. ym. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:54 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5> Saarni S & Nyblin K. Terveydenhuollon priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa. Yhteiskuntapolitiikka 87(2022):4 s.423-431

### 4.1.3 Rahoitusmalli terveydenhuollon sisältöohjauksen vaihtoehtojen taustalla

Terveydenhuollon sisältöohjaus toteutuu kansainvälisesti eri tavoin riippuen paljolti terveydenhuollon rahoitusrakenteesta ja professioiden roolista itsesäätelyn ja laadunvalvonnan osalta. USA:n paljolti yksityisten vakuutusyhtiöiden rahoittamassa ja yksityisten tuottajien toteuttamassa mallissa sisällön ohjaus on osoittautunut erityisen vaikeaksi. Itse asiassa USA:ssa on pitkä mutta epäonninen historia erilaisten terveydenhuollon menetelmien arviointiyksiköiden perustamisessa, alkaen 1970-luvulta. Yksi opetus USA:n järjestelmästä lienee, että vaikka terveydenhuollon sisällön ohjaus kohti mahdollisimman kustannusvaikuttavia hoitoja voi tuntua kaikkien osapuolten kannalta hyväksyttävältä toiminnalta, näin ei automaattisesti ole. Päinvastoin – erityisesti mikäli terveydenhuolto toimii markkinaehtoisesti - löytyy useita tahoja, joiden intressissä on, että terveydenhuollon sisältöä ei keskitetysti ohjata<sup>19</sup>. Suomessakaan ei voi ottaa annettuna, että yksityisesti rahoitetussa terveydenhuollossa jatkossa sitoudutaan samaan sisältöohjaukseen kuin mitä julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa pyritään noudattamaan.

Julkisrahoitteisissa vakuutus pohjaisissa järjestelmissä yksityisten tuottajien palveluiden sisällön ohjaus toteutuu ensisijaisesti korvauspäätösten kautta. Sisältöohjaus on siis paljolti julkisen korvausjärjestelmän piiriin kuuluvien hoitojen arviointia. Tämä selkeys ja läpinäkyvyys ei välttämättä tee julkisen rahan käyttöön liittyvää poliittista päätöksentekoa varsinkaan ikävien priorisointipäätösten kohdalla yhtään helpomaksi.

Suoraan verorahoitteisissa ja julkisesti tuotetuissa järjestelmissä erillisiä rahoituspäätöksiä ei välttämättä tehdä erikseen, joten selkeää kontrollimekanismia palveluvalikoimaan kuuluvista hoidoista ei välttämättä ole olemassa. Tämä vastaa tilannetta Suomessa. Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Jatkuvasti päivittyvässä ja fragmentoituvassa lääketieteen kentässä tämä on osoittautunut tehtävänä mahdottomaksi ylläpitää ajantasaisesti. Vaikka terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto on olemassa terveydenhuoltolain 78a §:n mukaisesti, se ottaa kantaa lähinnä vain yksittäisiin, usein vielä melko harvinaisiin menetelmiin ja kysymyksiin. Suurin osa palveluvalikoiman sisällöstä määrittyykin epäsuorasti muiden prosessien erityisesti Käypä Hoito –suositusten ja palvelujärjestelmän itsensä tekemien suosituksen ja ohjeiden kautta.

<sup>19</sup> Patashnik E.M., Gerber A.S. & Dowling C.M. Unhealthy politics. The battle over evidence-based medicine. Princeton University Press 2017.

Suomen esimerkki on tärkeä muistutus informaatio- ja normiohjauksen suhteesta terveydenhuollon sisältöohjauksessa. Suomen kaltaisessa järjestelmässä on voitu ohittaa eksplisiittinen ja normipohjainen sisällön ohjaus melko lailla kokonaan ja lähteä siitä, että hyvien hoitosuositusten järkevää yksilökohtainen soveltaminen tuo kokonaisuutenaan hyvän lopputuloksen hyvin pienillä transaktio- tai kontrollikustannuksilla. Malli, jossa palveluvalikoimaneuvosto ottaa kantaa harvinaisiin ja kalliisiin uusiin hoitomuotoihin, ja Käypä Hoito – järjestelmä kattaa suuret kansantaudit, on osoittautunut kuitenkin melko toimivaksi ja luontevaksi suomalaisessa kontekstissa.

#### 4.1.4 Pohjoismaisia kokemuksia terveydenhuollon ohjauksesta

Pohjoismaissa ollaan pääosin huomattavasti Suomea pidemmällä terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden seurannassa ja ohjaamisessa. Kaikissa maissa on esimerkiksi pitkään toimineita kansallisia laaturekistereitä, ja niiden kehittämisestä sekä terveydenhuollon informaatio-ohjauksesta ja laadusta vastaavia organisaatioita.

Käymättä läpi pohjoismaisia malleja tarkemmin on työn tavoitteiden eli sisältöohjauksen organisoitumisen kannalta tärkeä pohtia:

- Miksi Suomi on epäonnistunut kansallisen terveydenhuollon menetelmien arvioinnin osaamisen ylläpidossa, vaikka meillä oli kansainvälisen tason osaamista vielä 2000-luvun ensimmäiselle vuosikymmenelle asti?
- Miksi Suomi on epäonnistunut kansallisten terveydenhuollon laaturekistrierien rakentamisessa? <sup>20</sup>

Näiden vastausten tunnistaminen on tärkeää, jotta suomalaisen sote-järjestelmän sisältöohjauksen ongelmien juurisyitä voitaisiin korjata. Kyse on virallisen ja kansallisen tason sisältöohjauksen strategisesta epäonnistumisesta 2000-luvulla.

<sup>20</sup> Laaturekistereitä yritetään toki jälleen kerran saada toimintaan, nyt vuonna 2019 voimaan tulleella THL-lain muutoksella. Tulokset jäävät nähtäväksi. Järjestelmätason epäonnistumista kuvaa kuitenkin se, että sairaanhoitopiirit olivat jo tätä ennen keskinäisessä yhteistyössä rakentaneet ja ottaneet käyttöön yli 70 tautikohtaista laaturekisteriä – järjestelmällä, jota voidaan käyttää myös reaaliaikaiseen toiminnan johtamiseen.

Sote-uudistus ja järjestämisvastuun keskittyminen suurempiin yksiköihin voi helpottaa sisältöohjauksen toteutumista myös kansallisella tasolla, koska:

- Sisältöosaamisen hankkiminen palvelujärjestelmästä käsin kansallisen tason ohjauksen valmistelemiseksi voi tulla helpommaksi.
- Sisältöohjauksen toteuttaminen voi tulla helpommaksi, mikäli ohjausrakenteet saadaan määriteltyä hyvinvointialueittain riittävän tehokkaiksi ja yhteneväisiksi.

Kuten aiemmin on todettu, terveydenhuollon sisältöohjaus on erittäin paljon osaamista ja resursseja vaativaa toimintaa. Tästä syystä järjestämisen väestöpohjan kasvattaminen on potentiaalisesti hyödyllistä sisältöohjauksen kannalta. Käytännössä Suomen terveyspalveluiden väestöpohjat jäävät sote-uudistuksen jälkeenkin muita Pohjoismaita pienemmiksi. Norjassa on 356 kuntaa ja 11 aluekuntaa. Pienimmän aluekunnan väkiluku on 243 000. Kunnat järjestävät perusterveydenhuollon listamallilla ammatinharjoittajuuden pohjalta. Aluekunnat tuottavat hammashuollon. Erikoissairaanhoito on valtion järjestämisvastuulla, ja toteutetaan neljän alueen (Regionale Helseforetak) kautta <sup>21</sup>. Ruotsissa on 290 kuntaa ja 21 aluetta, joista pienimmän väestöpohja on 131 000. Alueiden vastuulla on terveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja alle 24 vuotiaiden hammashoito. Käytännössä 90% alueiden budjetista muodostuu terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta. Kuntien vastuulla on kouluterveydenhuolto, kotisairaanhoito ja sosiaalitoimi kokonaisuudessaan. Tanskassa on 98 kuntaa ja 5 aluetta, joista pienimmällä on 590 000 asukasta. Terveydenhuolto ja sairaanhoito sekä osa erityisosamista vaativasta sosiaalitoimesta kuuluvat alueiden tehtäviin. Alueet ylläpitävät sairaaloita ja erikoissairaanhoitoa, ja 97% budjetusta kohdistuu terveydenhuoltoon. Sosiaalitoimi on kuntien vastuulla. Erityistä osaamista vaativia toimintoja on keskitetty kansallisiin suurimpiin sairaaloihin.

Sisältöohjauksen organisoinnin kannalta huomionarvoista on, että kaikissa muissa pohjoismaissa vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä on kunnilla, eli eri organisaatioilla kuin terveydenhuollon järjestäminen. Tämä helpottanee näissä maissa osaltaan myös terveyspalveluiden sisältöohjauksen toteuttamista.

---

<sup>21</sup> HE 241/2020 ss.463-, <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2020/20200241.pdf>

## 4.1.5 Menetelmien arviointi Iso-Britanniassa ja Keski-Euroopassa

Kansainvälisesti tunnetuin ja merkittävin esimerkki terveydenhuollon sisällön ohjauksesta on Englannin 1999 perustettu National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Tämä on suomalaisittain keskeinen vertailukohde myös verorahoitteen järjestelmänsä vuoksi; Suomen hyvinvointialuemallin suora valtionrahoitus lähentää järjestelmäämme entisestään englantilaiseen malliin.

Keskeinen huomioitava asia on NICE:n pysyvyys, resursointi, mandaatti sekä sen toimintakentän laajentuminen sen kehitysaikana, mitä organisaation nimenmuutokset kuvaavat hyvin. Alkuperäinen nimi josta lyhennekin sai alkunsa oli ”national institute for clinical excellence”. Sanat ”health” and ”care” on lisätty myöhemmin ja kuvaavat arviointitoiminnan laajentumista kattamaan terveyden edistämisen ja osan sosiaalityön interventioista. NICE on siis selvinnyt erilaisista poliittisista kriiseistä, mikä on mahdollistanut osaamisen ja prosessien pitkäjänteisen kehittämisen.

Kun pohditaan syitä Suomen haasteille rakentaa kattavaa ja tehokasta kansallista sisältöohjausta, voidaan kääntäen pohtia, miksi NICE on onnistunut tässä tehtävässä. NICE:n saavutuksen merkitystä korostaa entisestään se, että sen terveydenhuollon menetelmien arvioinnista seuraa konkreettisia ja sitovia päätöksiä palveluvalikoimasta. Käytännössä, mikäli hoito katsotaan NHS:n palveluvalikoimaan kuuluvaksi, sille on löydettävä myös rahoitus 90 päivän sisällä. Suositukset voivat olla myös kielteisiä eli edellyttää sitovasti tiettyjä hoitoja poistettavaksi palveluvalikoimasta.

Kuten aiemmin on todettu, terveydenhuollon sisältöjä ohjaavalta organisaatiolta edellytetään uskottavuutta kahteen suuntaan: ylöspäin päättäjiin ja maksajiin (jotta organisaatio ja sen rahoitus pysyy) ja alaspäin ammattilaisiin ja potilaisiin (jotta suosituksia noudatetaan).

NICE:n tehtävä on määritelty seuraavasti:

Our purpose is to support people and patients to receive the best possible care by providing independent, rigorous and transparent advice on the clinical and cost effectiveness of interventions in health and social care.

We do this by:

- Providing independent assessment of a wide range of complex evidence to help commissioners, front-line practitioners, patients, carers, and citizens to take better informed decisions. These decisions may be about



the care people receive, the safety of new procedures or the use of finite health and care resources.

- Working with those at the forefront of scientific advances and using our analytical skills, knowledge and expertise to identify, assess and develop timely recommendations for innovations that have a real and important impact on patients' lives, on the delivery of health and care, and that represent good value for the system.
- Working with partners across the health and social care system to drive the uptake of effective and clinically cost-effective new treatments and interventions to benefit the population as a whole and to improve and ensure equity of access to all people.

Keskeinen hallinnollinen kysymys siis on, miten NICE on onnistunut pitämään merkittävän asemansa ja uskottavuutensa suhteessa valtionhallintoon. Tämän taustalla voidaan nähdä pitkäjänteinen työ kehittää uskottavia, läpinäkyviä ja perusteltuja hallinnollisia prosesseja <sup>22</sup>. Perinteisesti keskeistä on ollut tasapainottelu erilaisten intressiristiriitojen välillä, jotta tieteellinen tieto saadaan mahdollisimman objektiivisesti käyttöön. Viime vuosikymmenen aikana tämän rinnalle on kohonnut tarve toimia läpinäkyvästi ja uskottavasti kansalaisten suuntaan, jotta suositusten kohderyhmän arvot ja mielipiteet tulevat uskottavasti huomioitua ammattilaisten arvojen rinnalla.

NICE:n resursointi on myös tärkeä asia ymmärtää suomalaisesta perspektiivistä. Terveydenhuollon sisällön ohjaaminen sekä ammattilaisten että hallinnon näkökulmasta uskottavalla tavalla on erittäin vaativa ja kallis tehtävä. NICE:n budjetti vuodelle 2021/22 oli noin 76 miljoonaa puntaa, josta 55 miljoonaa puntaa suoraan valtion rahoituksena ja 21 miljoonaa puntaa muina toimintatuloina. Vuonna 2022 NICE työllisti vuonna 723 henkilöä (täysiksi henkilötyövuosiksi muutettuna) <sup>23</sup>.

NICE:n kokonaistuotannon vertaaminen suomalaiseen järjestelmään ei ole helppoa. Vuosikertomuksen mukaan vuonna 2021/22 NICE tuotti 30 hoitosuosituksia, 31 interventiosuosituksia, 4 diagnostista suositusta ja 12 teknologiasuosituksia. Teknologia-arviointeja ja erikoistuneisiin teknologioihin liittyviä suosituksia tuotettiin 98. Nämä sisältävät siis sekä uudet että päivitettyt suositukset. Vertailun vuoksi suomalainen Käypä

<sup>22</sup> Williams, I. The governance of coverage in health systems: England's National Institute for Health and Care Excellence (NICE). In Greer, S.L, Wismar M & Figueras, J.(ed.). Strengthening health system governance. European Observatory on Health Systems and Policies Series, McGrawHill Open University Press 2016

<sup>23</sup> National Institute for Health and Care Excellence. Annual Report and Accounts 2021/22. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1092895/NICE-Annual-Report-2021-2022-print-ready.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1092895/NICE-Annual-Report-2021-2022-print-ready.pdf)

Hoito – järjestelmä ylläpitää 102 suositusta noin 720 000 euron julkisella vuositaisella rahoituksella.

NICE:n toimintamalli, joka kattaa laajasti sote-palvelut ja antaa sitovia päätöksiä voisi olla Suomessa luonteva soten siirryttyä suoraan valtion rahoitusvastuulle. Malli vastaisi paljolti palveluvalikoimaneuvoston toimintamallia, mutta lisättyinä toiminnan resursseilla ja päätösten sitovuudella. NICE:n toimintamallin ydinhaaste päätösten vaikutusten osalta on samanlainen kuin Palveluvalikoimaneuvoston: se voi käytännössä määrätä palvelujärjestelmään kuuluvaksi uusia hoitoja ja siten kustannuksia, mutta näiden resurssien hankkiminen (lisäresurssein tai muita hoitoja vähentämällä) jää rahoittajan ja palvelujärjestelmän ongelmaksi.

Suomalaisen järjestelmän osalta erityisesti palveluvalikoimaneuvosto ja Käypä hoito – järjestelmä sisältävät kansainvälisestikin edistyksellisiä elementtejä ja osaamista. Keskeinen asia, jota ei ole Suomessa ymmärretty on, kuinka pitkäjänteistä ja kallista tämänkaltaisen sisältöohjauksen järjestelmän ja sen vaatiman osaamisen ylläpito on. Osaaminen on keskitettävä ja sitä on kehitettävä pitkällä tähtäimellä yhdessä kansainvälisen organisaatioiden kanssa. Tämä edellyttää kansallisten sisällön ohjausrakenteiden ja toimijoiden kokonaisarviota ja selkeyttämistä.

NICE:n tehtäviä täyttäviä organisaatioita on monissa maissa, mutta niiden organisatorinen asema vaihteleva. Keskeistä on, että sisältöohjausta toteuttava organisaatio on uskottava ja riippumaton erilaisista rahoittaja- ja painostustahoista. Mm. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)) on työssään itsenäinen organisaatio, jota rahoittaa valtiollinen Healthcare Improvement Scotland. Samoin Ranskan Haute autorite de sante (HAS, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) on itsenäinen julkinen organisaatio. Saksan Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)) on sekin itsenäinen, tieteellinen instituutti jolle sisällöllinen itsenäisyys on keskeinen arvo. Instituutin rahoitus tulee pakollisista maksuista joita kerätään terveydenhuollon tuottajilta.

Mainitut kolme organisaatiota eroavat NICEstä siinä, että niiden päätökset eivät suoraan ohjaa julkista palveluvalikoimaa. Käytännössä kuitenkin palveluvalikoimaa ohjaavat tahot käyttävät näitä organisaatioita ja niiden arviointeja pohjana päätöksilleen.

Siirrettynä Suomen tilanteeseen edellä mainittu tarkoittaa erityisesti pohdintaa siitä,

- miten kentällä olevien organisaatioiden määrää saataisiin vähennettyä ja vähät arviointiosaamiseen liittyvät resurssit keskitettyä?
- miten menetelmien arvioinnin ja palveluvalikoimaan kuulumisen päätöksenteon suhde määritellään?

- miten huomattavan kustannustehokas mutta viranomaistoiminnan ulkopuolelle luonnostaan sijoittuva Käypä Hoito -järjestelmä saadaan vakiinutettua osaksi sote-sisältöohjauksen rakenteita?

#### 4.1.6 Priorisointipäätöksenteko

Sisältöohjauksen yhtenä ääritapauksena voidaan pitää priorisointipäätöksentekoa. Tämä voidaan määritellä eri tavoin. Tämän selvityksen näkökulmasta parhaiten priorisointia kuvaa määritelmä, jonka mukaisesti priorisointi on potentiaalisesti hyödyllisten hoitojen rajaamista julkisen palveluvalikoiman ulkopuolelle resurssien rajallisuuden vuoksi. Suomeksi tästä voitaisiin selkeyden vuoksi käyttää myös termiä terveydenhuollon säännöstely (engl. rationing). Näin se eroaa selkeästi terveydenhuollon menetelmien arvioinnista ja sellaisten hoitosuosituksen antamisesta, jotka eivät huomioi resursseja. Samoin priorisoinnin ja kustannusvaikuttavuuden maksimoinnin yhdistäminen hämärtää hankalasti kenttää. Priorisointiongelman ydin on, että siinä joudutaan tekemään yksilöiden kannalta epätoivottavia päätöksiä. Ja prosessina huomioidaan resurssi- ja arvokysymyksiä tavalla, joka sopii vain osin yhteen ”tieteellisesti objektiivisen” arviointi-ideaalin kanssa.

Aihetta on tarkasteltu Suomessa viime vuosina useissa selvityksissä, joita referoidaan tässä vain lyhyesti. STM:n selvityksessä vuodelta 2017 kuvattiin priorisointijärjestelmät tarkasti Ruotsissa, Englannissa, Norjassa ja pääpiirteittäin Hollannissa, Itävallassa, Kanadassa, Saksassa, Tanskassa, Oregonissa, Uudessa Seelannissa ja Virossa <sup>24</sup>. Raportissa erotellaan (kuten tässäkin työssä) sisältöohjauksen valmistelu (mm. vaikuttavuusarviointi), päätöksenteko (palveluvalikoimaan kuulumisen ja periaatteet) sekä ohjeistuksen läpivienti palvelujärjestelmässä (rahoitus- ja yksilötasolla). Priorisointipäätöksenteon selvittämistä jatkettiin vuoden 2020 <sup>25</sup> ja 2022 <sup>26</sup> palveluvalikoiman määräytymistä koskeissa selvityksissä.

Tämän työn kannalta keskeistä on johtopäätös, että priorisoinnin eettisten periaatteiden eksplisiittisellä määrittelyllä ja tästä lähtevillä julkisilla priorisointiprosesseilla ei

<sup>24</sup> Mäkelä M, Saijonkari M ja Booth N. Katsaus terveydenhuollon priorisointiin eri maissa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:18 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3868-7>

<sup>25</sup> Kaila M & Lohiniva-Kerkelä, M. Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima. Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7188-2>

<sup>26</sup> Torkki P. ym. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:54 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

ole 2000-luvulla saavutettu merkittäviä hyötyjä. Itse periaatteista on oltu käytännössä yksimielisiä jo 1990-luvulta lähtien. Todellinen ongelma on, että Suomen lainsäädäntö ei mahdollista priorisointia oikein määritettynä toimintana. Priorisointilainsäädännön haasteet ja kehittämistarpeet on kuvattu useaan kertaan viime vuosina. Näiden esitysten johtopäätöksiä ei ole tässä tarpeen toistaa. Käytännössä perustuslakiin ja sen tulkintaan liittyvät syyt estävät toistaiseksi avoimen ja merkittävän priorisoinnin Suomessa <sup>27</sup>.

Priorisointilainsäädännön kehittäminen voidaan jakaa kahteen pääteemaan:

1. Priorisoinnin periaatteellinen mahdollistaminen
2. Priorisoinnin organisatoristen vastuutahojen selkeyttäminen ja läpinäkyvien päätöksentekoprosessien määrittäminen

Nämä liittyvät toisiinsa sikäli, että mikäli vahva priorisointi olisi juridisesti mahdollista, tulisi sen todennäköisesti olla hyvin ja tieteellisesti perusteltua. Priorisoinnissa on kysymys käytännössä aina terveydenhuollon sisältöohjauksesta ja siitä, että oikeiden tosiasioiden varassa kyetään läpinäkyvästi tekemään arvopäätöksiä julkisesti rahoituista palveluista.

Toisin sanoen, jotta priorisointi voisi onnistua, tarvitaan edellä kuvattuja kansallisia, nykyistä vahvempia ja keskitetympiä sisältöohjauksen laatimisen rakenteita. Käytännössä priorisoinnin, sisältöohjauksen ja terveydenhuollon menetelmien arvioinnin edellyttämän tiedon hankinnan ja jalostamisen rakenteet ovat täsmälleen samat.

Itse päätöksentekoprosessi voi olla priorisoinnissa hieman erilainen kuin muussa sisältöohjauksessa. mutta käytännössä palveluvalikoimaneuvostolla on tähän jo varsin toimiva prosessi olemassa.

Priorisointi Suomessa toteutuisi siis esimerkiksi mahdollistamalla palveluvalikoimaneuvostolle priorisointipäätösten teko, ja toisaalta rakentamalla kansallisesti toimiva, riittävän laaja terveydenhuollon menetelmien arviointitoimija tuottamaan priorisointipäätöksenteon tarvitsemat tiedot.

Tiivistetysti: Priorisoinnin ongelma ei siis ratkea yksin sisältöohjausta kehittämällä, empiirisellä tutkimuksella eikä hyvinvointialueiden toimesta, vaan tarvitaan lainsäädäntömuutoksia. Mikäli priorisointi tulisi lainsäädännöllisesti mahdolliseksi, siitä tulisi tärkeä osa sisältöohjauksen järjestelmää. Koska priorisointipäätöksenteko on poliitti-

---

<sup>27</sup> Saarni S & Nyblin K. Terveydenhuollon priorisointi on lainsäädännöllisessä umpikujassa. Yhteiskuntapolitiikka 87(2022):4 s.423-431

sesti vaikeaa ja yksilötasolla niin merkittävää, tulee viimeistään priorisoinnin mahdollistuksessa sisältöohjauksen prosessit ja päätöksenteko-organisaatiot suunnitella erittäin huolellisesti.

## 4.2 Huomioita suomalaisesta sisältöohjauksesta

### 4.2.1 FinOHTA-yksikkö 1995-2016

Suomessa on havainnollinen historia erilaisten terveydenhuollon sisältöohjauksen organisaatioiden osalta. Keskeinen osa tätä historiaa on Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes, sittemmin THL) alla vuosina 1995-2016 toiminut kansallinen terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö (FINOHTA) jonka tehtävänä oli arvioida kattavasti erilaisia terveydenhuollon menetelmiä. Yksikön lakkauttaminen oli ilmeisen lyhytnäköistä ja pitkävaikutteinen virhe, koska oli selvää, ettei menetelmien arvioinnin tarve ollut vähenemässä. FinOHTA:n lakkauttaminen ilman korvaavaa toimintaa ja asiantuntijoiden irtisanominen käytännössä tuhosi 20 vuoden työn aikana Suomeen syntyneen, kansainvälisen tason osaamisen terveydenhuollon sisältöohjauksessa ja menetelmien arvioinnissa. Tätä osaamisvajetta Suomi ei ole saanut sen jälkeen korjattua.

FinOHTA:n lakkauttaminen on tärkeä esimerkki ottaa huomioon, kun pohditaan sisältöohjauksen organisoitumista, erityisesti kahdesta syystä:

- Se kuvaa hyvin sisältöohjauksen sosiaalisen hyväksyttävyyden merkitystä. Sisältöohjausyksikön on toisaalta tehtävä niin laadukasta ja puolu-eetonta työtä, että se on ammattilaisten ja potilaiden näkökulmasta uskottava ja hyväksytty toimija. Mutta sen on kyettävä olemaan arvostettu ja hyväksytty toimija myös päättäjien näkökulmasta. Muutoin on vaara, että yksikön toimintaa tai sen rahoitusta ei olla valmiita jatkamaan.
- Terveydenhuollon menetelmien arvioinnin ja sisältöohjauksen osaamisen rakentaminen on pitkä ja vaativa organisatorinen prosessi, johon on varattava aikaa helposti vuosikymmen, ja jonka vaatimat resurssit ovat huomattavia. Suomen kokoisessa maassa nykyiset resurssit eivät käytännössä riitä yhdenkään kansainvälisesti vertailukelpoisen yksikön ylläpitoon, joten ainakaan useita eri yksiköitä ei kannattaisi yrittää rakentaa. Sisältöohjauksen yksikön rakenne ja rahoitus olisi turvattava itsenäisenä

toimijana niin, ettei sitä voitaisi lakkauttaa ja toimintaa alasajaa yksittäisten vuosien budjettipaineiden perusteella.

Käytännössä yhden keskitetyn, kansallisen sisältöohjaustoimijan lakkauttamisen jälkeen Suomen terveydenhuollon sisältöohjauksen osaamisen taso on toisaalta heikentynyt merkittävästi, ja toisaalta kentällä toimivien useiden eri organisaatioiden työnjako ja roolit sekoittuneet. Sekavaa tilannetta ja vähäisiä resursseja on pyritty korjaamaan virallistamalla hajanaisuus jakamalla tehtäviä eri organisaatioille, sekä perustamalla lisää heikosti resursoituja sisältöohjauksen organisaatioita. Tämän hajaannuksen jatkuminen on ajankohtaisena uhkana muun muassa siksi, että muodin mukaisesti harkitaan erilaisten ”vaikuttavuus” – termiin liitettyjen uusien sisältöohjauksen organisaatioiden perustamista.

FinOHTA:n lakkauttamisesta voidaan ottaa opiksi myös se, että vaikka nykyiset organisaatiot eivät ehkä ole ideaaleja, tulisi niihin jo kerättyä osaamista ja tekemistä kunnioittaa ja pyrkiä säilyttämään sitä.

FinOHTA:n lakkauttamisen jälkeen erityisesti Fimea on pitkäjänteisesti rakentanut piiriinsä osaamista lääkkeiden vaikuttavuuden arvioinnista. Vaikka Fimean rooli ja osaaminen lääkkeiden arvioinnissa on merkittävä ei sitä tässä työssä tarkastella tämän tarkemmin, koska lääkealasta on menossa monia selvityksiä. Fimea:n uusi strategia kuitenkin korostaa organisaatiolle selkeämpää roolia palvelujärjestelmän tukena.

Toinen merkittävä sisältöohjauksen organisaatio on Käypä Hoito – järjestelmä, joka on lähes 30-vuotiaana organisaationa ylivoimaisesti tärkein terveydenhuollon sisältöohjauksen tuottaja Suomessa. Tämä osaaminen ja vakiintunut rooli tulisi turvata ja järjestelmää hyödyntää osana kaikkia sisältöohjauksen organisoitumista koskevia uusia malleja. Tästä syystä Käypä Hoito - järjestelmää käytetään tässä työssä esimerkkinä niistä monista haasteista, jotka kaikkien sisältöohjauksen organisaatioiden tulee kyetä ratkaisemaan.

Näiden kauden organisaation lisäksi Suomessa on lukuisia sisältöohjausta toteuttavia tahoja, joiden suhteet ovat epäselviä ja jotka kilpailevat paljolti samoista osaamisresursseista. Tämän työn tavoitteena ei ole esittää yksityiskohtaista ratkaisua näiden hajanaisten sisältöorganisaatioiden määrän vähentämiseksi. Tämä olisi kuitenkin perusteltua selvittää pikaisesti erikseen. Seuraavassa kuvataan pinnallisesti osa sisältöohjauksen toteuttajista.

## 4.2.2 FinCCHTA ja arviointiyliiläkärit

FinOHTA:n jälkeen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin / Oulun Yliopistolliseen sairaalaan perustettiin FinCCHTA (Finnish coordinating center for health technology assessment) vuonna 2018.

FinCCHTA:n tavoitteena on edistää näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomessa ja siten lisätä terveydenhuollon vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Sen keskeisiä tehtäviä ovat:

- hoitoteknologioiden arviointityön koordinointi Suomessa
- terveydenhuollon menetelmien arviointi ja arviointitiedon julkaiseminen
- kansainvälinen HTA-yhteistyö
- HTA-menetelmäkoulutuksen ja -tutkimuksen vahvistaminen
- digitaalisten sosiaali- ja terveyspalveluiden ja -tuotteiden arvioiminen

FinCCHTA koordinoi ensisijaisesti yliopistosairaaloissa toimivien arviointiyliiläkäreiden verkostoa. Käytännössä verkostomainen ja minimaalisesti resursoitu koordinaatioyksikkö ei ole kyennyt korjaamaan rakenteellista puutetta arviointiosaamisessa tai arviointien toteuttamisessa.

Sisältöohjauksen päätöksenteon osalta FinCCHTA ja arviointiyliiläkärit muodostavat mielenkiintoisen mallin, jossa palvelujärjestelmä itse pyrkii linjaamaan kansallisesti yhteneväisellä tavalla terveydenhuollon sisältöä. Toimivalta tähän perustetaan paljolti Terveydenhuoltolain 57§ vastaavan lääkärin toimivaltaan. Tämänkaltaisten päätösten juridinen sitovuus on oma mielenkiintoinen kysymyksensä.

## 4.2.3 Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto ja sen suositukset

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston toiminta perustuu palveluvalikoiman määrittelyyn (terveydenhuoltolaki 7 a §) ja palveluvalikoimaneuvoston tehtävien lakisääteiseen määrittelyyn (78 a §):

Terveydenhuoltolaki 78 a §: Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien

kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Suosituksia antaessaan neuvoston tulee ottaa huomioon eri alojen tutkimustieto ja muu näyttö sekä terveydenhuollon eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat.

Palveluvalikoimaneuvoston tehtävät, toimivalta, organisaatorakenne ja päätöksentekoprosessit ovat suomalaisen terveydenhuollon sisältöohjauksen kontekstissa poikkeuksellisen selkeästi ja läpinäkyvästi määritellyt. Tästä syystä se on keskeinen malli pohdittaessa terveydenhuollon sisältöohjaukseen liittyviä päätöksentekoprosesseja.

Sen sijaan palveluvalikoimaneuvostoa ei ole resursoitu niin, että se kykenisi itsenäisesti keräämään suositustensa toteuttamiseen tarvittavaa tietopohjaa. Tämä kertyy paljolti palvelujärjestelmän asiantuntijoilta, ostopalveluina tai muilta viranomaisilta, erityisesti Fimealta. Käytännössä tietopohjan keräämisen raskaus ja resurssien hajauttaminen liian monille toimijoille on myös Palveluvalikoimaneuvoston toimintaa keskeisesti rajoittava tekijä

## 4.2.4 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

”Yhtenäiset hoidon perusteet” on erikoissairaanhoidolaikiin 2005 osana hoidon järjestämisen enimmäisaikoja (”hoitotakuulainsäädäntöä”) tullut käsite, joka nykyisellään löytyy Terveydenhuoltolain 7 §:stä:

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista hyvinvointialueilla.

Näitä yhtenäisiä hoidon perusteita on sittemmin laadittu ja päivitetty joitakin kertoja (ensimmäistä kertaa 2005<sup>28</sup> ja viimeksi 2019<sup>29</sup>). Kiireettömän hoidon perusteita voidaan laatimisprosessina pitää toisena ääripäänä verrattuna sekä palveluvalikoimaneuvoston että Käypä Hoito - suositusten laatimisprosesseista. Kiireettömän hoidon kriteeristöt laadittiin paljolti erikoisalayhdistysten ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten läpinäkymättömällä ja dokumentoimattomalla prosessilla. Itse suosituksessa ei esitetä minkäänlaisia perusteita lähinnä lukuunottamatta viittauksia Käypä Hoito –

<sup>28</sup> Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. STM oppaita 2005:5.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226263>

<sup>29</sup> Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. STM julkaisuja 2019:2

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>



suositukseen niiltä kohdin, kuin sellainen on olemassa. Käytännössä kiireettömän hoidon kriteeristö monilta kohdin vakiinnuttaa Käypä Hoito – suosituksen mukaiset linjaukset osaksi virallista terveydenhuollon hoitoon pääsyaikojen ohjausta.

Huolimatta kriteeristöjen laatimisen kattavasta läpinäkymättömyydestä ja sen tuomasta ainutlaatuisesta tehokkuuspotentiaalista, ei kriteeristöjen päivittämiselle ja ylläpidolle ole kyetty rakentamaan jatkuvaa prosessia. Oletettavasti näiden kriteerien ylläpito kannattaisi yhdistää johonkin toiseen, jo olemassa olevaan sisältöohjauksen prosessiin – tai jatkossa keskitetysti sisältöohjausta ylläpitävän toimijan tehtäviin.

#### 4.2.5 Muut sisältöohjauksen järjestelmät

Erilaisia sisältöohjausta antavia tahoja tai sisältöohjaukseen vaikuttavia linjauksia on edellä mainittujen lisäksi huomattava määrä muita.

Ns. kiireellisen hoidon kriteerit ovat kiireettömän hoidon kriteeristöä vastaavalla prosessilla laadittu ohjeistus päivystyksellisistä hoidon perusteista.

Lääkkeiden osalta hintalautakunta päättää, mitkä avohoidon lääkkeet kuuluvat julkisen lääkekorvausjärjestelmän piiriin. Rokotuksiin ja seulointoihin liittyy omat määräyksensä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos antaa suosituksia erinäisistä asioista, ja Valvira ohjaa ja valvoo mm. palveluiden laatua ja toimintakäytäntöjen asianmukaisuutta.

Erilaisia ammattilaistahoja jotka tulkitsevat tieteellistä näyttöä ja antavat siihen liittyviä suosituksia ilman päätösvaltaa on useita, esimerkiksi hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) tai itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö (Itla).

Käytännössä menetelmien arvioinnin osaaminen ei riitä Suomen kokoisessa maassa näin hajaantuneen järjestelmän ylläpitoon.

#### 4.2.6 Käypä Hoito – järjestelmä terveydenhuollon sisältöohjauksen ytimessä

Käypä Hoito -järjestelmää tarkastellaan lähemmin, koska se on käytännön merkitykseltään ylivoimaisesti tärkein terveydenhuollon sisältöohjauksen järjestelmä Suomessa.

Käypä Hoito - niminen järjestelmä on käynnistetty vuonna 1995, mutta sen taustalla oli jo tuolloin suomalainen lääkäriseura Duodecimin sisällä vuosikymmeniä tehty lääketieteen laadun ja sisällön kehittämistyö<sup>30</sup>. Terveystieteiden sisällön kehittäminen niin ammattilaisten kuin potilaiden tietopohjaa lisäämällä on ollut Duodecim – seuran missiona 1800-luvulta lähtien. Pitkä historia ja uskottava taustaorganisaatio ovat tärkeitä sekä osaamisen kehittymisen että sosiaalisen uskottavuuden kannalta. Käytännössä Käypä hoito – järjestelmä on lähes 30 vuoden työllä osoittautunut Suomessa ainutlaatuisen pysyväksi ja kustannustehokkaaksi organisaatioksi sekä kattavasti hyväksytyksi toimijaksi.

Käypä hoito – suositusten laatiminen on Käypä Hoito – organisaation fasilitoima prosessi, jossa pyritään hyödyntämään maan parasta asiantuntemusta Suomeen soveltuvien hoitosuosituksen laatimiseksi ja ylläpitämiseksi. Tavoitteena on kattaa keskeiset kansansairaudet eli keskittyä yleisiin terveysilmiöihin; tässä Käypä Hoito eroaa merkittävästi esimerkiksi Palveluvalikoimaneuvoston käsittelyyn päätyvistä asioista.

Käypä hoito -suositukset pyrkivät nimensä mukaisesti olemaan suosituksia. Taustalla on näyttöön perustuvan terveydenhuollon perusparadigma, jonka mukaan paras hoitopäätös syntyy yhdistämällä tieteellinen näyttö yksilötasolla arvioituun tilanteeseen. Yksilötason hoitopäätösten ja Käypä hoito -suosituksen välissä voi olla myös alueellinen hoito-ohjelma, joka huomioi alueen palvelujärjestelmän erityispiirteet. Alueelliset hoito-ohjelmat eivät ole Käypä hoito -organisaation vastuulla.

Käypä hoito – suositusjärjestelmä ylläpitää tällä hetkellä noin 100 hoitosuositusta. Järjestelmä rahoitetaan pääosin terveydenhuollon ammattilaisten talkootyöllä, eli hoitosuositustyöhön osallistuville ei makseta palkkaa. Budjettirahoitus Käypä hoito -organisaatiolle tulee valtionavustuksena sosiaali- ja terveysministeriön budjettimomentista. Avustuksen kanavoi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Valtionavustuskattaa noin 2/3 kuluista. Loput kattaa Duodecim – seura. Valtion rahoitus vuosille 2022-23 on 720 000 €, ja Duodecim-seuran osuus noin 500 000 €. Talkootyön kustannusta on vaikea arvioida, mutta markkinaehtoisena osaajien työn ostona se moninkertaistaisi toiminnan kustannukset. Valtion rahoitusosuus on varsin marginaalinen suhteessa toiminnan taloudelliseen ja toiminnalliseen merkitykseen.

Käypä hoito -järjestelmän sosiaalinen hyväksyttävyyttä ammattilaisten näkökulmasta näkyy selkeimmin siinä, että maan parhaat ammattilaiset ovat valmiita osallistumaan työhön ilman korvausta. Tämä heijastuu suoraan myös Käypä hoito -suositusten sisältöjen hyväksyttävyyteen ja niiden noudattamiseen käytännössä. Voimakas symboli

<sup>30</sup> Vainikainen, T. Halu kehittää laadukkaampaa lääkärintyötä synnytti Käypä hoito – suositukset. Duodecim 2009;125:2140-4

suositusten sosiaalisesta hyväksyttävyydestä on myös se, että tuomioistuimet huomioivat ne pohtiessaan, miten potilaita pitäisi Suomessa hoitaa ja mitä palveluvalikoimaan itse asiassa kuuluu. Minkä tahansa sisältöohjausjärjestelmän uskottavuuden ja noudattamisen kannalta onkin keskeistä, että maan parhaina pidetyt asiantuntijat saadaan kattavasti sitoutettua mukaan ohjauksen laatimiseen. Tämä asiantuntemus ei koskaan voi asua sisältöohjauksen järjestelmässä, vaan se pitää aina saada houkutteltua mukaan palvelujärjestelmän piiristä.

## 4.2.7 Hoitosuositukset ja hoitojen kustannusten huomiointi

Hoitosuosituksilla on merkittäviä taloudellisia vaikutuksia, koska ne ohjaavat terveydenhuollon sisältöä. Uudet hoidot ovat tyypillisesti vanhoja kalliimpia, ja erilaisilla hoitosuosituksilla on merkittävä rooli hoitokäytäntöjen uudistumisessa. Näiden taloudellisten vaikutusten huomiointi on kuitenkin sekä käytännössä että teoriassa vaikeaa. Keskeinen teoreettinen vaikeus taloudellisten vaikutusten huomiointissa on, että tämä edellyttää sellaisten arvovalintojen tekemistä, jotka eivät lähtökohtaisesti kuulu tutkijoiden tai terveydenhuollon ammattilaisten vastuulle. Ääritapauksessa hoitosuositukset sisältävät de facto priorisointilinjauksia.

Toisaalta käytännössä hoitosuosituksiin liittyvä terveystieteellisen näytön läpikäynti, tieteellisen kustannusvaikuttavuusnäytön läpikäynti, hoitosuositusten soveltaminen alueellisiksi hoitoketjuiksi ja aluekohtaisten budjettivaikutusten laskenta ovat kuitenkin selkeästi saman sisältöohjauksen prosessin osia. Terveystaloustieteellinen arviointi on yksi tärkeä terveydenhuollon sisältöohjauksen vaatima osaamisalue, joka vaatii paljon resursseja ja joka kannattaisi siksi keskittää kansallisesti mahdollisimman selkeästi. Terveystaloustieteellisen arvioinnin puolueettomuus on erityisen tärkeää, koska analyysit sisältävät vääjäämättä tulkinnanvaraisuuksia ja oletuksia.

Käytännössä sisältöohjauksen toteuttajan haasteena on siis yhdistää toisaalta yksittäisten toimenpiteiden vaikuttavuuteen kiinnittyvä, professionaalinen tarkastelutapa koko järjestelmän tason vaikutusten professionaaliseen tarkasteluun – samalla pitäen kiinni eri toimijoiden legitiimeistä ja erilaisista rooleista julkisen palvelujärjestelmän resursseja jaettaessa. Käytännössä tätä voidaan edistää soveltamalla aiemmin kuvattua assessment / appraisal – jaottelua, eli erottamalla kustannusvaikutusten arviointi itse hoitosuosituksen laatimisesta. Käytännössä siis voidaan arvioida hoidon hintaa, kustannusvaikuttavuutta ja budjettivaikutuksia, vaikka ei otettaisikaan suoraan kantaa kustannusten vaikutukseen itse suositukseen.

## 4.2.8 Kustannuksia lisäävät tai vähentävät suositukset – kaksi eri asiaa?

Näyttöön perustuvien hoitosuositusten määrän, kattavuuden ja sosiaalisen sitovuuden kasvu on tehnyt niistä keskeisen välittävän tekijän terveydenhuollon kustannuskasvussa. Uudet hoidot otetaan yleensä käyttöön erilaisten hoitosuositusten kautta. Periaatteessa hoitosuosituksia voidaan käyttää myös tarpeettoman kalliiksi osoittautuneista hoidoista luopumiseen. Käytännössä hoitosuositusjärjestelmiin sisältyy kuitenkin useita mekanismeja, joilla on taipumus ensisijaisesti nostaa kustannuksia <sup>31</sup>.

Koska hoitosuositusten keskittyminen uusien hoitomuotojen lisäämiseen on laajalti tunnustettu ongelmaksi, on kansainvälisesti syntynyt uudenlaisten hoitosuositusten ryhmä: suositukset, jotka keskittyvät suositteluun näyttöön perustuvia tapoja vähentää tarpeettomia hoitoja (Suomessa ”vältä viisaasti” – suositukset). Nämä voidaan periaatteessa jakaa:

- suositukseen välttää tiettyjen tutkimusten tekemistä, mm. jotta ei käynnistetä hyödyttömiä palveluketjuja,
- suositukseen välttää tiettyjä hyödyttömiksi osoittautuneita hoitoja tai toimenpiteitä, ja
- suositukseen lopettaa tai vähentää jo käynnissä olevia hoitoja tietyissä tilanteissa <sup>32</sup>.

Käytännössä julkisen sote-sektorin tueksi rakennettavan sisältöohjausjärjestelmän tulisi kiinnittää erityistä huomiota hoitoja vähentävien suositusten laatimiseen. Julkinen rahoittaja on keskeinen – joskus jopa ainut – taho, jolla on insentiivi tieteellisesti tutkia ja suositusmielessä pohtia minkälaisista hoidoista voitaisiin luopua. Tämän vastapainona ns. markkinavoimilla on suuri intressi rahoittaa, tutkia ja tuoda käyttöön uusia hoitomahdollisuuksia. Käytännössä, ja osana terveydenhuollon sisältöohjausta, valtion kannattaisi rahoittaa erityisesti hoitoja vähentävien suositusten ja alaan liittyvien tutkimusten tekemistä.

Hoitosuositusorganisaation rakentaminen konkretisoi luvussa 3 kuvatun erilaisten osaamisen lajien yhteensovittamisen tarpeen, ja tuo esille näihin liittyvien intressiristiriitojen hallinnan tärkeyden. Yksi esimerkki tämänkaltaisen eri intressejä hallitsevan

<sup>31</sup> Järvinen T, Valtonen J ym. Hoitosuositukset, systemaattiset vinoumat ja luottamus lääkäreihin. *Duodecim* 2021;137(19):2005-2012 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16450>

<sup>32</sup> Kerr EA, Klamerus ML, Markovitz AA, et al Identifying recommendations for stopping or scaling back unnecessary routine services in primary care. *JAMA Intern Med.* Published online September 14, 2020. doi:10.1001/jamainternmed. 2020.4001

sisältöohjausta laativan organisaation rakenteesta on kuvattu kohdassa 3.2.5.<sup>33</sup> Keskeistä on todeta, että ei ole mitään periaatteellisia esteitä yhdistää professiolähtöistä, tiettyjen erikoisalojen syväosaamista, julkien vallan piirissä toimivaan tiettyjen menetelmien osaamiseen ja päätöksentekoon. Toisin sanoen esimerkiksi jonkin julkisen organisaation piirissä toteutettava terveystaloustieteellinen arviointi voitaisiin periaatteessa yhdistää nykyisenkaltaisen, professioiden piirissä toimivan suositusvalmistelun kanssa.

---

<sup>33</sup> Järvinen T, Valtonen J ym. Hoitosuositukset, systemaattiset vinoumat ja luottamus lääkäreihin. Duodecim 2021;137(19)2005-2012 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16450>

## 5 Terveydenhuollon sisältöohjauksen toteuttaminen kansallisella tasolla

Terveydenhuollon sisältöohjauksen periaatteita ja onnistumisen elementtejä on tarkasteltu aiempaan. Kolmannessa luvussa on kuvattu miksi terveydenhuollon sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus ovat luonteeltaan erilaisia toimintoja. Yksinkertaistaen ero voidaan palauttaa tieteellisen päättelyn ja poliittisen päätöksenteon erotteluksi. Neljännessä luvussa kuvattiin käytännön esimerkkejä sisältöohjauksen instituutioista meiltä ja muualta. Tässä osassa palataan kysymykseen, miksi kansallinen terveydenhuollon sisältöohjaus on tärkeää, ja miten se juridisesti suhteutuu hyvinvointialueiden autonomiaan.

Jotta sisältöohjaus vaikuttaisi terveydenhuollon sisältöön, tarvitaan sekä ohjauksen laatimiselle että sen käyttöönotolle ja jalkauttamiselle rakenteet ja prosessit. Koska terveydenhuollon sisältöohjaus ei lähtökohtaisesti kuulu hyvinvointialueiden poliittisen päätöksenteon piiriin, on sisältöohjauksen rakenteita luontevaa tarkastella kansalliselta tasolta lähtevänä, samalla tavalla koko maassa toimivana ohjausjärjestelmänä.

Sisältöohjauksen rakenteet voi yksinkertaistaa kahdeksi kysymykseksi:

- Miten ja kenen toimesta kansallisen tason sisältöohjaus tuotetaan?
- Miten sisältöohjaus saadaan saadaan käytäntöön, eli implementoidaan hyvinvointialueilla sekä yksittäisille ammattilaisille asti?

Rakenteita tarkastellaan sekä juridisina että organisatorisina asioina. Tämä työ ei kuitenkaan ole luonteeltaan juridinen selvitys, vaan painotus on sisältöohjauksen onnistumisen mahdollistavien organisaatorakenteiden ja prosessien määrittämisessä. Kuten edellä on todettu, onnistunut sisältöohjaus on sekä tärkeää että vaativaa, ja epäonnistuminen huonosti suunnitelluilla organisaatioilla todennäköistä – kuten Suomesakin on nähty.

Sisältöohjauksen organisaatioiden tarkastelu tehdään kolmella tasolla: valtion, yhteistyö (YTA)-alueiden ja hyvinvointialueiden tasolla. Sote-uudistus muuttaa ohjauksen käytännön toteuttamistapoja hyvinvointialueiden rakentumisen myötä. Samalla on luontevaa miettiä, miten kuntapohjaan verrattuna huomattavasti vahvempia hyvinvointialueita sisältöohjataan uskottavalla ja hyödyllisellä tavalla. Yhteistyöalueet (n=5) muodostavat uuden välitason rakenteen mahdollisuuden, jonka potentiaali sisältöohjauksen osalta on merkittävä, vaikka ne eivät olekaan itsenäisiä oikeushenkilöitä.

Tavoitteena tässä luvussa on hahmotella aiemmin kuvattujen periaatteiden pohjalta suomalaiseen sote-järjestelmään sopivien sisältöohjauksen instituutioiden periaatteita, edellytyksiä ja konkreettisia vaihtoehtoja. Hyvinvointialueita sisältöohjauksen toimeenpanijoina tarkastellaan luvussa 6.

## 5.1 Terveydenhuollon sisältöohjauksen tavoitteet ja juridiset perusteet

Terveydenhuollon kansallista sisältöohjausta voidaan perustella sillä, että terveydenhuolto ei ilman ohjausta saavuttaisi sille asetettuja tavoitteita. Tämä on sinänsä empirinen kysymys. Terveydenhuolto toki ohjautuu aina johonkin suuntaan myös ilman kansallista ohjausta.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen tavoitteiden asettaminen on tärkeä kysymys, koska terveydenhuoltojärjestelmällä on laaja ja monipuolinen rooli kehittyneissä talouksissa. Keskeinen kysymys on, kuinka laajasti käsite ”terveys” halutaan ymmärtää, eli kuinka laajasti sen piiriin lasketaan kuuluviksi fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja subjektiivista hyvinvointia. Tavoiteasetannan haastetta lisää, että suomalaisen sote-järjestelmän tavoitteina on kattava kokonaisuus erilaisia fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tavoitteita.

Keskeisiä haasteita terveydenhuollon tavoitteiden asettamisessa on, että

1. Jos tavoitteet kavennetaan liikaa, ne eivät ole enää uskottavia tai johtavat absurdeihin lopputuloksiin (esim. talouden tai perusoikeuksien tarkastelu yksinään).
2. Jos tavoitteiden monitahoisuus huomioidaan täysimääräisesti, ei niiden toteutumista kyetä enää käytännössä mittaamaan. Tärkeät tavoitteet ovat usein ristiriidassa keskenään.
3. Kun kaikkea hyvää ei voida saavuttaa, pitäisi tavoitteita priorisoida – mutta keinoja tähän ei käytännössä ole

Edellä mainittu ongelma on tärkeä mietittäessä myös valtion tahon ohjausvastuita, koska monet organisaatiotkin katsovat terveydenhuoltoa vain suhteellisen kapeasta näkökulmasta - eli ovat valmiita tavoittelemaan vain tietynlaisia hyötyjä, muiden tärkeiden asioiden ohittamisen uhallakin.

Yksinkertaistaen voi sanoa, että talous, terveys, yhdenvertaisuus ja muut perusoikeudet alkavat olla merkittävässä jännitteissä keskenään, kun pohditaan vallankäyttöä suhteessa terveydenhuollon ohjaukseen.

## 5.1.1 Kansalaisten yhdenvertaisuus ja hoitojen kustannusvaikuttavuus

Valtioneuvosto on asettanut strategisia tavoitteita sote-järjestämislain mukaisesti vuosille 2023–2026<sup>34</sup>. Toimiva terveydenhuollon sisältöohjausjärjestelmä tukisi suoraan näitä tavoitteita, erityisesti liittyen palveluiden yhdenvertaisuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämiseen. Kyse ei sinänsä ole strategiakaussittaisista tavoitteista vaan paljolti välttämättömyydestä: esimerkiksi yhdenvertaisuus on perustuslakipohjainen tarve, ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen on laajimmin hyväksytty keino hallita resurssien ja mahdollisuuksien ristiriitaa.

Sote-uudistuksen tuoma keskeinen muutos terveydenhuollon sisällön ohjaukseen koskee yhdenvertaisuutta. Vaikka yhdenvertaisuuden merkitys ei juridisesta näkökulmasta muutu, sen painoarvon tulisi kasvaa selkeästi uudessa järjestelmässä ainakin kolmesta syystä:

1. Terveydenhuollon järjestäjäyksiköt kasvavat ja niiden kyky järjestää palveluita paranee, joten yksikkökoolla ei voi enää yhtä hyvin perustella vaihtelua palveluiden sisällössä.
2. Järjestäjätahojen määrä putoaa noin kymmenesosaan, joten valtion valvonnan tulisi kyetä seuraamaan kunkin alueen tosiasiallisia palveluita aiempaa kuntapohjan valvontaa tarkemmin.
3. Rahoitus tulee tarvevakioidusti valtiolta, joten eri tasoiseen rahoitukseen liittyviä selityksiä palveluiden erolle ei voi enää hyväksyä.

Sisältöohjauksen näkökulmasta on luontevaa ajatella, että valtio rahoittaa alueita tarvevakioidusti juuri siitä syystä, että ne kykenisivät yhdenvertaisesti hoitamaan alueensa väestön terveystarpeet.

Alueellisen yhdenvertaisuuden eksplisiittinen määrittäminen uuden järjestelmän keskeiseksi tavoitteeksi on tärkeää. Muuten on vaarana, että hyvinvointialueiden demokraattisesti valitut päättäjät tulkitsevat uuden järjestelmän niin, että alueellisesti erilaisien palveluiden tuottaminen on alueellisen demokratian piiriin kuuluva oikeus. Terveydenhuollon alueellisen eriarvoisuuden lisääntyminen aluedemokratian vuoksi ei ole ollut sote-uudistuksen julkilausuttujen tavoitteiden joukossa.

---

<sup>34</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023–26. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5427-4>



## 5.1.2 Hyvinvointialueen autonomia vai kansallinen sisältöohjaus?

Hyvinvointialueen itsehallinto on sisällöltään ja kattavuudeltaan jossakin määrin eri asia kuin kunnallinen, laaja itsehallinto. Käytännössä hyvinvointialueen itsehallinto on selkeästi kunnallista itsehallintoa rajallisempaa.

Koska terveydenhuollon kansallinen sisältöohjaus oli juridisesti mahdollista myös suhteessa kuntien järjestämisvastuulla oleviin terveyspalveluihin, lähdetään tässä siitä, että kansallisen sisältöohjauksen juridiset mahdollisuudet eivät sote-uudistuksen myötä ainakaan vähene.

Tämän selvitystyön lähtökohtana on, että kansalaisten oikeus riittäviin ja yhdenvertaisiin terveyspalveluihin on vahvempi perusoikeus kuin hyvinvointialueen itsemääräämisoikeus.

## 5.1.3 Terveysthuollon sisältöohjaus perusoikeuksien turvaajana

Perusoikeusnäkökulmasta kansallisen terveydenhuollon sisältöohjauksen tavoitteena on turvata, että ihmiset saavat tarpeittensa mukaiset eli riittävät terveyspalvelut yhdenvertaisesti koko maassa. Perusoikeusnäkökulmasta on välttämätöntä, että palvelut ovat nimenomaan sisällöltään ihmisten tarpeita vastaavia. Vain sisällöltään oikeanlaiset ja laadultaan riittävät palvelut voivat tuottaa niiltä odotettuja hyötyjä.

Lähtökohtaisesti perustuslaki (PL 19.3 §) velvoittaa julkista valtaa huolehtimaan siitä, että jokaiselle turvataan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut siten, kuin lailla tarkemmin säädetään, ja edistämään väestön terveyttä. Vastaavasti perustuslaki (PL 6.2 §) asettaa julkista valtaa velvoittavan kiellon asettaa ketään eri asemaan mm. terveydentilan tai muuhun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Tämän työn lähtökohtana on, että terveydenhuollon sisältöohjauksen keskeinen tehtävä on turvata ihmisten perusoikeuksien toteutuminen niin, että heidän saamansa terveyspalvelut ovat sisällöltään (laadultaan, määrältään, ajoitukseltaan) riittäviä, tarpeen mukaisia ja yhdenvertaisia asuinpaikasta riippumatta.

Tästä johtuen Suomen terveydenhuollossa tulisi olla sellaiset sisältöohjausta koskevat rakenteet, joiden avulla näiden perusoikeuksien toteutumisesta voidaan varmistua. Rakenteiden tulee ulottua kansalliselta tasolta yksittäisiin ammattilaisiin asti.

## 5.1.4 EU-tason kehitys ja sen heijastuma kansalliseen terveydenhuollon sisällön ohjaukseen

Kansainvälinen keskustelu terveydenhuollon sisältöohjauksesta ei niinkään koske maiden sisäisen eriarvoisuuden hyväksymistä, vaan ylikansallisen sisältöohjauksen roolia ja tarvetta. Esimerkiksi terveydenhuollon menetelmien arviointi (health technology assessment, HTA) on ollut EU-tason terveystalouden keskusteluissa mukana käytännössä koko HTA-kentän olemassaolon ajan 1980-luvulta alkaen <sup>35</sup>.

Syynä on yksinkertaisesti se, että

1. EU:n jäsenmaiden julkisesti rahoitettujen terveydenhuoltojärjestelmien yhteinen intressi on saada tuotettua laadukkaita ja luotettavia arvioiteja terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta, ja
2. HTA-toiminta on niin vaativaa, kallista ja pitkäjänteistä osaamista vaativa, että kansalliset toimijat ovat joko liian pieniä tai johtavat valtavaan resurssien hukkaamiseen EU-tasolla.

EU-rahoitettua HTA-yhteistyötä on tehty 1990-luvulta alkaen. Toimivan, ylikansallisen HTA-järjestelmän rakentamiseen liittyy myös vastustusta ja keskustelua EU:n ja jäsenvaltioiden toimivallan suhteista. EU-tasoisesta HTA-järjestelmän yksi keskeinen tavoite on kuitenkin poistaa vaikuttamattomia tai haitallisia hoitoja julkisesti rahoitetusta järjestelmästä ja "tasata pelikenttää" terveydenhuollon menetelmien arvioinnin osamisen näkökulmasta suurten lääkeyritysten ja julkisten terveydenhuollon rahoittajien välillä. Näin on menestyksellä toimittu esimerkiksi lääkkeiden myyntilupien osalta. Poliittisesta näkökulmasta ongelma on, että HTA-toiminta on kallista, sen hyödyt ovat vaikeasti yksilöitäviä ja löysästä sisältöohjauksesta hyötyviä lobbaustahoja on paljon.

Edellä kuvattujen toimintaan liittyvien huomattavien osaamis- ja resurssivaatimusten vuoksi kansainvälinen yhteistyö on kuitenkin välttämätön osa terveydenhuollon sisältöohjauksesta.

<sup>35</sup> Greer S.L., Rozenblum S, Fahy N, et al.: Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask. Third, revised edition. European Observatory on Health Systems and Policies 2022 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/everything-you-always-wanted-to-know-about-european-union-health-policies-but-were-afraid-to-ask-third-revised>

Asia on ajankohtainen myös sikäli, että EU on hyväksynyt 12/2021 yhteisen linjauksen EU-tason HTA-koordinaatiosta <sup>36</sup>. Käytännössä kyse on siis kansallisten HTA-organisaatioiden yhteistyöstä, jossa tavoitellaan synergiahyötyjä mm. menetelmien arvioinneissa, tieteellisessä tutkimuksessa, tulevaisuuden ennakkoinnissa ja yhteistyön kehittämisessä.

(20) ”Olisi perustettava terveysteknologian arviointia käsittelevä jäsenvaltioiden koordinoitiryhmä, joka koostuu etenkin terveysteknologian arvioinnista vastaavista viranomaisista ja elimistä tulevista jäsenvaltioiden edustajista ja jonka vastuulla on valvoa tämän asetuksen soveltamisalan puitteissa yhteisten kliinisten arviointien ja muun yhteisen työn suorittamista.”

EU-säännös kannustaa siihen, että Suomi perustaisi uudelleen suoraan valtion vastuulla toimivan HTA-yksikön ja alkaisi kehittämään tätä pitkäjänteisesti. Nykytilanteen hajanaisuutta kuvaa hyvin se, että EU-tasolla Suomea HTA-kokouksissa on edustanut kolme erillistä ”terveysteknologian arvioinnista vastaavaa viranomaista” (Fimea, Palveluvalikoimaneuvosto ja FinCCHTA). Kuten muualla tässä työssä todetaan, yksi terveydenhuollon menetelmien ja sisällön arviointiosaamisen toimija tai koordinaattori olisi tärkeä osa uuden Sote-järjestelmän vahvistuvaa valtiollista sisällönohjausta.

## 5.2 Terveydenhuollon sisältöohjauksen kansallisen organisoituminen?

Kansallista sisältöohjausta tulisi siis selkeyttää ja keskittää nykyisestään. Tämä voitaneen toteuttaa monella tavalla. Menestyäkseen terveydenhuollon sisältöohjauksen organisaatiolla tulee kuitenkin olla tiettyjä ominaisuuksia ja kykyjä. Jotta terveydenhuoltoa voisi ohjata oikeaan suuntaan, sitä pitää ensinnäkin osata ohjata (eli tietää oikea suunta). Toisaalta ohjaavan toimijan pitää olla uskottava ”alaspäin” hierarkiassa, jotta ohjaus vastaanotetaan, ja ”ylöspäin” jotta ohjausorganisaatiosta muodostuu pysyvä toimija. Lisäksi tarvitaan rakenteet, joiden mukaan ohjaus välittyy käytäntöön.

Näitä teemoja käsiteltiin periaatteellisella tasolla luvussa 3. Tässä luvussa pohditaan niiden toteuttamismahdollisuuksia käytännössä.

<sup>36</sup> Regulation (EU) 2021/2282 of the European Parliament and of the Council of 15 December 2021 on health technology assessment and amending Directive 2011/234/EU. Official Journal, L 458, 22 December 2021. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2021:458:FULL&from=EN>

## 5.2.1 Osaaminen on välttämätöntä – ja hyvinvointialueet muuttavat sen sijainnin.

Terveydenhuollon toiminnan sisältö - ja sisältöohjaus - on vahvasti sidoksissa jatkuvasti kehittyvään tieteelliseen tietoon. ”Riittävien terveystalviteiden” merkitys kehittyvään tieteelliseen tietoon myötä. Oikeus saada uutta, vaikuttavaa hoitoa (eli hoidon kuuluminen palveluvalikoimaan) ei useimmiten synny hallintopäätöksillä, eikä edes palveluvalikoimanuoston suosituksilla, vaan faktuaalisesti niin, että ko. hoito todetaan yleisesti ottaen vaikuttavaksi ja otetaan palvelujärjestelmässä käyttöön.

Kuten luvussa 3 on kuvattu, terveydenhuollon ohjausosaamisen kannalta on tärkeää erottaa ns. substanssiosaaminen ja menetelmäosaaminen toisistaan. Molempia tarvitaan, mutta niiden ylläpitäminen on hyvin erilaista. Substanssiosaamisella tarkoitetaan erilaisten sairauksien, häiriöiden tai ongelmien hoidon osaamista, joka rajautuu tiettyihin sisältöteemoihin (tyypillisesti lääketieteen erikoisalat, hoitotiede yms). Menetelmäosaamisella tarkoitetaan muihin tieteenaloihin (esim. taloustiede, tieteellisen laadun arviointi, etiikka, yhteiskuntatieteet) sitoutunutta osaamista jota tarvitaan, jotta substanssiosaamisesta saadaan jalostettua koko palvelujärjestelmän tasolla toimivaa ohjausta.

Palvelujärjestelmän näkökulmasta uskottava substanssiosaaminen edellyttää jatkuvaa kontaktia käytännön terveydenhuollon toimintaan, lääke- ja hoitotieteeseen ja palvelujärjestelmään. Virasto-, tutkimuslaitos- tai ministeriötasolla ei ole mahdollista ylläpitää uskottavaa ohjausosaamista substanssiasioissa. Substanssiosaaminen sijaitsee siis Suomessa – kuten muissakin pienissä maissa - palvelujärjestelmässä, jolloin ainut toimiva keino on sitouttaa substanssiosaaminen palvelujärjestelmästä käsin systemaattisesti tukemaan kansallisen tason sisältöohjausta. Tähän tarvitaan siis rakenteet.

Uudet hyvinvointialueet ovat niin laajoja ja niiden henkilöstö osaavaa, että on luontevaa arvioida uudestaan se lisäarvo, mitä kansallisen tason virastot ja sektoritutkimuslaitokset voivat hyvinvointialueille antaa. Eri kansallisissa virastoissa toimii huomattava määrä yksittäisiä substanssiasiantuntijoita tai pieniä tiimejä, joilla on – tai on joskus ollut – substanssiosaamista eri alueilla. Vaikka virastoihin palkattujen henkilöiden osaaminen olisi yksittäisissä substanssiasioissa aluksi ollut hyvää, hiipuu relevantti osaaminen palvelujärjestelmän ulkopuolella helposti terveydenhuollon kehittyessä. Pahimmillaan virastoissa toimivat erilaiset pienet substanssiosaamisen konttorit voivat muodostaa hyvinvointialueiden roolia ja vastuuta hämärtäviä yksiköitä.

Menetelmäosaaminen sen sijaan ei välttämättä sijaitse palvelujärjestelmässä, eikä palvelujärjestelmä luonnostaan kykene ylläpitämään ja kehittämään riittävän uskottavaa ja pitkäjänteistä, kansallisen tason menetelmäosaamista. Menetelmäosaamisen

hajauttamisesta useille hyvinvointialueille ei ole suurempaa hyötyä, vaan tarvetta on vahvalle, monitieteelliselle ja kansallisesti toimivalle menetelmäosaamisen keskukselle. Nykyinen sote-rahoitusmalli ei kuitenkaan tue tämänkaltaisten kansallisten yhteistyörakenteiden ja osaamiskeskusten pitkäjänteistä ylläpitoa.

Pitkäjänteisen ja riittävän rahoituksen haaste on periaatteessa sama riippumatta siitä sijaitseeko menetelmäosaamisen keskus valtion organisaatiossa vai tietyllä hyvinvointialueella. Käytännössä kannattaisi selvittää malli, jonka avulla valtio voisi suoraan rahoittaa (ja samalla ohjata) erilaisia palvelujärjestelmän sisällä toimivia kansallisia osaamis- tai palvelukeskuksia.

Menetelmäosaamisen keskus FinCCHTA on hyvä esimerkki: toisaalta malli, jossa menetelmien arviointia koordinoidaan yhden YTA-alueen toimesta ja toteutetaan viiden YTA-alueen verkostolla on suomalaisessa järjestelmässä luonteva. Toisaalta nykyinen rahoitusmalli ei ole mahdollistanut toiminnan ollenkaan riittävää rahoittamista, eikä kansallinen ohjaus ole estänyt alan sekavuuden lisääntymistä ja vähien osaajien hajautumista.

Suunnan tulee olla monitieteisen menetelmien arvioinnin osalta kohti resurssien ja toiminnan keskittämistä. Uusia sisältöohjauksen (tai arvioinnin, vaikuttavuuden yms. teemojen) toimijoita ei tulisi perustaa, ennen kuin olemassa olevien toimijoiden roolit ja pysyvän rahoituksen malli on selvitetty kokonaisuutenaan.

## 5.2.2 Lääkehoidot esimerkkinä sisältöohjauksen vaatimasta osaamistasosta

Lääkehoidot muodostavat selkeän esimerkin terveydenhuollon sisältöohjauksen vaatimasta osaamistasosta. Lähtökohtaisesti lääkehoitojen markkinoille tulon ja hinnoittelun ohjaus perustuu siihen, ettei rajoittamaton markkinatalous lääkekaupassa turvaisi potilaiden eikä maksajien etua. Lääketeollisuuden on siis osoitettava uusien hoitojen hyödyllisyys ja turvallisuus, enenevästi myös kustannusvaikuttavuus, ennen markkinoille pääsyä – ja jatkossa enenevästi myös markkinoilla olon aikana.

Tämä tarkoittaa ohjauksen kannalta mm. sitä, että

1. terveydenhuollon sisältöohjauksen tueksi tarvittavan menetelmäosaamisen tulee olla niin korkeatasoista, että se kykenee kriittisesti arvioimaan lääketeollisuuden rahoittamien tutkimusten tuloksia

2. julkisen sektorin tulisi kyetä tekemään myös omia selvityksiä, tutkimuksia ja rekisteriseurantaa, koska lääketeollisuudella ei ole intressiä toteuttaa tutkimuksia, joiden tuloksena hoitojen käyttö voisi vähentyä

Käytännössä yksittäisen maan julkisen sektorin ja lääketeollisuuden resurssien välillä on valtava ristiriita. Tämä on keskeinen syy kansainvälisen yhteistyön välttämättömyyteen terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa ja esim. EU:n HTA - asetukseen. Suomen kaltaisessa pienessä maassa ainut tapa yrittää ylläpitää kansainvälisesti uskottavaa osaamista, olisi määrittää selkeät taho (tai tahot, mikäli esimerkiksi lääkealan arviointi erotetaan muiden menetelmien arvioinnista) joihin kerätään menetelmäosaaminen kansallisella tasolla. Tämän koordinoivan ja menetelmäosaamista kehittävän tahon tulisi huolehtia kansainvälisestä yhteydenpidosta ja koko maan menetelmäosaamisen ylläpidosta. Tuoreessa lääkeshoidon ohjauksen kehittämisen raportissa päädyttiin samaan johtopäätökseen<sup>37</sup>. Tehtävässä onnistuminen edellyttää pitkän tähtäimen osaamisen kehittämistä, resursointia ja tieteellisen uskottavuuden kannalta riittävää poliittista riippumattomuutta.

Sama hoitoja lisäävä markkinalogiikka pätee myös muihin terveydenhuollon toimenpiteisiin kuin lääkkeisiin. Julkisen sektorin kannattaisikin keskittää resurssit ja huomio erityisesti tarpeettomia hoitoja vähentäviin selvityksiin. Lisäksi vaikeusastetta lisää, että eri terveydenhuollon toimintojen alalla (esim. diagnostiikka, operatiiviset toiminnot, seulonnat, rokotukset, psykososiaaliset hoidot) on paitsi erilainen sisältö ja hajanaisemmat tuotantorakenteet kuin lääkkeillä, myös osittain erilaiset metodologiset vaatimukset vaikuttavuuden arviointiin.

Huomioiden Fimean erityinen rooli lääkealan lupa- ja valvontaviranomaisena ja sinne rakennettu lääkealan HTA – osaaminen, olisi yksi lähestymistapa jakaa kansallisen sisältöohjauksen koordinaatiovastuut kahtia: Fimean vastuulle lääkehoitoihin liittyvät arvioinnit ja sisältöohjaus, ja muut terveydenhuollon menetelmät toiselle kansalliselle toimijalle.

---

<sup>37</sup> Sinikka Rajaniemi. Lääkeshoidon ohjauksen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. [https://stm.fi/documents/1271139/2013549/Selvitys+SR+15.1.23\\_final.pdf/000f9c8b-159b-5c32-5874-4c204a9c610f/Selvitys+SR+15.1.23\\_final.pdf?t=1675761745353](https://stm.fi/documents/1271139/2013549/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf/000f9c8b-159b-5c32-5874-4c204a9c610f/Selvitys+SR+15.1.23_final.pdf?t=1675761745353)

### 5.2.3 Uskottavuus ”alaspäin” eli professioiden hyväksyntä riskinä ja mahdollisuutena

Ohjausorganisaatioiden uskottavuus yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten ja ammattiryhmien (professioiden) suuntaan on tärkeää ainakin kolmesta syystä. Ensinnäkin yksittäisten ammattilaisten on hyväksyttävä ohjauksen sisältö, jotta he noudattavat sitä. Toiseksi eri professioiden edustajat on saatava myötävaikuttamaan ohjauksen valmisteluun ja jalkauttamiseen tavoilla, jotka tukevat ohjauksen (eli terveyspolitiikan) tavoitteita. Kolmanneksi eri professioiden jäsenet – esimerkiksi johtavat lääkärit ja hoitajat – ovat keskeisiä mielipidevaikuttajia terveydenhuollon sisältöasioissa, joten he voivat vaikuttaa merkittävästi eri tasoilla tehtävään päätöksentekoon.

Onnistuessaan kaikilla em. tavoilla ammattilaisten tuki mahdollistaa sen, että sisältöohjaus on oikean suuntaista, sitä noudatetaan ja sisältöohjausta tuottavat organisaatiot pysyvät pystyssä ja arvostettuina. Ja kääntäen: mikäli viranomaiset yrittävät ohjata ammattilaisten toimintaa tavoilla, joita ammattiryhmät eivät laajasti hyväksy, voivat nämä ryhmät suurella todennäköisyydellä estää ohjauksen toteutumisen – tai rumpauttaa koko ohjausorganisaation.

Esimerkki: terveydenhuollon kustannusten kannalta keskeinen sisältöohjauksen uskottavuuteen liittyvä kysymys on, sitoutuvatko lääkärit yksilöinä ja ammattikuntana noudattamaan sellaisia sisältöohjauksen linjauksia, joissa taloudellisilla seikoilla on merkittävä rooli. Eli mikäli selkeästi kustannuksia säästävät sisältöohjauksen linjaukset olisi juridisesti mahdollista tehdä, saataisiinko ammattilaiset noudattamaan niitä? Kuten edellä on kuvattu, potilaiden päätösvallan kasvaminen terveydenhuollossa lisää lääkäreiden kustannustietoisuuden ja sitouttamisen merkitystä entisestään, koska yksittäisillä potilailla harvoin on intressiä sitoutua julkisia kustannuksia säästäviin linjauksiin.

Ammattilaisten sitouttaminen sisältöohjaukseen onnistuu luontevasti, jos substanssiosaaminen hyödynnetään palvelujärjestelmästä käsin edellä kuvatulla tavalla. Toisin sanoen substanssiosaajina sisältöohjaustyössä käytetään laajaa edustusta palvelujärjestelmässä toimivia asiantuntijoita eikä pyritä rakentamaan kansalliselle tasolle omaa substanssiosaamista.

## 5.2.4 Uskottavuus ”ylöspäin” ja poliittiset riskit osaamiselle yleismaailmallisena haasteena

Instituutiotasolla ohjaustahon on kuitenkin turvattava uskottavuutensa myös ”ylöspäin”. Ohjausjärjestelmän on oltava poliittisesti hyväksyttävä ja hyödylliseksi koettu, jotta se saa riittävän rahoituksen ja pitkänteisyyden, jotka tarvitaan uskottavaan osaamisen kokoamiseen.

Instituutiotason keskeinen ongelma on, miten saadaan rakennettua riittävästi resursoitu ja pysyvä organisaatio alalla, joka on monesta syystä altis erilaiselle lyhytjänteiselle poliittiselle vaikuttamiselle. Tämä on osoittautunut ongelmaksi eri puolilla maailmaa; sisältöohjauksen poliittiset riskit ovat paljolti yleismaailmallisia.

Esimerkki sisältöohjauksen poliittisista riskeistä: Terveystieteiden sisällön ohjaaminen kohti kustannusvaikuttavuutta ja näyttöön perustuvuutta voi edellyttää päätöksen, jonka mukaan tietty hoito ei ole riittävän kustannusvaikuttavaa, joten sitä ei tarjota potilaille. Ääritapauksessa tämä linjaus sisältää ikäväksi koettuja rajoituksia sekä ammattilaisten ja potilaiden autonomian, poliittisten päättäjien vallan, että hoitoja myyvien tahojen liiketoimintamahdollisuuksien suhteen. Tällöin pahimmillaan terveydenhuollon sisältöohjauspäätöksiä vastustavat sekä potilaat, ammattilaiset, palveluntuottajat että teollisuus, eikä poliittisia hyötyjä ikävistä ohjauspäätöksistä ole juuri saatavilla. Tilannetta kuvataan termillä ”zero-credit politics”<sup>38</sup>.

Kokemusta pitkäjänteisen osaamisen ylläpidon vaikeudesta ja poliittisesta rahoituksen riskeistä on myös Suomesta: FinOHTAn lakkauttamisen, Fimean maakunnallistamisen ja Käypä Hoito - järjestelmän rahoituksen turvaamisen vaikeudet ovat keskeiset syyt suomalaisen terveydenhuollon sisältöohjauksen osaamisen hiipumiseen 2000-luvulla. Sisältöohjauksen rahoituksen taso on minimaalinen kentän merkitykseen nähden.

Instituutiotason uskottavuusriskien ymmärtäminen auttaa suunnittelemaan aikaa kestäviä sisältöohjauksen organisaatioita. Käytännössä keskeistä on turvata ohjaustoimijoiden puolueettomuus tieteellisissä asioissa, rahoituksen pitkäjänteisyys jokavuotisista budjettipäätöksistä erillisenä ja varmistaa ohjausrakenteilla, että kaikkien osapuolten näkemyksiin kiinnitetään tasapuolisesti huomiota.

<sup>38</sup> Patashnik E.M., Gerber A.S. & Dowling C.M. Unhealthy politics. The battle over evidence-based medicine. Princeton University Press 2017.



Käytännön suomalaisessa kontekstissa uskottavan sisältöohjauksen organisaation on käytännössä lisäksi

- Kyettävä koordinoimaan verkostoa, jossa pienen maan menetelmäosaajat toimivat tiiviissä yhteistyössä, ja substanssiosaajat saadaan palvelujärjestelmästä tiiviisti mukaan.
- Kyettävä rakentamaan ammattimaisen, tehokkaan ja uskottavan organisaation maine kaikkiin suuntiin.

Terveydenhuollon sisältöohjauksella on valtava kansantaloudellinen merkitys. Riittävän itsenäinen, nykyisistä toimijoista erillinen sisältöohjausta koordinoiva ja menetelmäosaamista ylläpitävä organisaatio olisi luultavasti perusteltu. Käytännössä siihen keskitettäisiin nyt hajallaan olevia toimintoja, budjettirahoitusta ja osaamista.

### 5.3 Kenen tehtäväksi kansallinen sisältöohjaus kuuluu ja sopii?

Nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnolliset organisaatiot on rakennettu aiempaa sote-järjestelmää varten, joten niiden toimivuutta on perusteltua tarkastella mahdollisimman puhtaalta pöydältä. Käsillä on ainutlaatuinen tilaisuus arvioida ohjausorganisaatioita uudestaan kokonaisuutenaan. Tässä työssä on kartoitettu periaatteita, joita noudattamalla toimiva sisältöohjauksen organisaatio tai organisaatiot voitaisiin rakentaa.

Tämän selvitystyön piiriin ei kuulu olemassa olevien organisaatioiden yksityiskohtainen arviointi. Nykyiset organisaatiot ja niiden osaaminen on luonnollisesti tärkeää huomioida kehitystyön pohjana. Eri tahojen nykyiset tehtävät sisältöohjauksessa, synergiat muista lakisääteisistä tehtävistä, sisältöohjauksen osaaminen ja uskottavuus sisältöohjaajana tulisi kartoittaa.

Mukaan arviointiin otettavia sisältöohjaukseen osallistuvia organisaatioita ovat ainakin

- Sosiaali- ja terveysministeriö
- Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko)
- Hintalautakunta (HILA)
- Fimea, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos, Säteilyturvakeskus
- Kansaneläkelaitos
- Valvira ja aluehallintovirastot
- FinCCHTA ja arviointiylilääkärit

- Hyvinvointialueiden potilasryhmäkohtaiset, keskitetyt toimijat, esim. syöpäkeskukset
- Uudet, yksittäisiin sisältöohjauksen teemoihin keskittyvät hyvinvointialueiden toimijat, kuten vaikuttavuuskeskus ja potilasturvallisuuskeskus
- Käypä Hoito -organisaatio ja muut itsenäiset toimijat
- Yliopistot ja korkeakoulut

Tämän selvitystyön keskeinen ehdotus on, että kansallisen tason sisältöohjausta tekevien organisaatioiden roolit tulisi nopeasti arvioida, keskinäiset suhteet selkeyttää, toimijoita vähentää, kansallinen vastuuorganisaatio nimetä ja sisältöohjaukseen tarvittavaa menetelmäosaamista keskittää. Samaan tapaan kannattaisi luultavasti arvioida myös sosiaalipalveluiden sisältöohjauksen kehittämistarpeet.

Huomioiden tässä työssä esitetyt periaatteet ja havainnot sisältöohjauksessa onnistumisen edellytyksistä voidaan vetää seuraavanlaisia johtopäätöksiä.

- Hyvinvointialueiden (tai YTA-alueiden) roolia sisältöohjauksessa tulisi vahvistaa erityisesti substanssiosaamisen tuottamisen ja palvelujärjestelmärelevanssin varmistamisen osina. Nykyjärjestelmän muodostuneita, eri puolille tutkimuslaitoksia ja valtionhallintoa sijoittuvia muutamasta asiantuntijasta koostuvia yksiköitä tulisi pyrkiä purkamaan. Substanssiosaaminen tulisi saada valtionhallinnon käyttöön hyvinvointialueiden osajilta ja näiden systemaattisilta verkostoilta.
- Palveluvalikoimaneuvoston, FinCCHTA:n, Fimean ja eri virastoissa hajallaan olevien menetelmien arviointiosaamiseen, vaikuttavuuden edistämiseen ja muuhun menetelmäosaamiseen liittyvien tehtävien ja resursien kokoaminen yhdelle tai korkeintaan kahdelle kansalliselle toimijalle olisi luultavasti järkevää. Kahta organisaatiota puoltaisi se, että Fimean lääkealan lupa- ja valvontatehtävät yhdistettynä rakennettuun lääkealan arviointiosaamiseen on sellaisenaan selkeä kokonaisuus – mutta siihen ei ole luontevasti yhdistettävissä koko terveydenhuollon menetelmien kirjoa.
- Käypä Hoito -järjestelmä on Suomen terveydenhuollon pitkäjänteisin ja kustannustehokkain sisältöohjauksen järjestelmä, joka kattaa laajasti yleisimmät kansanterveysongelmat. Tehtyä työtä ja rakennettua kokonaisuutta kannattaisi pitää yllä ja kehittää. Käypä hoito tulisi pitää julkisen ohjausjärjestelmän osana turvaten sille pysyvä rahoitus ja paikka ohjauksen kokonaisuudessa.

## 5.4 Yhteistyöalueiden mahdollisuudet sisältöohjauksen osana

Sisältöohjausta on luontevaa tarkastella vähintään kolmella tasolla: valtionhallinnon, yhteistyöalueiden (YTA) ja hyvinvointialueiden tasot.

Yksinkertaisimmillaan voidaan tällöin arvioida, mitkä sisältöohjauksen osat olisi teknisesti ottaen järkevää toteuttaa kerran, viidesti tai 23 kertaa Suomen kokoisessa maassa. Yhteistyöalueiden potentiaali sisältöohjauksessa on merkittävä, koska ne ovat riittävän laajoja, saman kokoisia, kattavat kaikki sote-palvelut ja korkeakoulu-yhteistyön - eli niillä on kaikki edellytykset ylläpitää sisältöohjauksessa tarvittavaa osaamista ja uskottavuutta.

Yhteistyöalueilla voi olla rooli toisaalta kansallisen sisältöohjauksen laatimisessa, toisaalta sisältöohjauksen viemisessä käytäntöön hyvinvointialueille.

Pohdittaessa YTA-alueiden tulevia tehtäviä on hyvä huomioida erityisvastuualuerakenteesta saadut kokemukset, joita käsitellään tässä lyhyesti.

### 5.4.1 Viiden alueen malli Suomessa

Teknisestä ja tehokkuusnäkökulmasta viiden alueen kautta tapahtuva terveydenhuollon järjestäminen olisi Suomen kokoisessa maassa luontevaa. Monilla asiantuntijoilla on konsensus siitä, että viisi aluetta olisi soveltunut paremmin terveydenhuollon järjestämisen tasoksi kuin nykyinen 21 hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin, HUS:n ja Ahvenanmaan muodostama kokonaisuus.

Syitä viiden alueen mallin sopivuuteen on useita:

- Yhteistyöalueiden väestöpohja on riittävän suuri useimpien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamiseen. Kokoluokka lähestyy kansainvälisiä verrokkeja.
- Väestöpohjat ovat viidellä alueella melko samankokoisia (1-2 miljoonaa)
- Palvelurakenne on jokaisella YTA-alueella samanlainen kattaen koko palveluketjun peruspalveluista yliopistosairaalaan ja erityistason sosiaalipalveluihin.
- Kaikilla YTA-alueilla on yliopistosairaala ja sote-alan korkeakouluja, joten kattavan koulutus-, tutkimus- ja kehitystoiminnan edellytykset löytyvät vasta YTA-tasolta.

Vastaavasti hyvinvointialueet ovat hyvin erilaisia kaikkien em. ominaisuuksien suhteen. Tämä erilaisuus on osaltaan aiheuttamassa vakavia intressiristiriitoja ja osapitoa hyvinvointialueiden välillä, ja vaikeuttaa järkevän työnjaon kehittämistä vapaaehtoiselta pohjalta. On selvää, että pienet hyvinvointialueet ovat aivan liian pieniä mottiin järjestämisen ja sisältöohjauksen tehtäviin – mutta niillä ei silti välttämättä ole intressiä luopua ko. tehtävistä.

Viittä aluetta palveluiden järjestämistä vastuullisena rakenteena on pohdittu vuosien varrella useita kertoja. Ongelmat mallissa ovat olleet ensisijaisesti poliittisia tai juridisia. Tässä työssä lähdetään siitä, että selkeä kansallinen ja (siihen liittyvä) YTA-tasoinen sisältöohjaus voi kuitenkin toisaalta helpottaa hyvinvointialueiden järjestämistä, ja toisaalta turvata kansallisen yhdenvertaisuuden palveluiden laadussa ja sisällössä, vaikka yhteistyöalueet eivät vastaa palveluiden järjestämisestä.

## 5.4.2 Yliopistosairaala ja korkeakoulut osana sisältöohjausta

Terveydenhuollon kustannusten ja osaamisen kannalta tärkeää on tiedostaa, että merkittävä osa erikoissairaanhoidosta on niin harvinaista ja kallista, ettei sitä voi tuottaa jokaisella hyvinvointialueella erikseen laadukkaasti ja kustannusvaikuttavasti. Kansainvälisesti ottaen suomalaiset YTA-alueet ja myös yliopistosairaalat ovat varsin pieniä tuottamaan tehokkaasti kaiken tasoista erikoissairaanhoidoa.

Toisaalta terveydenhuollon koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa ei voi irrottaa palvelujärjestelmästä pelkästään yliopistojen ja korkeakoulujen vastuulle. Yliopistollisten sairaaloiden järjestelmä on ylipäätään kehittynyt juuri siksi, ettei terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta voi erottaa palvelujärjestelmästä. Yliopistollisen sairaalan tehtävät on määritelty juuri 1.1.2023 voimaan tulleessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 34a §:ssä siten, että yliopistollisen sairaalan pääasiallisia tehtäviä ovat perustason, vaativan tason ja erityistason erikoissairaanhoido sekä yliopistollisessa sairaalassa toteutettava koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta sekä tässä tai muussa laissa yliopistollisessa sairaalassa hoidettaviksi säädetty tehtävät.

YTA-alueiden merkitys erityisesti terveydenhuollon sisällön ohjauksessa on yliopistosairaaloiden vuoksi keskeinen ainakin kahdesta syystä:

- Yliopistosairaaloissa tehdään joka tapauksessa merkittäviä, koko aluetta koskevia linjauksia kalliista uusista hoidoista ja hoitomuodoista.

- Yliopistosairaaloita ylläpitävien YTA-alueiden työntekijät sekä niiden ja alueen korkeakoulujen koulutus- ja tutkimustoiminta muodostavat käytännössä suomalaisen terveydenhuollon sisältöohjauksen ydinosaamisen. Koska tätä osaamista ei ole mahdollista keskittää valtion tasolle, tulee yliopistosairaaloiden osaaajaresurssi saada käytettyä hyväksi kansallisen terveydenhuollon sisältöohjauksen suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Sote-uudistukseen liittyvä perus- ja erityispalveluiden integraatio ja osaamisen keskittyminen antaa jatkossa mahdollisuuden vahvistaa myös perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämissaamista YTA-alueittain osaamiskeskittymiä mukailleen.

## 5.5 Nykyinen lainsäädäntö YTA-alueista sekä kokemukset erityisvastuualueista

Nykyinen yhteistyöalueita koskeva lainsäädäntö on pitkälti samankaltainen kuin aiempi erityisvastuualueita (ERVA) koskeva lainsäädäntö. Näin ollen ERVA-alueiden kokemukset ovat todennäköisesti relevantteja nykyisen lainsäädännön toimivuuden arvioinnissa. Keskeinen havainto ERVA-alueiden kokemuksista on, että alueiden keskinäiseen sopimiseen perustuva ohjaus jäi aina kunkin sairaanhoitopiirin omien etujen optimoinnin jalkoihin. Toisin sanoen YTA-alueitakin koskien on odotettavaa, että vain valtion yksiselitteisen sitova ohjaus voi tuottaa riittävässä määrin toivottuja tuloksia.

YTA-alueiden yhteistyöstä ja työnjaosta säädetään monessa laissa:

Sote-järjestämislain 9 § mukaan osa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhden tai useamman hyvinvointialueen järjestettäväksi, jos se on välttämätöntä palvelujen tai muiden toimenpiteiden saatavuuden, laadun tai asiakkaiden oikeuksien varmistamiseksi tehtävän vaativuuden, harvinaisuuden tai siitä aiheutuvien suurten kustannusten vuoksi. Suurempiin kokonaisuuksiin koottavista tehtävistä ja niihin liittyvästä työnjaosta säädetään erikseen.

Järjestämislain 9 § mahdollistaa selkeästi tehtävien järjestämisen keskittämisen YTA-alueittain jos näin halutaan. Keskittämisen edellytyksenä on osittain sisältöohjaukseen liittyviä perusteita, kuten palveluiden laatu, saatavuus ja asiakkaiden oikeudet. Toisin sanoen järjestämislaki mahdollistaa vaativien, harvinaisten tai suurien kustannuksia aiheuttavien palveluiden järjestämisen keskittämisen tilanteissa, joissa tämä on välttämätöntä palveluiden asianmukaisen sisällön turvaamiseksi.

Sote-järjestämislain 36 § mukaisesti hyvinvointialueiden on laadittava yhteistyösopimus, jonka sisältö on listattu laissa, ja josta STM voi määrätä tarkemmin asetuksella. Lähtökohtaisesti yhteistyösopimus ja siihen liittyvä STM:n toimivaltaan määritetty ohjausprosessi on osa järjestämisen ohjausta. Suorimmin sisältöohjaukseen liittyy 36 § kohta 8 jonka mukaan alueiden on sovittava hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta koskien sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisten periaatteiden määrittelyssä niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Myös tämän pykälän kautta järjestäminen ja sisällön ohjaus liittyvät siis toisiinsa. Pykälä liittyy FinCCHTA:n ja yliopistosairaaloiden arviointiyliääkkäreiden verkoston rooliin.

Mikäli kansallisen tason sisältöohjaus saadaan keskitettyä ja vahvistettua, nykyinen lainsäädäntö periaatteessa tukee sisältöohjauksen toimeenpanoa YTA-alueittain yhteistyösopimuksen avulla. Käytännössä, kuten jäljempänä kuvataan, tämänkaltainen vapaaehtoisuuteen perustuva sopiminen tuskin käytännössä toimii. Sisältöohjausta ei tulisi kuitenkaan ensisijaisesti tarkastella sote-järjestämislain tai yhteistyösopimuksen alle kuuluvana toimintana, koska se ei lähtökohtaisesti kuulu hyvinvointialueiden päätösvaltaan.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 §:ssä säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Säännöksen mukaan osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin.

Pykälän perusteella annettu valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (ns. keskittämisasetus, VNa 582/2017) on osoittautunut merkittäväksi instrumentiksi vahvistettaessa terveydenhuollon eri toimintojen väestöpohjia. Keskittämisasetus sisältää laajan listauksen erilaisia valtakunnallisten ja alueellisten ”kokonaisuuden suunnittelun ja yhteen sovittamisen” tehtäviä (3 § ja 4 §) sekä valtakunnallisesti ja alueellisesti ”keskitettävästä erikoissairaanhoidosta” (5 § ja 6 §).

Vaikka keskittämisasetuksen sananmuoto kattaa ”suunnittelun ja yhteensovittamisen”, sisältää keskittämisasetus käytännössä keskeisesti juuri sisältöohjaukseen liittyviä teemoja. Keskittämisasetuksessa mainittu taho (tai tahot) jotka joko vastaavat tehtävän suunnittelusta tai yhteensovittamisesta, muodostaa kansallisesti keskeisen sisältöohjausta luovan tahon. Keskittämisasetuksesta tulisi seurata, että näillä tahoilla on myös riittävästi osaamista ja resurssia kyseisen tehtävän hoitamiseksi. Merkittävä osa

erikoissairaanhoidon sisältöohjausta toteutuu siis keskittämisasiasetuksen rakenteiden kautta.

Esimerkki: Palveluvalikoimaneuvoston ja keskittämisasiasetuksessa määriteltyjen tahojen suhde on käytännössä sellainen, että palvelujärjestelmän vastuutahot tuovat Palveluvalikoimaneuvostolle käsittelyyn aiheita, joihin ne toivovat kansallista kannanottoa. Asiat, jotka palvelujärjestelmä pystyy itse linjaamaan, eivät yleensä päädy palveluvalikoimaneuvoston käsittelyyn. Ei siis ole niin, että palveluvalikoimaneuvosto linjaa palveluvalikoiman ja palvelujärjestelmä toteuttaa linjauksia. Vaan käytännössä niin, että palvelujärjestelmä linjaa palveluvalikoiman, ja palveluvalikoimaneuvosto siunaa näistä vaikeimmat linjaukset.

Keskittämisasiasetuksen myötä on siis Suomeen käytännössä syntynyt laaja, tosin järjestelmälähtöisesti kehittynyt listaus asioista joiden keskeiset sisältöohjausvastuut on erikseen määritetty joko kansalliselle tasolle tai YTA-alueiden vastuulle.

Terveysturvallisuutta ja sen perusteella annettua keskittämisasiasetusta voi pitää tärkeänä instrumenttina nimenomaan terveydenhuollon sisältöohjauksen vastuiden ja tehtävien jakamisessa. Asetus vastaa sisältöohjauksen keskeisiä tavoitteita: asetuksella määrätty tehtävät ovat hyvinvointialueille pakollisia, onnistuminen perustuu tieteellisen tiedon soveltamiseen, ohjaus ei kuulu alueellisen demokratian piiriin ja tehtävien tavoitteena on nimenomaan sisällöltään (laadultaan, turvallisuudeltaan) riittävien palveluiden turvaaminen yhdenvertaisesti koko maassa.

Keskittämisasiasetus on siis luonteva lähtökohta sisältöohjauksen jatkokehittämiselle. Keskittämisasiasetuksen kuhunkin teemaan liittyviä tehtäviä ja tavoitteita voidaan määrittellä yksityiskohtaisemmin. Analogisesti keskittämisasiasetuksen mukaista mallia voitaisiin laajentaa koskemaan myös perusterveydenhuollon ja muiden sote-palveluiden sisältöohjauksen keskittämistä.

Suhde järjestämislain 9 § mukaiseen keskittämiseen on hyvä pitää selkeänä. Keskittämisasiasetus on luonteva instrumentti sisältöohjaukseen myös siksi, että se voi auttaa pitämään erillään sisältöohjauksesta ja palveluiden järjestämisestä vastaavien henkilöiden tehtäviä ja toimivaltuuksia. Keskittämisasiasetus määrää palveluiden sisällön ohjauksesta tavalla, joka ei jätä hyvinvointialueen poliittiselle päätöksenteolle juuri harvinaisempaa.

Keskittämisasiasetuksen mukaisen sisältöohjauksen kehittämisessä on myös haasteita. Yksiselitteisesti keskitettävät erikoissairaanhoidon palvelutuotannon tehtävät ovat melko selkeä järjestelmä, johon liittyy kuitenkin ainakin kaksi käytännön haastetta:

- Keskitettäessä asioita harvempaan kuin yhteen yliopistosairaalaan on huomioitava, että keskittämisasetus ei vielä takaa asian osaamista. Käytännössä harvinaisten asioiden osaaminen on paljolti yksittäisten ihmisten tai tiimien ominaisuus – ei siis organisaatioiden. Yksittäiset ihmiset voivat vaihtaa työpaikkoja. Tätä voidaan kompensoida sillä, että alueet joutuvat sopimaan keskenään vastuutahoista.
- Tietyn palvelutuotannon kansallisesti keskitetyn roolin saaneella hyvinvointialueella ei välttämättä ole kannustimia tuottaa näitä palveluita mahdollisimman kustannustehokkaasti ja pienessä määrin. Palveluiden omakustannusperusteinen hinnoittelu on aina tulkinnanvaraista ja kansallisesti tuotettavat palvelut tuovat lisätuloja.

Sen sijaan pehmeämmät suunnittelun ja yhteensovittamisen tehtävät ovat vaikeammin määrittyviä. Osa näistä keskittämisasetuksessa säädetyistä lienee onnistuneita, ja osa jäänyt toteutumatta määrittelyjen epämääräisyyden ja rahoituksen puutteen vuoksi. Tämä on tärkeää huomioida jatkossa niin, että asetuksen sananmuodot ovat riittävän yksiselitteisiä ja selkeitä. Keskittyminen nimenomaan sisältöohjauksen tehtäviin voi auttaa määrittämään keskittämisasetuksen mukaisia tehtäviä aiempaa yksityiskohtaisemmin. Sisältöohjauksen näkökulma myös auttaisi erottamaan keskittämisasetuksessa mainitut tehtävät alueellisen järjestämisvastuun piiriin kuuluvista tehtävistä.

### 5.5.1 ERVA-järjestelmän kokemukset edelleen riskinä YTA-alueiden osalta

Koska erityisvastuualueista on pitkä kokemus, on niiden toimivuuden analysointi luonteva lähtökohta mietittäessä yhteistyöalueiden kehittämistä. Keskittämisasetuksen ”pehmeät” alueellisen suunnittelun tehtävät kohtaavat samankaltaisia haasteet kuin liittyi ERVA – yhteistyösopimuksiin.

Käytännössä voidaan sanoa, että vapaaehtoinen sopiminen ei osoittautunut sairaanhoitopiirien välillä toimivaksi tavaksi edistää kansallisella tasolla kustannustehokasta erikoissairaanhoidon työnjakoa. Kävi jopa päinvastoin – lääkintöhallituksen normiohjauksen lakkauttamisen ja keskittämisasetuksen välisenä aikana ei-yliopistollisilla sairaanhoitopiireillä oli ennemminkin taipumus lisätä erityistason erikoissairaanhoidoa ja päällekkäisyyksiä, kuin keskittää palveluita <sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Uusitupa M & Tuomainen R. Yhteistyö sairaanhoitopiirien välillä Suomessa. Suom Lääkäril 2001(56):6;683-7



YTA- ja ERVA-alueet toimivat lähtökohtaisesti samalla tavalla: ne eivät ole itsenäisiä oikeushenkilöitä eikä niillä ole omaa organisaatiota, vaan YTA-tasoinen tekeminen perustuu alueen hyvinvointialueiden tekemään sopimukseen, kuten ERVA-tasoinen tekeminen perustui sairaanhoitopiirien sopimukseen. YTA-sopimuksessa on sovittava asetuksella määrätyistä asioista. Valtioneuvosto voi periaatteessa päättää YTA-sopimuksesta, jos alueet eivät pääse yhteisymmärrykseen.

Lähtökohtaisesti ERVA - järjestelmän ongelma oli, että solmittujakaan ERVA-sopimuksia ei käytännössä tarvinnut noudattaa. Sopimukset kyllä tehtiin, mutta joko niiden sisältö oli niin epäselvää, ettei sillä ole ollut merkitystä, tai sitten sopimusten toteutusta ei kunnolla seurattu kenenkään toimesta. ERVA-alueiden historia osoittaa, että sopimusmekanismista huolimatta näistä ei pitkälläkään aikavälillä syntynyt merkittäviä koordinaation tasoja.

Ne ERVA-tasoiset merkittävät työnjakosopimukset jotka syntyivät, olisivat todennäköisesti syntyneet sopimuspakosta riippumatta. Käytännössä sopimusprosessi ei määrittänyt ERVA-yhteistyötä, vaan toimiva yhteistyö on aina edellyttänyt todellisia win-win-malleja, ja kaikkien osapuolten yhteistä halua yhteistyöhön. Kansalliselta tasolta ERVA-alueiden kehittämiseksi ei myöskään annettu lisäinsenttiivejä.

Keskeinen ongelma sekä kuntapohjaisessa että valtionrahoitteisessa mallissa on, että hyvinvointialueilla on ristiriitaiset insenttiivit kansallisella tai ERVA/YTA - tasolla tehokkaaseen työnjakoon. Koska käytännössä useimmat Suomen sairaalat ovat tuotannollisen tehokkuuden vuoksi liian pieniä, on sairaaloilla intressi kasvattaa omaa osaja-pooliaan ja volyyymiään. Vastaavasti toimintojen lakkauttaminen ja keskittäminen voi heikentää mahdollisuuksia muiden palveluiden toteuttamiseen ja henkilökunnan rekrytointiin. Taloudelliset säästöt voivat jäädä toteutumatta, kun kiinteistä kuluista ei päästä eroon, ja koska keskitetyn palvelun tuottajalla on insenttiivi ylihinnotella ns. ”ulkokuntatuloa” tuottavat palvelut <sup>40</sup>. Lisäksi tulee huomioida alueellisten työpaikkojen taloudellinen merkitys.

On todennäköistä, että järjestämislain 37 § ja 38 § joissa yritetään lisätä yhteistyösopimuksen sitovuutta ja painoarvoa jäävät varsin merkityksettömiksi, aivan kuten aiemman lain säädännön vastaavat pykälät jäivät. Jos hyvinvointialueet eivät halua tehdä yhteistyötä ja optimoida toimintaansa YTA-tasolla, ei YTA-sopimusmekanismi todennäköisesti ole riittävä keino pakottaa alueita tähän. Lain vaatimat yksityiskohtai-

---

<sup>40</sup> Terveystaloutta johdetaan usein ns. ”sitovilla nettokuluilla” eli oman alueen maksajille kohdentuvilla kuluilla. Ulkokuntatuloja ei lasketa, joten ne ovat käytännössä ainut tapa kasvattaa toiminnan volyyymiä lisäämättä oman alueen kustannuksia. Tästä muodostuu ilmeinen ylihinnotteluinsenttiivi.

set ja perusteelliset neuvottelut valtion kanssa eri asioista voivat muodostua ajan hukaksi kaikkien osapuolten osalta. Sen sijaan keskittämisasiäsetuksen kautta toteutettavat selkeät ja pakottavat työnjaolliset linjaukset ovat osoittautuneet melko toimiviksi.

Sisältöohjaus ja sen keskittäminen kansalliselle tai YTA-tasolle keskittämisasiäsetuksella (tai muilla sitovilla keinoilla) onkin yksi potentiaalinen keino ohjattaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita kohti laadultaan ja kustannusvaikuttavuudeltaan optimaalista tuotantorakennetta.

## 5.5.2 YTA-alueiden kehittäminen sisältöohjauksen näkökulmasta olisi luontevaa

YTA-alueet ovat potentiaalisesti tärkeä ja Suomen järjestelmässä kooltaan luonnollinen terveydenhuollon sisältöohjauksen taso. Nykyinen lainsäädäntörakenne ei kuitenkaan mahdollista tämän potentiaalın täysimääräistä hyödyntämistä. YTA-alueiden roolia tulisikin pitkäjänteisesti vahvistaa, tarvittaessa myös lainsäädännöllä.

YTA-alueilla on lähtökohtaisesti riittävä osaaminen sisältöohjaukseen, mahdollisuudet sosiaalisesti uskottavan ohjauksen toteuttamiseen ja ainakin periaatteessa intressi optimoida koko hoitoketjun toiminta ja työnjako mahdollisimman kustannusvaikuttavaksi YTA-alueen sisällä. Yksittäisillä hyvinvointialueilla ei ole näitä mahdollisuuksia.

YTA-alueet olisivat kokonsa ja muiden ominaisuuksiensa puolesta hyvinvointialuetta parempi taso terveyspalveluiden myös järjestäjäksi. Koska näin ei ole haluttu, on perusteltua pyrkiä tukemaan hyvinvointialuetason järjestämisvastuuta kansallisen ja YTA-tason sisältöohjauksella.

YTA-alueiden sisältöohjauksen roolin vahvistamista voidaan lähestyä ainakin kolmesta näkökulmasta:

1. YTA-alueiden aktiivista roolia kansallisen sisältöohjauksen laatimisessa (yksi tai useampi YTA-alue kansallisen tason toimijana)
2. YTA-alueiden keskinäisen työnjaon ja koordinaatiovastuun tiivistämistä (YTA-toimijat yhdessä ja näiden keskinäisen yhteistyön edistäminen)
3. Kansalliselta tasolta tulevan sisältöohjauksen kanavoimista YTA-alueiden kautta hyvinvointialueille (YTA-toimijat ohjauksen soveltajina)

## YTA-alueiden aktiivinen rooli kansallisessa sisältöohjauksen laatisessa

YTA-tason potentiaalia on käsitelty luvussa 3 jossa on eroteltu menetelmä- ja sisältöosaamista ja muita uskottavan ohjauksen toteuttamisen edellytyksiä. Käytännössä Suomen kokoisessa maassa terveydenhuollon sisällön osaajat ovat palvelujärjestelmässä, eikä sisältöosaamista voi keskittää tai ylläpitää kansallisten virastojen tai tutkimuslaitosten sisälle.

YTA-tason aktiivinen rooli kansallisen sisältöohjauksen kehittämisessä tarkoittaa, että YTA-tason toimijat määritetään keskeisiksi osallistujiksi kansallisen sisältöohjauksen kehittämiseen. Esimerkiksi YTA-tasolta edellytettäisiin sisältöohjauksen osaajia ja näiden työpanosta kansallisen tason ohjauksen valmisteluun. Käytännössä tavoitteena on tällöin joko keskittää osaaminen yhdelle YTA-alueelle, tai muodostaa viiden toimijan verkostoja joiden yhteisen asiantuntemuksen mukaisesti sisältöohjausta laaditaan.

Käytännössä tämä toteutuisi esim. niin, että YTA-tasolla määritetään erilaisiin ohjaustehtäviin vastuutahoja, jotka osallistuvat kansalliseen sisältöohjaukseen. Käytännössä siis sisältöohjausta rakennettaisiin selkeästi viiden YTA-alueen edustajien muodostamien verkostojen avulla. Näin on toki käytännössä toimittukin monessa asiassa (esim. syöpäkeskus ja muita keskittämisesetuksissa mainittuja toimintoja) mutta rakenteen virallistaminen selkeyttäisi osaltaan sisältöohjauksen ja järjestämisvastuun piiriin kuuluvan ohjauksen suhdetta.

## YTA-alueiden keskinäisen työnjaon ja koordinaatiovastaun parantaminen

Toinen tapa vahvistaa YTA-alueiden roolia kansallisessa sisältöohjauksessa on edellyttää YTA-alueiden toteuttavan yhdessä yhä enemmän sisältöohjauksen tehtäviä. Esimerkki tämänkaltaisesta toiminnasta on FinCCHTA ja YTA-alueittaisten arviointiyli-lääkäreiden verkosto.

Yhteistyötä edistettäessä on huomioitava, että YTA-alueiden keskinäiseen työnjakoon pätevät samat insentiiviongelmät kuin YTA-alueiden sisäiseenkin työnjakoon. Vapaaehtoinen tehtävien keskittäminen vain yhdelle YTA-alueelle on lähtökohtaisesti epätoiminnaköistä. Tästä näkökulmasta tavalla tai toisella viidelle YTA-alueelle (nykylainsäädännön mukaan käytännössä viidelle yliopistosairaala ylläpitävälle hyvinvointialueelle / HUS-yhtymälle) yhteisvastuullisesti määriteltävät tehtävät olisivat potentiaalisesti lupaava ratkaisu terveydenhuollon sisältöohjauksessa.

YTA-alueita käytettäessä lienee tarpeen rakentaa kansallinen ohjausmekanismi, jolla oikeat tehtävät keskitetään ja keskitetty toiminta rahoitetaan. Tulisi harkita mallia, jossa asetusten myötä keskitettävään sisältöohjaukseen liittyvät kustannukset rahoitettaisiin suoraan valtion erillisrahoituksella. Tämä selkeyttäisi periaatetta, että sisältöohjaus ei ole alueelliseen järjestämisvastuuseen tai aluedemokratian alaan kuuluva asia, ja antaisi valtiolle selkeän oikeutuksen sisältöohjauksen koordinointiin ja ohjaukseen.

Teoriassa voisi harkita esimerkiksi tapaa, jossa valtio linjaa yhdelle tai useammalle alueelle keskitettävät toiminnot, ja varaa tähän selkeän valtionavustusrahoituksen. YTA-alueet joutuisivat keskenään sopimaan kuka ko. tehtävät toteuttaa, tai tekemään kansallisen tehtävän toteuttamisesta valtionhallinnolle ”tarjouksen”. Tavoitteena olisi hyvinvointialueiden keskinäinen kilpailu siitä, kuka kykenee tehokkaimmin ja laadukkaimmin tuottamaan kansallisia sisältöohjauksen palveluita.

Selkeä valtion rahoittama ja asetuksella normittava sisältöohjauksen mekanismi avaisi uuden mahdollisuuden lisätä joustavasti palvelujärjestelmän kokonaisuuden tarpeellisia sisältöohjauksen tehtäviä ilman, että valtionhallintoon tarvitsee perustaa vaikeasti ylläpidettäviä sisältöosaamista edellyttäviä toimintoja.

## Ohjauksen kanavointi YTA-tason kautta hyvinvointialueille

YTA-alueiden sisäiset työnjakoasiat ovat usein järjestämisen ja sisältöohjauksen yhdistelmiä. Työnjakokysymys on selkeästi järjestämisvastuuseen liittyvä esimerkiksi tilanteissa, joissa yksittäinen hyvinvointialue kyllä kykenisi laadukkaasti järjestämään tietyt palvelut, mutta se ei ole kokonaistaloudellisesti järkevää. Osa työnjakokysymyksistä taas on selkeästi sisältöohjauskysymyksiä esimerkiksi silloin, jos hyvinvointialueella ei ole riittävästi osaamista tai toimintavolyymiä tietyn hoidon turvalliseen ja laadukkaaseen antamiseen.

Hyvinvointialueiden työnjaon kysymykset ovat perinteisesti kysymyksiä, joissa hyvinvointialueiden intressit ovat ristiriidassa. Hyvinvointialueilla on pääsääntöisesti intressi maksimoida oman alueensa piirissä tehtävä palvelutuotanto, eikä siis keskittää toimintaa yhteen keskukseseen. Näin ollen on epätodennäköistä, että YTA-sopimus tai muut vapaaehtoiset instrumentit riittävät palveluiden tehokkuuden lisäämisessä YTA-tasoisesta keskittämisen kautta.

Sen sijaan terveydenhuollon sisältöohjauksen osalta lähtökohta on helpompi. YTA-alueen hyvinvointialueilla on pääosin yhteinen intressi määrittää hoitojen sisältö, laatu ja saatavuus yhdenmukaisesti. Myös yhteistyö koulutus- ja tutkimusasioissa on

yleensä YTA-tasolla selkeää. Sisältöohjaus YTA-yhteistyönä on nimenomaan asiantuntijatasolla toimivaa kehittämistä. Vapaaehtoisella sopimisella on siis periaatteessa mahdollisuuksia saada tuloksia nimenomaan sisällön ohjauksen osalta. YTA-alueen kaikkien hyvinvointialueen yhteistyönä laaditun sisältöohjauksen sosiaalinen hyväksyttävyyden lisäksi hyvä, mikä helpottaa sisältöohjauksen toimeenpanoa ja noudattamista yksittäisten ammattilaisten tasolla.

### 5.5.3 YTA-alueet: johtopäätökset

YTA-alueiden potentiaali on Suomen kokoisessa maassa merkittävä, ja viiden alueen malli monesta syystä hyvin luonteva. Järjestämisvastuun säilyessä hyvinvointialueella voidaan YTA-tasosta saada hyötyjä ja tukea hyvinvointialueille, erityisesti keskittämällä sisältöohjauksen tehtäviä YTA-alueille.

ERVA-yhteistyö ja -sopiminen on osoittanut, että palvelutuotannosta tai järjestämisestä puhuttaessa kustannustehokkaan työnjaon saavuttaminen ei vapaaehtoisesti ole helppoa, vaan edellyttää yleensä sitovaa ohjausta. Keskittämisasikeksi toisaalta on osoittautunut melko toimivaksi esimerkiksi sisältöohjauksen keskittämisestä.

YTA-tason merkitystä sisältöohjauksessa voidaan lisätä monella tavalla: osallistamalla YTA-tasolla kansallisen sisältöohjauksen laatimiseen, laatimalla kansallista ohjausta YTA-yhteisvastuullisesti, tai toimeenpanemalla kansallista sisältöohjausta kunkin YTA-alueen kautta soveltaen. Olisi tärkeää selvittää mahdollisuudet rahoittaa korvamerkitseä YTA-alueille keskitettäviä sisältöohjauksen tehtäviä. Tämä helpottaisi YTA-tasojen palvelutehtävien toteuttamista ja antaisi samalla valtiolle suoran roolin sisältöohjauksen ohjaamisessa.

## 6 Hyvinvointialueet sisältöohjauksen toteuttajina

Julkisen terveydenhuollon palveluiden sisältöä ohjataan ja valvotaan hyvinvointialueiden rakenteiden kautta. Sote-uudistuksessa päähuomio on kiinnitetty järjestämisen rakenteiden kehittämiseen. Sisällön ohjauksen rakenteiden uudistaminen kokonaisuuteen sopivalla tavalla on kuitenkin tärkeää.

Sote - uudistuksen tavoitteissa korostuu erilaisten palveluiden integroituminen kansalaisten kannalta toimiviksi, yhdenvertaisiksi ja kustannusvaikuttaviksi palvelukokonaisuuksiksi. Palveluiden järjestämisen rakenteiden tarkoituksena on mahdollistaa palveluiden toiminnallinen integraatio. On kuitenkin terveydenhuollon sisältöohjauksen puolelle kallistuva kysymys, minkä sisältöisten palveluiden tulisi integroitua kokonaisuudeksi, jotta palvelukokonaisuus täyttäisi ihmisten tarpeet ja toteuttaisi perusoikeuksia mahdollisimman hyvin. Lisäksi suuri osa terveydenhuollon kustannuksista syntyy jatkossakin sisältöpäätöksistä. Parhaimman ja huonoimman mahdollisen järjestämismallin kustannusero on usein suhteellisen pieni verrattuna erilaisten hoitomuotojen kustannuseroihin.

Terveyden- ja sairaanhoidon sisältöohjaus on hyvinvointialueen tasolla viime kädessä päätöksentekoa, jossa tieteellistä tietoa sovelletaan yksittäisten ihmisten perusoikeuksien toteuttamiseksi. Ammattihenkilö- ja potilaslainsäädännön alaisena toimintana se muodostaa selkeän rajan hyvinvointialueiden poliittisen päätöksenteon piiriin kuuluville asioille. Hoitokäytännöt eivät ole vaaleissa päätettäviä asioita eikä ihmisten oikeus hoitoon vaihtelee asuinpaikan mukaan, joten sisältöohjauksen tavoitteena tulee olla yhdenvertaiset palvelut kaikille asuinpaikasta riippumatta.

Hyvinvointialueiden organisaatorakenteet ja johtamisprosessit vaihtelevat tarpeettoman paljon. Tämä vaikeuttaa huomattavasti hyvinvointialueiden kansallista ohjausta. Yhtenäisiä vastinpareja tai ohjauslinjoja kansalliselle sisältöohjaukselle ei hyvinvointialueilta löydy. Jotta yhdenvertaisuus terveyspalveluiden sisällöissä voisi toteutua, tarvitaan eheä sisältöohjauksen ketju kaikille hyvinvointialueille. Käytännössä onnistuminen edellyttäisi tilanteen, jossa hyvinvointialueilla on riittävän samalla tavalla määritetyt viranomaisvastuutahot ja ohjausketjut keskeisille sisältöohjauksen alueille. Kansallinen sisältöohjaus helpottuisi huomattavasti, jos hyvinvointialueiden sisäiset ohjausrakenteet olisivat yhdenmukaisia. Tästä ollaan kuitenkin kaukana, koska hyvinvointialueiden organisaatorakenteiden on katsottu kuuluvan alueellisen päätöksenteon piiriin.

Koska sisältöohjaus ei kuulu hyvinvointialueiden poliittiseen päätösvaltaan, sitä ei pitäisi lainkaan kohdistaa poliittisille päättäjille (valtuustot ja hallitukset). Kaiken sisältöohjauksen kohdentaminen hyvinvointialueen johtajan kautta on sekin käytännössä mahdotonta. Sisältöohjauksen tulisi kohdistua sellaisiin viranhaltijoihin, joilla on sekä juridinen että tosiasiallinen mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuollon sisältöä koskeviin päätöksiin – viime kädessä siis yksittäisten ammattilaisten hoitopäätöksiin.

Terveydenhuollon substanssilainsäädännössä on määritelty laaja joukko erilaisia sisältöohjaukseen liittyviä viranhaltijoita ja tehtäviä, jotka hyvinvointialueilla on oltava. Hyvinvointialueiden autonomia ei siis estä sisältöohjaukseen liittyvien vastuiden lakisääteistä määrittelyä kansallisesti yhdenmukaisella tavalla. Hyvinvointialueiden sisältöohjauksessa tarvittavien vastuuhenkilöiden tehtävät ja vastuut tulisikin käydä läpi, ja määrittää hyvinvointialueille kattava sisältöohjauksesta vastaavien viranomaisten rakenne. Yhdenmukaiset vastuut ja rakenteet helpottaisivat huomattavasti hyvinvointialueiden palveluiden sisällön kansallista ohjausta.

Toinen keskeinen hyöty yhdenmukaisesti kansallisessa lainsäädännössä määritelystä sisältöohjauksen viranhaltijoiden tehtävistä ja toimivalloista olisi, että samalla syntyisi automaattisesti vahva ja potentiaalisesti merkittävä kansallinen yhteistyörakenne ja verkosto erilaisten sisältöteemojen ohjauksen tueksi: kunkin HV-alueen kustakin palvelukokonaisuudesta vähintään sisällöllisesti vastaavat viranhaltijat. Näin muodostuisi siis noin 20 viranhaltijasta koostuvia ryhmiä eli Suomen kokoiseen maahan luonteva yhteiskehittämisen rakenne, jonka avulla terveydenhuollon sisältöä voitaisiin kansallisesti, tehokkaasti ja yhdenvertaisesti ohjata.

## 6.1 Sisältöohjauksen nykytila hyvinvointialueilla

Hyvinvointialueet ovat ratkaiseva taso julkisen terveydenhuollon sisältöohjauksen toteuttamisessa. Kansallinen sisältöohjaus ei vaikuta, ellei sitä noudateta yksittäisten ammattilaisten tasolle asti. Vaikka osa sisältöohjauksesta kulkee suoraan kansalliselta tasolta yksittäisille ammattilaisille (esim. Käypä hoito – suositusten muodossa), ovat palveluita järjestävät ja tuottavat organisaatiot monella tavalla tärkeitä sisältöohjauksen toteutumisessa.

Ensinnäkin organisaatiot voivat tukea, kannustaa ja mahdollistaa sisällöltään asianmukaisen ja laadukkaan terveydenhuollon toteuttamista monin eri tavoin. Kuten edellä on kuvattu, sisältöohjauksen sosiaalinen hyväksyttävyyys on tärkeää, jotta yksittäisen

ammattilaiset noudattavat sitä. Koko organisaatio muodostaa ne rakenteet, joiden piirissä hyvä hoito voi toteutua.

Toisaalta organisaatioiden velvollisuutena on valvoa, että kaikki sen vastuulle kuuluvat palvelut ovat sisällöltään asianmukaisia. Ajankohtaisten hoitokäytäntöjen ja sisältöohjauksen noudattamista ei voi jättää puhtaasti yksittäisten ammattilaisten vastuulle. Valvonta ei ole teknisesti yksinkertaista, koska yksilötason hoitopäätösten sisällön asianmukaisuutta on käytännössä mahdoton kattavasti seurata. Järjestämisen ja sisältöohjauksen rakenteista ja prosesseista pitää siis muodostua toimiva ja tasapainoinen kokonaisuus.

Olisi tärkeää, että hyvinvointialueet osallistuvat kansallisen sisältöohjauksen määrittämiseen, kuten edellä on kuvattu.

Hyvinvointialueiden haasteita sisältöohjauksen toimeenpanossa voidaan tarkastella kahdelta tasolta:

- Saadaanko kansallinen sisältöohjaus toteutumaan yhdenmukaisesti kaikilla hyvinvointialueilla
- Miten kukin hyvinvointialue saa toteutettua sisältöohjauksensa alueellaan

Jotta kansallisesti yhtäläinen sisältöohjaus onnistuisi, tarvittaisiin

- Hyvinvointialuekohtaisia, kansallisen sisältöohjauksen vastaanottajia
- Hyvinvointialuekohtaisia, toimivia sisältöohjauksen linjoja

Sisältöohjauksen haasteita hyvinvointialueiden johtamisen tasolla voidaan tarkastella ainakin

- Organisaatorakenteiden osalta
- Sisältöohjauksen tehtävien osalta ja suhteessa järjestämisen johtamiseen tehtäviin
- Johtamisprosessien ja tosiasiallisten sisältöohjauksen mahdollisuuksien osalta



## 6.1.1 Sisältöohjauksen rakenteet ja vastuut vaihtelevat hyvinvointialuekohtaisesti

Hyvinvointialueiden hallintosäntö- ja organisaatorakenteiden valmistelun on katsottu kuuluvan hyvinvointialueiden poliittisen päätöksenteon piiriin, eikä näistä ole juuri säädetty. Tästä on seurannut kansallista ohjausta hankaloittava tilanne, jossa hyvinvointialueet eroavat toisistaan monin eri tavoin:

- Linja- ja matriisiorganisaatioita on hyvin erilaisia.
- Linjaorganisaatioiden sosiaali- ja terveystoimintoja on koottu erilaisiksi kokonaisuuksiksi
- Poliittisen päätöksenteon ja virkamiespäätöksenteon roolit ja vastuut vaihtelevat.
- Hallintosäntöihin kirjatut tehtävät ja vastuut vaihtelevat
- Samaltakin vaikuttavien tehtävien tosiasialliset toteutumismahdollisuudet vaihtelevat merkittävästi monista eri syistä
- Sisältöohjaukseen liittyvät vastuut ja tehtävät on määritetty hyvin vaihtelevasti, samoin kuin sisältö- ja järjestämisen johtamisen suhteet

Kansallisen sisältöohjauksen kannalta vaihtelevista organisaatorakenteista ja eri tavoilla kirjatusta vastuusta muodostuu ongelma, koska yhtenevästi määritettyjä sisältöohjauksesta vastaavia viranhaltijoita ei löydy ohjauksen vastaanottajiksi. Vaikka samankaltaisia titteleitä tai tehtäväkuvia löytyykin, on näiden takana hyvin erilaisia toimivaltoja ja käytännön mahdollisuuksia viedä ohjausta eteenpäin.

Sisältöjohtamisen osalta vaihtelu näkyy esimerkiksi siinä, että terveydenhuoltolain 57§ mukaisen terveyden- ja sairaanhoidosta vastaavan lääkärin tehtävät, vastuut ja sijainti organisaatioissa on määritelty eri alueilla hyvin eri tavoin <sup>41</sup>. Useilla alueilla on otettu käyttöön malli, jossa on rinnakkain kolme sisältöohjauksesta vastaavaa viranhaltijaa (terveydenhuolto, sosiaalihuolto ja hoitotyö) mutta näidenkin roolien tehtävät vaihtelevat voimakkaasti.

Toinen esimerkki: "vanhuspalveluista vastaava johtaja" voi olla vanhuspalveluiden linjaorganisaation tulosvastuullinen johtaja, jolla on sosiaali- tai terveysalan koulutus, tai järjestämistoimialalla matriisiroolissa oleva henkilö ilman yhtään alaista, tulosvastuuta tai sote-alan koulutusta. Budjettivastuullisenkin vanhuspalveluiden johtajan vastuulle

<sup>41</sup> Vastaavan lääkäri asemaan liittyen on vireillä myös aluevalitus, joka koskee Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen hallintosäntöjen hyväksymistä ja sitä, onko vastaavalla lääkärillä tosiasiallisia mahdollisuuksia toteuttaa lakisääteisiä tehtäviään.  
<https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/vastaavan-laakarin-asema-etenee-oikeuteen/>

kuuluva kokonaisuus voi olla hyvin vaihteleva. Näiden henkilöiden tosiasialliset vaikutusmahdollisuudet ja ohjaukseen omaan toimialaansa ovat hyvin erilaisia.

Ainut yhteinen viranhaltijarakenne hyvinvointialueilla on hyvinvointialueen johtaja. Järjestämisen ohjaukseen voidaan yrittää toteuttaa hyvinvointialueiden linjaorganisaation kautta niin, että valtionhallinnon ohjaus kohdennetaan vain alueen johtajaan. Tällöin johtajan tehtäväksi jää ohjauksen välittäminen eteenpäin sekä sen yhdistäminen aluepoliittisen päätöksenteon kanssa. Tämä kunnioittaa hyvinvointialueen autonomiaa palveluiden järjestämisessä. Toisaalta tämä asettaa johtajan käytännössä mahdottoman tehtävän eteen, koska pelkästään järjestämiseen liittyvien asioiden määrä suuri. Lisäksi poliittinen päätöksenteko rajoittaa johtajan mahdollisuuksia toteuttaa valtion tasolta tulevaa ohjausta käytännössä, koska aluehallitus ja -valtuusto viime kädessä johtavat hyvinvointialuetta.

Terveydenhuollon sisällön ohjauksen toteuttaminen hyvinvointialueen johtajan kautta sen sijaan on paitsi käytännössä, myös juridisesti mahdotonta. Käytännössä siksi, että sote-kentän sisältöohjaus on niin monimutkainen ja laaja kokonaisuus, että sitä ei voi kanavoida yhden viranhaltijan kautta. Juridisesti siksi, että lainsäädäntö rajoittaa hyvinvointialueen johtajan mahdollisuuksia vastata sisältöohjauksesta. Konkreettisesti: mikäli johtaja ei ole terveydenhuollon ammattihenkilö, hänellä ei voi olla juridista oikeutta perehtyä potilasasiakirjoihin tai sosiaalihuollon asiakastietoihin eikä mahdollisuutta arvioida ammattilaisten työtä tai asiakkaiden saamia palveluita sisältöohjaukseen kuuluvissa asioissa. Hyvinvointialueen johtaja ei siis voi toimia sisältöohjauksen vastaanottajana ja toimeenpanijana hyvinvointialueella.

Hyvinvointialueilla ei tällä hetkellä ole riittävän yhdenmukaisia sisältöohjauksesta vastaavia toimijoita tai organisaatorakenteita, jotta kansallinen sisältöohjaus olisi tehokkaasti ja yhdenmukaisesti toteutettavissa. Sisältöohjauksen vastaanoton ja toteutuksen vastuita ja rakenteita tulisi hyvinvointialuekohtaisesti selkeyttää ja yhdenmukaistaa.

## 6.1.2 Sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen tasapainottamisen tarve ei ole uusi asia

Järjestämisen ohjauksen ja sisältöohjauksen tasapainottamisen tarve ja potentiaaliset konfliktit eivät ole mitenkään uusi tai Suomeen rajoittuva asia. Uutta Suomessa on lähinnä ”järjestämiseen” liitetty terminologia. Aiemmin samankaltaista keskustelua on käyty mm. ”yleisjohdon” ja ”professiojohdon” terminologialla.

Tässä selvitystyössä on pyritty hahmottelemaan niitä uusia mahdollisuuksia, joita hyvinvointialuerakenne voisi parhaimmillaan tuoda tämän sosiaali- ja terveydenhuoltoon sisäänrakennetun johtamishaasteen ratkaisemiseksi. Sisältöohjausta voidaankin tarkastella myös yleisestä sote-palveluiden johtamisprosessien näkökulmasta viittamatta organisaatorakenteisiin tai lainsäädäntöön lainkaan. Nämä sisältöohjauksen yleiset haasteet ovat paljolti ymmärrettävissä 3 luvun käsitteiden kautta: tiedollinen asymmetria, toiminnan sosiaalinen hyväksyttävyyden ja erilaisiin arvomaailmoihin liittyvä päämäärien vaihtelu.

Esimerkiksi: koska yleisjohto ei osaa – eikä yleensä saa – ohjata terveydenhuollon sisältöä, se ei myöskään kykene erottamaan toisistaan potilaiden tai asiakkaiden, organisaation tai eri professioiden oman edun ajamista. Tämä ero on vaikeaa monesta syystä myös eri professioiden jäsenille itselleenkin<sup>42</sup>.

Organisaation, asiakkaiden ja ammattilaisten etujen ristiriitaa yritetään yleensä minimoida kahdella tavalla:

- sitomalla terveydenhuollon sisältöohjauksesta vastaavien ammattilaisten intressit (taloudelliset, sosiaaliset, psykologiset, moraaliset) yhdensuuntaisiksi potilaiden ja organisaation intressien kanssa.
- erilaisilla näyttöön perustuvan lääketieteen, tiedolla johtamisen ja vaikuttavuuden seurannan välineillä, joiden avulla pyritään tekemään sisältöohjauksen perusteet toiminnan sisältö läpinäkyviksi myös muille ammattiryhmille.

Yksinkertaistettuna voi sanoa, että onnistuneen sisältöohjauksen järjestelmän yhtenä tavoitteena on tasapainottaa terveydenhuollon organisaation ja sen asiakkaiden edut. Erityisesti julkisella sektorilla pelkästään organisaation etujen ajaminen voi johtaa asiakkaat vaikeuksiin. Yksinkertaistettuna: helpoin tapa hyvinvointialueelle pysyä kapi-taatioperusteisessa budjetissa on jättää asioita tekemättä.

Sisältöohjauksen osalta on keskeistä ymmärtää myös ns. epävirallisen organisaation merkitys; se selittää osaltaan sisältöohjauksen sosiaalisen hyväksyttävyyden tärkeyttä. Johdon – koskien sekä sisällön että järjestämisen johtoa – mahdollisuudet ohjata suoraan yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa ovat käytännössä aina rajalliset. Mikäli sisältöohjaus ei toteudu virallisen organisaatorakenteen kautta, muodostuu terveydenhuollon organisaatioihin helposti ns. epävirallinen organisaatio, jonka kautta sisältöohjaus toteutuu. Ammattilaiset hakevat sisältöohjauksen sieltä,

<sup>42</sup> Järvinen T, Valtonen J ym. Hoitosuosituksien, systemaattisten vinoumien ja luottamuslääkäreihin. Duodecim 2021;137(19):2005-2012 <https://www.duodecimlehti.fi/duo16450>

missä katsovat uskottavimman auktoriteetin olevan. Ammatilaisen esimieheksi voidaan palkata täysin toisen koulutuksen omaava henkilö, mutta ammatilainen tuskin ottaa vastaan sisältöohjausta tältä esimieheltään. Mitä monimutkaisempi organisaatio ja epäselvemmat toimivallat, sitä suurempi on riski epävirallisille – käytännössä yleensäprofessiopohjaisille - organisaatorakenteille.

Yksi tämän työn johtopäätöksistä on, että virallisten, selkeiden ja hyvinvointialueittain yhdenmukaisten sisältöohjauksen rakenteiden määrittäminen olisi hyödyllistä myös sisältöjohtamisen läpinäkyvyyden kannalta. Joka tapauksessa syntyvien epävirallisten sisältöohjauksen rakenteiden tekeminen virallisiksi todennäköisesti mahdollistaisi kansallisen ohjauksen tehokkaammin, kuin tilanne, jossa sisältöohjaus perustuu epävirallisiin organisaatorakenteisiin.

## 6.2 Hyvinvointialueitasoisen terveydenhuollon sisältöohjauksen lainsäädännöllinen tausta ja merkitys

### 6.2.1 Terveyden- ja sairaanhoidon johtaminen (terveydenhuoltolaki 57§) sisältöohjauksen prototyypinä

Nykyisen lainsäädännön määritelmä kokonaisuudelle, joka on lähimpänä tässä työssä käytettyä ”terveydenhuollon sisältöohjaus” termiä, lienee terveydenhuoltolain 57§ mukainen ”Vastuu terveyden- ja sairaanhoidosta”. Tehtävästä käytetään termiä ”terveyden- ja sairaanhoidon johtaminen ja valvonta”.

Terveydenhuoltolain 57§:ää voidaan käyttää kuvaamaan sisältöohjauksen merkitystä ja tavoitteita perusoikeuksien näkökulmasta, mutta myös esimerkkinä sisältöohjauksen määrittämisen ja käytännön toteuttamisen haasteista.

57§ Vastuu toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta

Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa.

Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Vastaavan kaltaiset pykälät koskevat vastaavan hammaslääkärin roolia. Lisäksi yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/1990) 5 §:ssä edellytetään, että palvelun tuottajalla on terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

Käytännössä vastaavan lääkärin rooli on varsin vanhaa lainsäädäntöä. Kuten terveydenhuoltolain perusteluissa todetaan, nykymuotoinen säännös vastaa sisällöltään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säädöksiä. Näiden sisältöä ohjaavien säädösten merkityksen pohtiminen ja vahvistaminen on ajankohtaista nyt, kun rakenteita ja integraatiota ohjaavat säädökset on saatu voimaan.

Terveydenhuoltolakia koskevassa hallituksen esityksessä (HE 90/2010 vp.) on 57§:ää perusteltu seuraavasti.

Pykälän 1 momentin mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä olisi oltava vastaava lääkäri. Säännös vastaa sisällöltään nykyisiä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säädöksiä. Terveydenhuollon toimintayksikössä vastaava lääkäri johtaisi ja valvoisi toimintaa.

Vastaavan lääkärin määrittelyssä on kyse siitä, että organisaatiossa olisi huolehdittava lääketieteellisten perusteiden ja väestön erilaisten sairaanhoidollisten tarpeiden yhteensovittamisesta palvelujen tuotannossa. Kyse on resurssien allokoinnista ja kokonaisuuden vastuunkantamisesta. Vastaavan lääkärin olisi esimerkiksi kannettava vastuu siitä, että sairaanhoitopiirissä silmätautien ja synnytysten tai kardiologian ja gastrokirurgian järjestämisessä perusteena on vain väestön tarpeet eikä organisaationosien tai yksilöiden omat intressit. Sen lisäksi vastaava lääkäri vastaisi myös jokaisen organisaatiossa hoidetun potilaan hoitoperusteiden asianmukaisuudesta ja hoidon tasojen oikeasta valinnasta. Näistä asioista ei voi vastata minkään muun koulutuksen saanut johtaja, joka sen sijaan voi hyvin hallinnollisesti johtaa organisaatiota, niin kuin monessa tapauksessa tapahtuukin.

Jokainen ammattihenkilö vastaa oman ammattipätevyytensä perusteella yksilön hoidosta ja silloinkin lääkäri vastaa aina yksilön sairaudenhoidon kokonaisuudesta ja viime kädessä vastaava lääkäri linjausten mukaisista hoitopäätöksistä.

Pykälän 2 momentin mukaan vastaava lääkäri myös päättäisi potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Vastaava lääkäri voisi myös antaa ohjeet, joiden mukaan toimintayksikön sisäisen työnjaon mukaan myös muu lääkäri tai laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voisivat päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta tai lopettamisesta taikka potilaan siirtämisestä.

Terveydenhuoltolain 57§ sisällön ja perustelujen päivittäminen lienee perusteltua monesta syystä. Ensinnäkin terminologia ei vastaa nykyistä sote-palveluiden terminologiaa mm. ”järjestämisen” korostamisen osalta. Toisekseen sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita – kustannusvaikuttavuutta, yhdenvertaisuutta ja palveluiden integraatiota - ei ole huomioitu pykälässä kunnolla, vaikka nimenomaan sisältöohjauksella voitaisiin edistää näitä tavoitteita. Kolmanneksi erottelua aluepoliittisen päätöksenteon ja sisältöohjauksen välillä ei kuvata. Sosiaalihuollon vastuuviranomaisten roolit kannattaisi todennäköisesti selkeyttää samalla.

Pykälän mukainen tehtävä ”johtaa ja valvoo” lienee koettu hyvinvointialueilla varsin tulkinnanvaraiseksi, koska vastaavan lääkärin roolit ja tehtävät on voitu määrittää niin eri tavoilla. Keskustelu vastaavan lääkärin ja ns. yleisjohdon päätösvallasta ei sinänsä ole uutta, eikä asia ole yksinkertainen <sup>43</sup>. Kuten terveydenhuoltolakia koskevassa hallituksen esityksessä (HE 90/2010 vp.) todetaan, ei terveyden- ja sairaanhoidon johtaminen ja valvonta edellytä linjaorganisaation johtamisvaltaa.

Käytännössä terveyden- ja sairaanhoidon sisältöjohtaminen ei edellytä myöskään suoranaista direktio-oikeutta yksittäisiin terveydenhuollon ammattihenkilöihin. Terveyden- ja sairaanhoidon johtaminen ja valvonta on sisältöjohtamista, jonka asianmukainen hoitaminen edellyttää riittävän asiantuntemuksen lisäksi kykyä saada tietoa organisaation toiminnasta (raportointiverkosto), kykyä prosessoida saatua tietoa (resurssit, esim. hoidon vaikuttavuuden arviointi) ja kykyä ohjeistaa sanottua toimintaa. Ilmaisuihin ”ohjaa ja valvoo” kuvaisi kenties paremmin sitä, mistä sisältöohjauksessa tosiasiaa on kyse.

---

<sup>43</sup> Kts. esim EOA 18.6.2013, dnro 1227/2012 esimerkkinä päätöksestä, joka olisi kuulunut vastaavalle lääkärille.

## 6.2.2 Sisällöstä vastaavat viranhaltijat yksilön perusoikeuksien turvaajana

Sisältöohjauksesta vastaavan viranhaltijan tehtävät hahmottuvat parhaiten, kun mietitään miksi kyseinen rooli on olemassa ja tarpeen. Sisältöohjauksen merkitystä tiedollisen, sosiaalisen ja eettisen uskottavuuteen perustuvana järjestelmänä on aiemmin kuvattu. Näitä täydentävä tarkastelutapa on tarkastella vastaavan lääkärin tehtäviä yksittäisten potilaiden ja asiakkaiden perusoikeuksien toteutumisesta käsin. Vastaavan lääkärin tehtävien merkitystä voidaan lähestyä toisaalta perustuslain riittäviä palveluita ja yhdenvertaisuutta käsittelevien määräysten kautta, toisaalta potilas- ja ammatinharjoittajalain hoidon sisällön asianmukaisuutta käsittelevien määräysten kautta.

Julkisen terveydenhuollon on perustuslain (PL 19 §) mukaan ”turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut”. Toisaalta ihmisiä ei saa yhdenvertaisuuden vuoksi asettaa asuinpaikkansa perusteella erilaiseen asemaan terveyspalveluiden suhteen. Tämän terveyspalveluiden ”riittävyden” määrällinen ja laadullinen turvaaminen yhdenvertaisella tavalla on viime kädessä vastaavan lääkärin vastuulla. Aiheesta on paljon substanssilainsäädäntöä ja oikeuskäytäntöä, jotka täsmentävät riittävien terveyspalveluiden sisältöä.

Toisaalta vastaavan lääkärin rooli liittyy myös terveydenhuollon ammattilaisten ammatilliseen autonomiaan. Lainsäädännön tulkinnoissa on todettu, ettei yksittäisen potilaan oikeutta tarpeenmukaiseen hoitoon saa ohittaa organisaation hallinnollisilla määräyksillä. Sisältöohjauksesta vastaavan viranhaltijalinjan on kuitenkin kyettävä arvioimaan yksilötasolla annetun hoidon asianmukaisuutta.

Vastaavan lääkärin (tai muiden sisältöohjauksesta vastaavien viranhaltijoiden) tehtävänä on siis kuvainnollisesti toimia järjestämisvallan rajana niin, että kansalaisten perusoikeudet toteutuvat yhdenvertaisesti koko maassa. Samalla hänen tehtävänä on toimia myös yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten autonomian rajana niin, että yksittäiset potilaat saavat asianmukaista ja laadukasta hoitoa.

## 6.2.3 Vastaavan lääkärin rooli riittävien ja asianmukaisten palveluiden järjestämisessä

Sisällön johtaminen ja järjestämisen johtaminen ovat ääritapauksissaan selkeästi erilaisia asioita. Palveluverkoston toimintayksiköiden sijainti on järjestämisestä ja oikean lääkkeen tai tutkimuksen valinta on sisältöpäätös. Näiden rajanveto ei kuitenkaan ole

yksiselitteinen, koska monet järjestämiseen liittyvät päätökset vaikuttavat suoraan hoitojen sisältöihin. Esimerkiksi oikeita lääkkeitä ei saada käyttöön ilman toimivaa lääkkeitä jakelujärjestelmää, eikä tutkimuksia voi tehdä ilman tutkimuslaitteistoja.

Siksi, kun tässä työssä puhutaan terveydenhuollon sisällön ohjauksesta perusoikeuksien näkökulmasta, olisi kenties oikeampi ilmaisu puhua terveydenhuollon sisältöohjauksesta ja siihen suoraan liittyvistä resurssipäätöksistä. Vastaavalla lääkäriellä on siksi myös järjestämiseen liittyvä rooli. Tätä roolia riittävien palveluiden turvaamisessa voidaan tulkita myös järjestämislain mukaisen toiminnan osaksi. Vastaavan lääkärin rooli palveluiden riittävyyden ja yhdenvertaisuuden varmistamisessa voidaan siis hahmottaa tehtävänä toimeenpanna sisällöltään asianmukaisia ja riittäviä terveyspalveluita yhdenvertaisesti. Käytännössä vastaava lääkäri vastaa esimerkiksi kansallisen palveluvalikoiman sekä hoitoon pääsyn määräaikaisten toteutumisesta ja seurannasta.

Hyvinvointialueissa (mm. 95 § ja 42 §) ja sote-järjestämislaissa (8 §) on säädetty hyvinvointialueiden johtamisesta. Käytännössä näissä laeissa ei ole säädetty toimivaltaa kenellekään muulle yksittäiselle viranhaltijalle kuin hyvinvointialuejohtajalle: ”Hyvinvointialuejohtaja johtaa aluehallituksen alaisena hyvinvointialueen hallintoa, taloudenhoitoa ja muuta toimintaa”. Tästä seuraa, ettei hyvinvointialueiden terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden johtamisesta ole säädetty muuta, kuin mitä terveydenhuoltolain 57 §:ssä sekä muissa substanssilaeissa säädetään. Näin ollen olisi voinut olettaa olevan selkeää, että terveydenhuoltolain 57 § ohjaa hyvinvointialueiden terveyden- ja sairaanhoidon johtamista tai organisoitumista. Käytännössä näin ei kuitenkaan tapahtunut, vaan terveydenhuoltolain 57 §:n sisältöä on hyvinvointialueiden organisaatiomalleja rakennettaessa tulkittu hyvin eri tavoin.

Terveydenhuoltolain 57 §:n vastaavan lääkärin vaihtelevia tehtäviä hyvinvointialueiden organisaatorakenteissa voidaan pitää tärkeänä esimerkkinä siitä, että sisältöohjauksen rakenteiden ja vastuiden säätelyä tulisi tarkentaa. Mikäli halutaan, että terveydenhuollon sisältöjä voidaan tosiasiallisesti ohjata, tarvitaan riittävän yhdenmukaiset sisältöohjauksen tehtävät, vastuut ja toimivaltaiset viranhaltijat kaikille hyvinvointialueille. Tämänkaltainen rakenne tuskin syntyy ilman nykyistä yksityiskohtaisempaa säätelyä.

## 6.2.4 Vastaavan lääkärin rooli yksittäisiin hoitopäätöksiin johtavassa ohjausketjussa

Toisaalta vastaavan lääkärin (tai muun vastaavan viranhaltijan) rooli voidaan hahmottaa velvoitteeksi jalkauttaa ja valvoa yksilötasolle asti, että hoitopäätökset ja hoidot ovat asianmukaisia.



Tämä tehtävä liittyy lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), jossa on tiivistetty lääkärin ammatillinen autonomia. Sen 22 §:n mukaan lääkäri päättää lääketieteellisestä tutkimuksista, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Tämä kattaa käytännössä samat asiat kuin vastaavan lääkärin tehtävänkuva, eli ”terveyden- ja sairaanhoidon” johtaminen ja valvonta. Vastaavan lääkärin tehtävän voi siis nähdä lääkärin tehtävien ja ammatillisen autonomian kuvauksena organisaation yltäosalla.

Järjestämisvastuu ei oikeuta hyvinvointialuetta päättämään vapaasti tarjoamiensa hoitojen sisällöistä. Käytännössä kukaan muu kuin jollakin tasolla organisaatiossa vastaava lääkäri ei voi puuttua yksittäisen lääkärin tekemiin hoitopäätöksiin. Mikäli vastaava lääkäri puuttuu – ja lääketieteellisen vastuun ketju katkeaa – jouduttaisiin valtion taholta ohjaamaan yksittäisiä lääkäreitä. Tämä on yksinomaaisena ohjauskeinona riittämätön ja raskas. Hoitopäätökset tehdään aina organisaation kontekstissa.

Ammattihenkilölain 22 §:n mukainen lääkärin ammatillinen autonomia tarkoittaa varsinaisen merkityksensä mukaisesti sitä, että lääkäri tekee itse (potilaslaki huomioiden) päätöksensä koskien lääketieteellistä tutkimusta, taudinmääritystä, ja siihen liittyvää hoitoa – ja vastaa näistä päätöksistään. Päätösten tulee perustua ammattihenkilölain 15 §:n mukaisesti yleisesti hyväksytyihin ja kokemusperäisiin perusteltuihin menetelytapoihin ajantasaisen tietämyksen mukaisesti. Lääkärillä on aina mahdollisuus poiketa voimassa olevista ohjeista, jos hän pystyy oikeuttamaan päätöksensä muilla päteville perusteilla <sup>44</sup>.

Edellä mainitusta seuraa, että järjestäjän mahdollisuudet puuttua yksittäisen lääkärin tekemiin hoitopäätöksiin ovat hyvin rajatut. Myös vastaavan lääkärin puuttuminen hoitopäätöksiin on ensisijaisesti ennakoivaa ja tapahtuu ohjeistuksen kautta. Yksittäinen lääkäri voi kuitenkin konsultoida suhteessa häneen vastuuasemassa olevaa ylilääkärinä tai poikkeuksellisesti myös vastaavaa lääkärinä asianmukaisen hoitopäätöksen tekemisestä. Periaatteessa ylilääkäri tai vastaava lääkäri voi laillistettuna lääkärinä myös itse tehdä hoitopäätöksen hoitavan lääkärin puolesta. Olennaista on, että ammattihenkilölain perusteella kukaan muu ei voi tehdä näitä päätöksiä kuin lääkäri. Joissakin hoitoa koskevissa kysymyksissä ensisijainen päätösvalta kuuluu ensisijaisesti vastaavalle lääkärille (esim. potilaan sairaanhoidon aloittaminen ja lopettaminen sekä potilaan siirtäminen toiseen toimintayksikköön, terveydenhuoltolain 57 § 2 mom.)

---

<sup>44</sup> Hyvä esimerkki tällaisesta on lääkkeen määrääminen off-label eli lääkkeen määrääminen muuhun kuin valmisteyhteenvedossa määrättyyn tarkoitukseen. Off-label-määrääminen on yksittäiselle lääkärille sallittua, mutta hänen tulee perustella ja dokumentoida päätöksensä potilaskertomukseen ja se edellyttää myös lääkemääräykseen lisättävää merkintää ”Sic” (A lääkkeen määräämisestä 10 §).

ja hän voi edelleen ohjeistaa muita toimintayksikön ammattihenkilöitä toimimaan asiassa.

Tärkeää olisi siis joka tapauksessa selkeyttää vastaavan lääkärin virkavelvoitteita lainsäädännössä niin, että muodostuu selkeä ohjauslinja suoraan valtiolta yksittäisiin terveydenhuollon ammattihenkilöihin asti.

## 6.2.5 Muut sisältöohjauksen viranhaltijat ja sisältöohjauksen tehtävät nykyisessä lainsäädännössä

Terveyden- ja sairaanhoidon vastuuhenkilöä on käytetty tässä sisältöohjauksen lainsäädännön malliesimerkinä. Tämä on luontevaa, koska vastaavan lääkärin tehtävän alle on lainsäädännössä integroitu koko terveyden- ja sairaanhoidon kenttä. Tämän lisäksi terveydenhuollossa on kuitenkin olemassa useita muitakin lainsäädännön tasolla määritettyjä sisältövastuutehtäviä - samoin kuin sosiaalihuollon alalla, mitä tässä työssä ei käsitellä.

Näiden erilaisten tehtävien hahmottaminen toimivaksi kokonaisuudeksi on tärkeää, jotta sisältöohjauksen rakenteista ja vastuuhenkilöistä saadaan koherentti kokonaisuus.

Muita laissa määritettyjä terveydenhuollon alan vastuutehtäviä ovat muun muassa seuraavat.

- Tartuntatautilain (1226/2016) 9 §:n mukaan hyvinvointialueella ja HUS-yhtymällä tulee olla riittävä määrä hyvinvointialueeseen virkasuhteessa olevia tartuntataudeista vastaavia lääkäreitä sekä tartuntataudeista vastaava lääkäri, jonka tehtävänä on yhteensovittaa tartuntatautien torjuntatyö hyvinvointialueella.
- Päivystysasetuksen (8 §) mukaan päivystysyksikössä on virkasuhteinen päivystyspalveluiden kokonaisuudesta vastaava lääkäri. Hän ”johtaa päivystyspalvelujen toteutumista, huolehtii moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta sekä vastaa potilasturvallisuuden edellyttämistä hoito- ja toimintaohjeista”.
- Ensihoitoasetuksen (9 §) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, joka johtaa alueen ensihoitopalvelua ja sen toimintaa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen ja palvelutasopäätöksen mukaisesti”.

- Mielenterveyslain (11 §) mukaan päätöksen tarkkailuun otetun henkilön määräämisestä hoitoon tahdosta riippumatta tekee sairaalan psykiatrisesta hoidosta vastaava ylilääkäri.
- Lääkinnällisistä laitteista annetun lain (32 §) mukaan ammattimaisella käyttäjällä tulee olla vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, että käyttäjän toiminnassa noudatetaan laissa asetettuja vaatimuksia. Vastuuhenkilön tehtävät on tarkemmin kuvattu mainitussa lainkohdassa.
- Säteilylain (28 §) mukaan turvallisuuslupaa edellyttävällä toiminnanharjoittajalla tulee olla säteilyturvallisuusvastaava, jonka tehtävänä on ”tehtävänä on huolehtia toiminnanharjoittajan apuna säteilysuojelun toteuttamisesta”. Lainkohdassa todetaan erikseen, että ”Toiminnanharjoittajan on huolehdittava siitä, että säteilyturvallisuusvastaavalla on riittävä toimivalta hoitaa hänelle osoitetut tehtävät.”
- Lääkelain (64 §) mukaan sairaala-apteekissa ja lääkekeskuksessa tulee olla hoitaja. Sairaala-apteekkien hoitajat ovat sairaaloissa käyttäneet tavanomaisesti nimitystä sairaala-apteekkari. Sairaala-apteekin hoitajan tulee olla laillistettu proviisori ja lääkekeskuksen hoitajan laillistettu proviisori tai laillistettu farmaseutti. Sairaala-apteekin hoitajan tehtävät on tyypillisesti määritetty sairaala-apteekin toimiluvassa.

## 6.3 Hyvinvointialueiden sisältöohjauksen rakenteiden kehittäminen

Edellä on kuvattu, miksi sisältöohjauksesta vastaavien viranhaltijoiden ja tehtävien selkeä määrittely yhdenmukaisesti kaikilla hyvinvointialueilla olisi tärkeää. Käytännössä hyvinvointialueilla ei tällä hetkellä ole riittävän yhdenmukaisia sisältöohjauksesta vastaavia toimijoita tai organisaatorakenteita, jotta kansallinen sisältöohjaus olisi yhdenmukaisesti toteutettavissa.

Sisältöohjausta ei voi uskottavasti toteuttaa pelkästään hyvinvointialueen johtajan tai muun yksittäisen hyvinvointialuetasolla toimivan virkamiehen kautta. Käytännössä sisältöohjauksesta vastaavia viranhaltijoita tarvittaisiin useampia, ja näiden keskinäiset suhteet tulisi määrittää. Vastuuhenkilöiden määrittelyn pitäisi olla niin selkeää, että seuraavat käytännön ongelmat vähenisivät:

- Hallinto- ja toimintasäännöissä ei ole määritelty eri toimijoiden tehtäviä, vastuita tai toimivaltaa selkeästi, ymmärrettävästi tai tyhjentävästi.
- Monimutkaisissa matriisiratkaisuissa ei ole selvää, kuka käytännössä vastaa mistäkin, ja miten ohjausta voidaan käytännössä toteuttaa.

- Sisältöohjauksen vastuita ja valtaa on annettu rooleihin, joihin sitä ei voi teoriassa tai käytännössä kiinnittää. Esim. terveydenhuollon sisältöohjauksivastuita on kiinnitetty henkilöille, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia.
- Kehittämisen-, ohjauksen- ja valvontaresurssit ja näiden johtaminen on voitu siirtää eri viranhaltijoiden alaisuuteen kuin kenelle sisältöohjaus kuuluu, jolloin tosiasiallisia mahdollisuuksia tehtävien toteuttamiseen ei ole.

Edellä kuvatulla tavalla syntyisivät paitsi hyvinvointialuekohtaiset sisältöohjauksen rakenteet, myös samalla Suomeen uusi ja potentiaalisesti merkittävä organisaatiotaso: Hyvinvointialuekohtaiset, tietyistä sote-palveluiden sisällöistä vastaavat viranhaltijat, ja näiden muodostamat noin 20 hengen ryhmät.

Näiden verkostojen avulla olisi mahdollista tehokkaasti toteuttaa edellä luvuissa 3 ja 4 kuvattu hyvinvointialueilla sijaitsevan substanssiosaamisen valjastaminen kansallisen sisältöohjauksen määrittämistyöhön. Toisin sanoen nämä verkostot vastaisivat paitsi kansallisen ohjauksen laatimisessa tarvittavan sisältöosaamisen hankkimisesta hyvinvointialueilta, myös ohjauksen sosiaalisesta hyväksyttävyydestä ja osaltaan sen toimeenpanosta hyvinvointialueilla.

### 6.3.1 Sisältöohjauksesta vastaavien viranhaltijoiden keskinäiset suhteet

Jos eri sisältöohjauksen viranhaltijoiden tehtäviä määritellään tarkemmin, tulee vastuiden ja tehtävien lisäksi määritettäväksi viranhaltijoiden väliset suhteet. Nykyisessä lainsäädännössä ei selkeästi määritetä eri vastuuhenkilöiden välisiä suhteita.

Käytännössä nykytilanteessa, jossa toimintayksikön vastaava lääkäri vastaa kokonaisuutena toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidon johtamisesta, on hänellä oikeus ohjeistaa edellä mainittuja muita vastuuhenkilöitä siltä osin, kuin näiden tehtävät liittyvät kokonaan tai osittain toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoon.

Toisaalta koska kyse on lainsäädäntöön perustuvista tehtävistä, on myös näillä muilla vastuuhenkilöillä omaa, itsenäistä toimivaltaa. Itsenäisen toimivallan osuus korostuu niiltä osin, kun tehtävä ei suoranaisesti ole osa toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Esimerkkinä viimeksi mainitusta tehtävästä ovat sairaala-apteekin hoitajan lääkehuollon järjestämiseen liittyvät tehtävät.

Nykyisellään vastuukokonaisuus voitaneen käytännössä määritellä niin, että terveyden- ja sairaanhoidon vastuutehtävät muodostavat kokonaisuuden ja sen sisällä hierarkisen vastuurakenteen.

Tämä sisältöohjauksen hierarkkinen rakenne on kuvattu Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, jonka soveltamisalaksi on määritetty (1 §) ”lakia sovelletaan XXX järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveystieteiden tutkimukseen sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito.”

Sisältöohjauksen malli on nykyisellään periaatteessa sikäli selkeä, että kokonaisuudesta vastaa sektoria koskevan yleislain eli terveydenhuoltolain perusteella määrätty vastuuhenkilö eli vastaava lääkäri. Hänelle raportoivat sektoria koskevien erityislakien eli esimerkiksi tartuntatautilain perusteella asetetut vastuuhenkilöt (”sektorivastuuhenkilöt”). Näitä sektorivastuuhenkilöitä kannattaisi jatkossa olla enemmän systemaattisesti määritetyillä tehtäväkentillä. Tällöin tavoitteena olisi muodostaa tarkoituksenmukainen, luonteviini sisältökokonaisuuksiin perustuva, kansallisten vastuuviranhaltijoiden ja sisältöohjausverkostojen kokonaisuus.

Sinänsä myös nykyisen lainsäädännön mukaisten vastuullisten viranhaltijoiden keskinäiset suhteet voi olla hyödyllistä määritellä aiempaa selkeämmin. Tämä korostuu nykytilanteessa, jossa hyvinvointialueiden organisaatorakenteet ovat varsin erilaisia. Samalla voitaisiin huomioida sosiaali- ja terveystieteiden integraatiotavoitteet, eli määrittää terveydenhuollon vastuuviranomaisten suhde sosiaalihuollon vastuuviranomaisiin.

Vastaavanlaisen hierarkian määrittäminen sosiaalipalveluiden piirissä olisi todennäköisesti mahdollista. Tämä olisi todennäköisesti myös perusteltua, koska sisältöohjauksen näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei voi integroida. Ei ole sisältöohjauksen näkökulmasta mahdollista, että täysin eri alan koulutuksen omaava henkilö vastaisi toisen alan ja eri lainsäädäntökokonaisuuden piiriin kuuluvan toiminnan sisältöohjauksesta. Lääkäri ei voi vastata sosiaalityön sisällöstä, laadusta tai tarpeenmukaisuudesta, eikä sosiaalityöntekijä terveyden- ja sairaanhoidon.

## 6.4 Miten sisältöohjaukseen kuuluvat erilaiset vastuut, tehtävät ja näiden keskinäiset suhteet voisi määrittää?

Tiettyjen nimettyjen viranhaltijoiden lisäksi terveydenhuollon lainsäädännössä on huomattava määrä erilaisia sisältöohjauksen tehtäviä, joista jonkun viranhaltijan tulee vastata, mutta joihin ei erikseen edellytetä viranhaltijan nimeämistä. Näitä tehtäviä tarkastelemalla voidaan konkretisoida sisältöohjauksen teemoja ja niistä luontevasti muodostuvia kokonaisuuksia.

Tässä esitetty sisältöohjauksen teemojen käsittely ei ole kattava, vaan käyttää nykyisen lainsäädännön sisältöohjauksen tehtäviä ja määritelmiä esimerkkeinä siitä, miten minkälaisilla rakenteilla terveydenhuollon sisältöohjauksen kokonaisuudesta voisi rakentua kattava ja selkeä.

Tavoitteena on siis löytää sisältöohjaukseen liittyville vastuutehtäville sellainen selkeä rakenne, joka vastaa tässä työssä kuvattuihin sisältöohjauksen kehittämisen tavoitteisiin:

- kansallinen sisältöohjaus pitää kyetä toteuttamaan hyvinvointialueiden substanssiosaajien tuella (kansalliset sisältöohjauksen verkostot) ja toisaalta
- vastuun sisältöohjauksen toimeenpanosta hyvinvointialueilla pitää olla selkeästi ja yhdenmukaisesti määriteltävissä.

Vaihtoehtoisia toteutustapoja on lukuisia. Tässä tarkasteltuja vaihtoehtoja ovat

1. Terveydenhuollon kokonaisuuteen liittyvät määritelmät
2. Nykyiset terveydenhuoltolain 57 § mukaiset velvoitteet
3. Eri laeissa tällä hetkellä olevat vastuuvirkamiehet ja -tehtävät
4. Erilaisten terveydenhuollon piiriin kuuluvien tieteenalojen mukaiset jaottelut

## 6.4.1 Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteen määrittäminen terveydenhuollon määritelmistä käsin.

Terveydenhuolto jaetaan kansainvälisesti yleensä suhteellisen samankaltaisiin toimintoihin. Useimmiten nämä myös vastaavat terveydenhuollon organisoitumisen tapoja. Suomessa tätä yleistä luokittelua voi lähestyä esimerkiksi terveydenhuoltolain soveltamisalan ja määritelmien kautta (terveydenhuoltolaki 3 §). Terveydenhuoltolain määrittämä rakenne on luonteva, koska terveydenhuoltolaki on keskeinen terveydenhuollon sisältöohjausta normittava säädös.

Terveydenhuoltolain 3 §:ssa terveydenhuollon kansainvälistä kolmijakoa kuvataan seuraavalla tavalla:

Terveyden edistäminen:

Yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla;

Perusterveydenhuolto:

Hyvinvointialueen järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta ja työterveyshuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.

Erikoissairaanhoito:

Lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.

Tämä kolmijako on selkeä vaihtoehto sisältöohjauksen rakenteeksi myös siksi, että ne vastaavat laajasti sekä suomalaista että kansainvälistä käytäntöä toimintojen organisoitumisesta. Integraatiotavoitteista riippumatta nämä kolme kokonaisuutta ovat toimintaparadigmoiltaan ja sisältöosaamiseltaan niin erilaisia, että niiden tuotannollinen yhdistyminen on epätodennäköistä. Kolme vastuuviranhaltijaa olisi siis sikäli luonteva malli, että sisältöohjauksen linjat joka tapauksessa eroavat organisaation ylätasolla suunnilleen tällä rakenteella.

## 6.4.2 Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteen määrittäminen terveydenhuoltolain 57 § tehtävistä käsin.

Terveydenhuoltolain 57 § on luonteva lähtökohta, koska se on voimassa olevaa lainsäädäntöä ja tämän mukaisia toimintatapoja on harjoitettu Suomessa jo pitkään.

Terveydenhuoltolain mukaisia tehtäviä on avattu erityisesti terveydenhuoltolain perusteluissa. Sen mukaisesti terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuuteen voi katsoa kuuluvan:

- vastuu lääketieteellisten perusteiden ja väestön erilaisten sairaanhoidollisten tarpeiden yhteensovittamisesta palvelujen tuotannossa (ja tähän liittyvä resurssien allokointi)
- vastuu hoidetun potilaan hoitoperusteiden asianmukaisuudesta ja
- vastuu hoidon tasojen oikeasta valinnasta.

Toisaalta tehtävä voidaan hahmottaa sen kokonaisuuden johtamiseksi, jota yksittäiset lääkärit tekevät ammattihenkilölain 22 §:n mukaisen ammatillisen autonomian puitteissa. Lisäksi esim. potilaslain 3.3 § antaa potilaalle oikeuden ”laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon”; tämä on mitä ilmeisimmin sellainen tehtävä, jota toimenpannaan osana edellä kuvattua vastaavan lääkärin tehtäväkokonaisuutta yksittäisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta.

Vastaavasti terveydenhuoltolain mukaisen hoitoon pääsyn toteuttaminen erikoissairanhoidossa (52 §) on riippuvaista siitä, että hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein laissa säädettyssä määräajassa, jolloin kyse on nimenomaan yksittäisten lääkäreiden suorittamasta työstä, jonka kokonaisuuden sisältöä vastaava lääkäri johtaa.

Konkreettisia sisältöohjauksen minimitehtäviä, jotka seuraavat suoraan nykyisestä lainsäädännöstä ovat näin ollen ainakin seuraavat:



- toimii terveydenhuoltolain 57 §:n tarkoitettuna terveydenhuollon toimintayksikön vastaavana lääkärinä
- johtaa ja valvoo hyvinvointialueen terveyden- ja sairaanhoitoa sekä päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön tai antaa ohjeet muulle lailistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle päätöksen tekoa varten
- vastaa terveyden- ja sairaanhoitoon tai siihen liittyvään kohteluun kohdistettuihin muistutuksiin
- ohjaa ja yhteensovittaa osaltaan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tarkoituksenmukaista työnjakoa ja yhteistyötä
- tukee laadukkaiden ja turvallisten palvelujen kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittämistä
- toimii hyvinvointialueen potilasrekisterien vastuuhenkilönä
- päättää potilasasiakirjojen antamisesta viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain nojalla
- osallistuu hyvinvointialueen talousarvion valmisteluun terveydenhuoltolain mukaisia palveluita koskevin osin

Käytännössä terveydenhuoltolain 57 § kuvaa terveydenhuollon ylätasoon sisältöohjaukseen liittyviä tehtäviä. Itse pykälä ja sen perustelumuuisto on kuitenkin tarpeettoman ylimalkainen ja mahdollistaa hyvin vaihtelevat tulkinnat, joten vastaavan lääkärin tehtäviä lainsäädännössä lienee syytä tarkentaa.

Vastaava lääkäri yksin ei kykene toteuttamaan hyvinvointialueen terveydenhuollon monimutkaista sisältöohjausta, vaan yksityiskohtaisempi vastuurakenne on perusteltu määrittää. Terveydenhuoltolain 57 § ei sinänsä auta tämän tarkemman rakenteen määrittämisessä.

### **6.4.3 Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteiden määrittäminen käymällä läpi muissa laeissa määritellyt sisältöohjaukseen liittyviä tehtäviä ja velvoitteita.**

Edellä on jo käyty läpi muita, nykyisessä lainsäädännössä määritellyjä terveydenhuollossa toimivia vastuuhenkilöitä. Näiden osalta rakenne on sikäli selkeä, että kuhunkin vastuuhenkilötehtävään kuuluu ”terveyden- ja sairaanhoidon johtamisen” alaan ja terveydenhuollon sisältöohjaukseen lukeutuvia tehtäviä, joten nämä tehtävät ovat näiltä osin hierarkisessa suhteessa vastaavan lääkärin tehtäviin.

Tämän lisäksi lainsäädännössä on huomattava määrä erilaisia sisältöohjauksen tehtäviä ja vastuita, joita ei ole kiinnitetty tietyille viranhaltijalle. Yksi tapa selkeyttää sisältöohjauksen rakenteita olisi edellyttää lakisääteisesti määritettäväksi, kuka viranomaisen kultakin hyvinvointialueelta on vastuussa näistä tehtävistä.

Huomioiden, että sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta koskee keskeisiltä osiltaan juuri näitä tehtäviä, olisi myös valvonnan kannalta selkeyttävää jos valvonnan kannalta keskeisille asioille olisi määritelty selkeät vastuuhenkilöt ja kansallisesti yhteneväiset ohjauksrakenteet. Tässä esitettävä luettelo ei ole kattava, mutta pyrkii kuvaamaan keskeisiä terveyden- ja sairaanhoidosta ja sen sisällön ohjauksesta vastaavien viranhaltijoiden vastuita:

- Hoitoon pääsyn määräajat (hoitotakuu)
- Palveluvalikoiman toteutuminen (terveydenhuoltolain 7 §)
- Valitukset ja vastineet (hoidon asianmukaisuus)
- Asianmukaiset potilasasiakirjamerkinnot (potilasrekisterin vastuuhenkilö)
- Mielenterveys- ja päihdelainsäädännön erityispykälät (itsemääräämiskeuden rajoitukset)
- Sitovat ohjeet terveydenhuollon palveluiden toteuttamisesta
- Tartuntatautilain mukaiset toimet (erillinen viranhaltija)
- Säteilyn käyttö (erillinen viranhaltija)
- Terveydenhuollon laatu ja potilasturvallisuus
- Sisältönormien noudattaminen (henkilöstömitoitukset)
- Työnjaon noudattaminen ja siihen liittyvä sisältöohjaus (keskittämisseutus)
- Terveydenhuollon omavalvonnan toteutuminen (valvontalainsäädäntö)
- Varautuminen ja valmiustoiminta, poikkeusolojen johtaminen

Edellä kuvatut tehtävät ovat keskeisiä terveydenhuollon valvontaan ja omavalvontaan liittyviä tehtäviä. Näitä käsitellään myös uudessa laissa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta – mutta kuitenkin ilman, että pyrittäisiin määrittämään hyvinvointialueille yhteneväisiä valvontaa ja omavalvontaa tukevia rakenteita.

Käytännössä Suomeen on rakentumassa tilanne, jossa sekä hyvinvointialueiden organisaattiorakenteet, sisältöohjauksen rakenteet ja valvontalain mukaiset omavalvonnan rakenteet tulevat olemaan hyvin erilaisia. Tämä tulee tarpeettomasti vaikeuttamaan paitsi kansallisen ohjauksen toteutumista niin myös palveluiden valvontaa koskien.

## 6.4.4 Sisältöohjauksen rakenteiden määrittäminen tieteenalaluokitteluiden perusteella

Yksi sisältöohjauksen vastuutehtävien luokittelun lähtökohta on ns. keskittämisasiasetus, jossa on listattu laaja joukko erilaisia terveydenhuollon sisältöohjaukseen liittyviä tehtäviä (ks. edellä). Vastuut näiden velvoitteiden toteuttamisesta ovat useimmiten käytännössä suhteellisen selkeästi määritettävissä jollekin linjaorganisaation toimijalle. Käytännössä, huomioiden hyvinvointialueiden monimutkaistuvat organisaatirakenteet, olisi luontevaa säätää, että jokaiselle keskittämisasiasetuksessa todetulle tehtävälle tulisi olla hyvinvointialueittain tai YTA-alueittain nimetty selkeä vastuuhenkilö, jolla on tosiasialliset vaikutusmahdollisuudet ko. teeman asianmukaisesta hoidosta huolehtimiseen.

Keskittämisasiasetus perustuu paljolti kansainväliseen luokitteluun terveydenhuollon – käytännössä pääosin lääketieteen – erikoisaloista. Tämä on luontevaa, koska tavoitteena on nimenomaan keskittää vaativaa erityisosaamista edellyttäviä toimintoja. Erikoisaloittainen luokittelu tulee vääjäämättä vastaan terveydenhuollon sisältöohjauksessa erityisesti erikoissairaahoitoa koskien, koska sisältöohjauksen pohjana olevan tieteellisen tiedon kertyminen perustuu paljolti erikoisaloittaiseen tutkimukseen ja kehitystyöhön.

Palvelutuotannon organisoitumisesta puhtaasti erikoisaloittaisesti aiheutuu myös monenlaisia haasteita mm. asiakaslähtöisen palveluketjujen organisoimiseksi. Käytännön kompromissina on pyrkiä ryhmittelemään erikoisaloja hieman suuremmiksi kokonaisuuksiksi yhdistämällä eri tavoin toisiinsa liittyviä erikoisaloja.

Lääketieteen erikoisalojen mukainen jaottelu ei luonnollisesti riitä, vaan tämän logiikan mukaista sisältöohjauksen jaottelua on tarpeen laajentaa sote-kontekstissa koskemaan myös muita tieteenaloja. Keskeinen organisoitumisen periaate kuitenkin olisi sama eli se, että sisältöohjauksen pohjana olevan tieteellisen tiedon ja osaamisen kertymisen rakenteita kunnioitetaan, ja pyritään hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti.

Hoitotyö ja -tiede ovat luonnollisesti toimintavolyymillä mitattuna suurin oma kokonaisuutensa, joskin tämän alan sisällä on monenlaista erityisosaamista <sup>45</sup>. Perustervey-

<sup>45</sup> On huomattava, että millään tässä kuvatulla rakenteella hoitotyö ei muodosta terveydenhuollolle rinnakkaista kokonaisuutta, vaan on selkeästi yksi terveydenhuollon osa.

denhuolto ja terveyden edistäminen voivat luontevasti täydentää rakennetta. Sosiaali-  
huollon osalta voitaneen luontevasti käydä samankaltaista pohdintaa siitä, minkälai-  
siin osaamisperusteisiin kokonaisuuksiin alan sisältöohjaus luontevasti jakautuisi.

## 6.4.5 Sisältöohjauksen käytännön toteuttamisen edellytykset ja kuvaaminen lainsäädännössä

Sisältöohjauksen toteuttaminen ei edellytä linjaorganisaation johtamisasemaa tai hen-  
kilöstöhallinnollista esimiessuhdetta, kuten aiemmin on terveydenhuoltolain 57 § yh-  
teydessä todettu. Se edellyttää kuitenkin tietynlaista valtasuhdetta sekä resursseja.  
Näiden oikea määrittely esimerkiksi hallintosäännöissä ja organisaatorakenteissa hel-  
pottuisi, jos sisältöohjaukselta edellytettävät kyvykkyydet ja tehtävät määritettäisiin  
selkeästi kansallisella tasolla.

Sisältöohjauksessa tarvittavia resursseja voidaan havainnollistaa arvioimalla vastaa-  
van lääkärin tehtävien suorittamisessa välttämättömiä resursseja. Näitä ovat esimer-  
kiksi:

- kyky saada tietoa organisaatiosta terveyden- ja sairaanhoidon toteutumi-  
sesta eli raportointikanavat
- kyky prosessoida sisältä ja ulkoa saatua tietoa ja asioita: esimerkiksi asi-  
antuntijaresurssit hoidon vaikuttavuuden arviointiin, hoidon laadun kehiti-  
tämiseen, hoitoa koskevien reklamaatioiden analysointiin ja käsittelyyn  
ja ratkaisujen muodostamiseen hoidon saatavuutta koskevien puutteiden  
korjaamiseksi
- kyky antaa palautetta hoitoa toimeenpaneville yksiköille ja hoidon järjes-  
tämisestä vastaaville tahoille.
- organisatorinen asema, joka mahdollistaa edellä sanottujen tehtävien to-  
teuttamisen (esim. johtoryhmän jäsenyys, osallistuminen aluehallituksen  
kokouksiin ja mahdollisuus siellä raportoida aluehallitukselle sairaanhoi-  
don tilasta ja siinä ilmenneistä puutteista ym.)

Jos vastaavalla lääkärillä ei ole direktiovaltaa hoitoa toimeenpaneviin yksiköihin – ku-  
ten nykyisin yleensä on – on hänen vastuunsa kannalta riittävää, että hän on raportoi-  
nut yksikön johtajalle toiminnassa ilmenneet puutteet ja edellyttänyt niiden korjaa-  
mista. Vastaavasti talousarvioon ja resurssiallokaatioon liittyvät kysymykset kuuluvat  
viime kädessä aluehallituksen vastuulle, ja vastaavan lääkärin vastuun täyttymisen

---

Tämä on sikäli merkittävää, että monella hyvinvointialueella on rakennettu organisaa-  
tiomalleja, joissa terveyden- ja sairaanhoidon (vastaava lääkäri), hoitotyön ja sosiaali-  
huollon (vastaava sosiaalityöntekijä) oletetaan olevan rinnakkaisia kokonaisuuksia.

kannalta on riittävää, että hän on dokumentoidusti raportoinut mahdolliset ongelmat viipymättä myös aluehallitukselle.

Vastaavan lääkärin – ja muiden sisältöohjauksen viranhaltijoiden – tehtävien tarkempi määrittely lainsäädännössä olisi tarpeen. Tässä on luonnoksenomaisesti esimerkki, miltä tervhl 57 § muotoilu voisi esimerkiksi näyttää aiemmin tässä työssä kuvattujen periaatteiden pohjalta:

Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on ohjattava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Terveydenhuollon toimintayksikössä toimivat, muun lain nojalla asetetut vastuuhenkilöt raportoivat vastuualueelleen kuuluvasta terveyden- ja sairaanhoidosta vastaavalle lääkärille.

Vastaava lääkäri vastaa

1. lääketieteellisten perusteiden ja väestön erilaisten sairaanhoidollisten tarpeiden yhteensovittamisesta palvelujen tuotannossa,
2. toimintayksikön potilaiden hoitoperusteiden asianmukaisuudesta
3. hoidon tasojen oikeasta valinnasta,
4. terveyden- ja sairaanhoitoon tai siihen liittyvään kohteluun kohdistettujen muistutusten ja kanteluiden asianmukaisesta käsittelystä,
5. osaltaan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tarkoituksenmukaisen työn- jaon ja yhteistyön toteutumisesta
6. osaltaan tukee laadukkaiden ja turvallisten palvelujen kokonaisuuksien muodostumisesta, eri ammattiryhmien yhteistyöstä sekä hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittämisestä
7. potilastietojen asianmukaisista käsittelyprosesseista organisaatiossa ja päättää potilasasiakirjojen antamisesta viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain nojalla.

Vastaavalla lääkärillä tulee olla riittävä toimivalta hoitaa hänelle osoitetut tehtävät ja käytettävissään sellaiset resurssit, joita hänelle osoitettujen tehtävien tarkoituksenmukainen täyttäminen edellyttää. Vastaava lääkäri osallistuu toimintayksikön talousarvion valmisteluun terveydenhuoltolain mukaisten palvelujen osalta.

Vastaavan lääkärin tulee antaa säännöllisesti aluehallitukselle tietoja toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta, siinä havaituista puutteista ja kehittämiskohteista ja näitä koskevista kehittämistoimenpiteistä. Vastaava lääkäri antaa kerran vuodessa tarkastuslautakunnalle tarkastuslautakunnan määräämänä aikana kertomuksen toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta.

Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

## 7 Johtopäätökset ja ehdotukset

### *Selvitystyön ehdotukset tiivistettynä*

1. Sote-palveluiden järjestämisen ja sisällön ohjaus tulisi erottaa toisistaan käsitteellisesti ja lainsäädännössä. Tämä helpottaisi lainsäädännön pitkäjänteistä kehittämistä, sekä toimivien ohjaus- ja vastuurakenteiden pystyttämistä sisällön ja järjestämisen ohjaukseen.
2. Kansallisen tason sisältöohjauksesta vastaavat tahot tulisi määritellä uudestaan. Toimijoita tulee vähentää ja kansalliset vastuut selkeyttää. Jäljelle jäävien toimijoiden resursointia, osaamista ja toimintaa tulee kehittää pitkäjänteisesti yli hallituskausien.
3. Sote-uudistuksen myötä tiivistyneen palvelujärjestelmän aiempaa paremmat mahdollisuudet tukea kansallisessa sisältöohjauksessa tulee hyödyntää täysimääräisesti – esimerkiksi yhteistyöalueiden roolia kasvattamalla.
4. Hyvinvointialueiden sisältöohjauksen toteutumisesta vastaavat tehtävät, vastuutahot ja toimivallat tulisi määritellä kansallisesti lainsäädännössä yhtenäisesti kaikille hyvinvointialueille. Nykyistä yhtenäisemmät rakenteet ovat edellytys ohjauksen onnistumiselle

### 7.1 Johtopäätös 1: Sote-palveluiden sisällön ja järjestämisen ohjaus tulisi erottaa toisistaan käsitteellisesti ja lainsäädännössä

Terveystieteiden sisältöohjauksella tarkoitetaan sen ohjaamista, minkälaisilla indikaatioilla ja menetelmillä ihmisiä Suomessa hoidetaan, ja miten toimintojen laatu, saatavuus ja turvallisuus määritellään. Kyse on pohjimmiltaan empiiristen tosiasioiden soveltamisesta yksilöiden perusoikeuksia turvaavien palveluiden määrittämisessä, kansalaisia yhdenvertaisesti kohtelevalla tavalla. Kyse ei ole hyvinvointialueiden poliittisen päätöksenteon piiriin kuuluvista asioista.

Terveydenhuollon sisältöohjauksella on järjestämiseen liittyviä päätöksiä huomattavasti suurempi merkitys terveydenhuollon kustannuskehitykselle. Ei ole selvää, että nykyinen 22 hyvinvointialueen itsemääräämisoikeutta korostava järjestelmä helpottaa terveydenhuollon sisällön ohjausta ja palvelujärjestelmän kehittymistä mahdollisimman kustannusvaikuttavaksi, laadukkaaksi saati kansallisesti yhdenvertaiseksi.

Vaikuttavan, tehokkaan, toimijoiden hyväksymän ja terveystaloudellisia tavoitteita tukevan terveyspalveluiden sisältöohjauksen rakentaminen Suomeen edellyttää ensin, että terveydenhuollon sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus hahmotetaan kahdeksi eri asiaksi.

Järjestämisen ja sisällön ohjauksella on merkittäviä päällekkäisyyksiä, koska sisältöohjaukseen liittyy välttämättä myös päätöksiä palveluiden toteutumisen kannalta välttämättömistä toimintamalleista, resursseista ja infrastruktuurista. Vakiintuneen tulkinnan mukaan järjestämisvastuu ei sisällä oikeutta tehdä sellaisia resursointipäätöksiä, jotka de facto estävät potilaiden tarvitsemien hoitojen saamisen tai vaarantavat hoidon laadun tai turvallisuuden. Tämän limittäisyyden vuoksi sisältöohjauksen tarkempi määrittely lainsäädännössä on tärkeää.

**Ehdotus 1:** Sote-palveluiden järjestämisen ja sisällön ohjaus tulisi erottaa toisistaan käsitteellisesti ja lainsäädännössä. Tämä helpottaisi lainsäädännön pitkäjänteistä kehittämistä, sekä toimivien ohjaus- ja vastuurakenteiden pystyttämistä sisällön ja järjestämisen ohjaukseen

1.1 Sote-palveluiden järjestämisen ja sisällön ohjaus tulisi erottaa toisistaan käsitteellisesti. Erottelu auttaa rakentamaan suomalaisen järjestelmään toimivat ohjausrakenteet ja -lainsäädännön.

1.2 Järjestämisen ohjauksen ja sisältöohjauksen rajapintaan kuuluvia päällekkäisyyksiä ja rajanvetoa on tarpeen tarkastella ja määrittää lainsäädännössä nykyistä tarkemmin. Kyse on mm. siitä, mitkä asiat kuuluvat hyvinvointialueiden autonomian piiriin, ja minkä asioiden suhteen palvelut voivat olla tai eivät voi olla alueellisesti erilaisia.

1.3 Järjestämisen ja sisältöohjauksen perustuslaillinen pohja on erilainen: järjestämisvalta seuraa alueellisesta demokratiasta, ja sisältöohjausvalta kansalaisten oikeudesta ja julkisen vallan velvoitteesta turvata perustuslain mukaiset oikeudet riittäviin terveyspalveluihin. Järjestämisen ohjauksen ja sisältöohjauksen keskittäminen omaan lainsäädäntöön (sote-järjestämisäädäntö ja



sote-substanssilainsäädäntö) helpottaa pitämään erillään alueellisen autonomian piiriin kuuluvat ja siihen kuulumattomat asiat.

1.4 Järjestämisen ohjaus ja sisältöohjaus edellyttävät varsin erilaisia ohjausrakenteita. Lähtökohtaisesti järjestämisen ohjaus toteutuu aina hyvinvointialueen poliittisen päätöksenteon kautta, koska järjestämisvastuu on aluevaltuustolla. Sen sijaan sisältöohjaukseen liittyvät asiat eivät kuulu valtuuston toimivaltaan. Sisältöohjaus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon substanssilainsäädännössä kuvattujen ammattilaisten velvollisuuksiin ja oikeuksiin, ja toteutuu näitä ohjaavien johtamislinjojen kautta.

1.5 Sisältöohjaus ja järjestämisen ohjaus ovat tiedollisilta perusteiltaan täysin erilaisia. Järjestämisen ohjaus on viime kädessä aluepoliittisia valintoja, kun taas sisältöohjaus on ammatillisen osaamisen ja tieteellisen tiedon soveltamista käytäntöön. Tästä johtuen sonnistunut sisältöohjauksen järjestelmä edellyttää vahvaa osaamista sisältöohjauksen pohjana olevan tieteellisen tiedon arvioinnissa, läpinäkyvää tapaa tehdä tarvittavia arvovalintoja ja suosituksia ja sosiaalista uskottavuutta sote-ammattilaisten ja palvelujärjestelmän näkökulmasta, jotta ohjausta halutaan noudattaa.

## **7.2 Johtopäätös 2: Kansallisen tason sisältöohjauksesta vastaavat tahot tulisi määritellä uudestaan. Toimijoita tulee vähentää, kansalliset vastuut selkeyttää ja jäljelle jäävien toimijoiden resursointi turvata pitkäjänteisesti**

Suomalaista sisältöohjauksen järjestelmää voidaan nykyisellään kuvata hajanaiseksi kokoelmaksi heikosti resursoituja ohjaustoimijoita, joiden keskinäiset suhteet ovat vaikeasti hahmottuvia. Suomessa oli vielä 2000-luvun alussa kansainvälisesti edistuksellistä terveydenhuollon sisältöohjauksen osaamista mm. FinOHTA:n ja Käypä Hoito – organisaatioiden myötä. Tämä edelläkävijän asema ja osaaminen on kuitenkin paljolti menetetty hajauttamalla toiminta tarpeettoman moneen organisaatioon.

Resurssien, osaamisen ja kansallisen sisältöohjauksen päätösvalan keskittäminen nykyistä harvempiin yksiköihin on välttämätöntä, koska terveydenhuollon sisältöoh-

jaus on osaamis- ja resurssivaatimuksiltaan erittäin vaativa tehtävä. Yksinkertaistettuna julkisen sisältöohjauksen pitää kyetä kriittisesti arvioimaan ja tarvittaessa perustellusti vastustamaan kansainvälisen terveystieteiden jatkuvasti hoidon tarpeita lisääviä paineita. Tämä edellyttää nykyistä huomattavasti vahvempaa resursointia sisältöohjauksessa tarvittavan tietopohjan keräämiseen. Erityisesti tulisi rahoittaa toimintaa, jonka tavoitteena on poistaa palvelujärjestelmästä vaikuttamattomia toimintatapoja.

Yksi syy organisatoriseen hajaannukseen lienee käsitteellinen hajaannus sisältöohjauksen kokonaisuudesta. Samankaltaisia sisältöohjauksen teemoja lähestytään historiallisista, tieteenalajaottelusta ja eri taustaorganisaatioiden intresseistä johtuen hiekan eri terminologialla. Keskeisiä sisältöohjauksen lähestymistapoja ovat terveydenhuollon menetelmien arviointi, näyttöön perustuva toiminta, kustannusvaikuttavuus ja erilaiset laatuun liittyvät teemat (laatujärjestelmät, potilasturvallisuus, valvonta). Esimerkiksi ”vaikuttavuuden” ja ”menetelmien arvioinnin” erottaminen kahdeksi eri asiaksi ja erillisiksi organisaatioiksi on tarpeetonta.

Sisältöohjaus edellyttää professionaalisen, tiettyihin sisältöihin liittyvän ”substanssi-osaamiseen” (esim lääketieteen erikoisalakohtainen tutkimus ja kliininen kokemus) yhdistämistä muista tieteenaloista nouseviin ”menetelmäosaamiseen” (esim. terveystaloustiede). Sisältöosaaminen tulee jatkossa systemaattisesti kerätä palvelujärjestelmästä ja menetelmäosaaminen keskittää nykyistä huomattavasti harvemmillä tahoilla. Tämä tiedon keräämisen ja arvioinnin kokonaisuus tulee kyetä yhdistämään tehokkaaksi kokonaisuudeksi kansallisesti sitovan, julkista palveluvalikoimaa linjaavan päätöksenteon kanssa.

**Ehdotus 2.** Kansallisen tason sisältöohjauksesta vastaavat tahot tulisi määritellä uudestaan. Toimijoita tulee vähentää ja kansalliset vastuut selkeyttää. Jäljelle jäävien toimijoiden resursointia, osaamista ja toimintaa tulee kehittää pitkäjänteisesti yli hallituskausien.

2.1 Nykyisten sisältöohjauksen toimijoiden tehtävistä, resursseista, osaamisesta tulisi laatia erillinen selvitys ja sen pohjalta esitys koherentista työnjaoista kansallisen tason sisältöohjauksen osalta. Selvitys koskisi vähintään Palveluvalikoimaneuvostoa, Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitosta, Työterveyslaitosta, Fimeaa, FinCCHTA:ta, potilasturvallisuuskeskusta, Käypä Hoito – järjestelmää, ja pilotoitavia uusia vaikuttavuus- yms. toimijoita, mahdollisesti myös valvontaviranomaisia ja KELA:a. Uusia toimijoita ei tulisi perustaa tai vakinaistaa, ennen kuin kokonaisnäkemys sisältöohjauksen organisaatioista on määritelty.

2.2 sisältöohjauksesta kansallisesti vastaava (tai vastaat) tahot tulisi määrittellä, ja näiden resursointi, osaaminen, uskottavuus ja pysyvyys yli hallituskausien varmistaa huolellisesti.

Yksi hallituskausi ei riitä uskottavan ja osaavan organisaation rakentamiseen; lähtökohtaisesti aikajänne on vuosikymmen. Suora riippuvuus poliittisista päätäjistä (ml. jokavuotisista budjettineuvotteluista) voi vesittää organisaation uskottavuuden ammattilaisten ja palvelujärjestelmän näkökulmasta. Sisältöohjausta koordinoivan organisaation on oltava riittävän itsenäinen, ja toisaalta toimittava keskeisten asiakkaiden ohjauksessa. Keskeiset asiakkaat ovat kansalaiset ja palvelujärjestelmä.

2.3 Olemassa olevaa sisältöohjauksen osaamista tulee vaalia ja sen jatkuvuus tulee turvata, vaikka kansallista koordinaatiota selkeytettäisiinkin. Kansallisesti keskeisiä, merkittäviä ja turvattavia osaamiskeskittyimiä ovat muun muassa Käypä Hoito - järjestelmä ja Fimean lääkearviointiosaaminen. Näiden pysyvyys ja rahoitus tulisi turvata pitkäjänteisesti.

2.4 Sote-uudistuksen myötä kansallisen tason virastojen tarvetta oman sisältöosaamisen ylläpitoon voidaan vähentää,. Sisältöosaamisessa tulee tukeutua palvelujärjestelmän toimijoihin, jossa osaaminen pysyy ajantasaisena ja kattavana. Menetelmäosaaminen sen sijaan tulee keskittää nykyistä selkeämmin..

### **7.3 Johtopäätös 3. Sote-uudistuksen myötä tiivistyneen palvelujärjestelmän aiempaa paremmat mahdollisuudet tukea kansallisessa sisältöohjauksessa tulee hyödyntää täysimääräisesti – esimerkiksi yhteistyöalueiden roolia kasvattamalla.**

Hyvinvointialueet ovat kooltaan huomattavasti kuntapohjaisia toimijoita laajempia. Tämä mahdollistaa vahvemman sisältöohjauksen rakenteen palvelujärjestelmän sisälle. Samalla tarve kompensoida liian pieniä järjestäjätahoja kansallisella ohjauksella vähenee.

Sisältöohjauksen onnistumisen osalta keskeistä on ohjauksen antajien osaaminen ja uskottavuus. Jatkossa palvelujärjestelmän ohjaukseen tarvittava substanssiosaaminen sijaitsee yhä vahvemmin palvelujärjestelmässä. Samalla tarve ja mahdollisuudet ylläpitää palvelujärjestelmää ohjaavaa substanssiosamista kansallisten viranomaisten omana toimintana vähenee. Keskeistä on erottaa ns. substanssiosaaminen joka sijaitsee uskottavasti vain palvelujärjestelmässä ja ns. menetelmäosaaminen, joka voi luontevasti sijaita myös kansallisten viranomaistoimijoiden osana.

Yhteistyöalueet ovat Suomessa erityisen luonteva sisältöohjauksen taso, koska niillä kaikilla on koko palvelujärjestelmä peruspalveluista yliopistosairaalaan ja yhteistyö sote-alan yliopistoihin ja korkeakouluihin asti. Väestöpohjina 1-2 miljoonaa ovat riittävän suuria ja yhdenmukaisia.

Viiden YTA-alueen edustajien muodostava verkostot voivat toimia uskottavasti hyvin monenlaisissa sisältöohjauksen tehtävissä kansallisesti ja kansainvälisesti. Ne voivat toisaalta toteuttaa kansallista sisältöohjausta itse, tuottaa valtion tasolla tarvittavaa substanssiosamista, ”tilata” tarvittavaa valtion ohjeistusta epäselvissä tilanteissa ja myös jalkauttaa ohjeistuksia YTA-alueittain.

Sote järjestämislaki mahdollistaa vaativien, harvinaisten tai suurien kustannuksia aiheuttavien palveluiden järjestämisen keskittämisen tilanteissa, joissa tämä on välttämätöntä palveluiden asianmukaisen sisällön turvaamiseksi. Sisältöohjaukselta ei tulisi kuitenkaan ensisijaisesti tarkastella sote-järjestämislain tai yhteistyösopimuksen alle kuuluvana toimintana, koska se ei lähtökohtaisesti kuulu hyvinvointialueitason poliittisen päätöksenteon piiriin. Sisältöohjaus voi olla luonteva osa YTA-tasoisia tehtäviä; samaan tapaan toimintaan jo nyt esimerkiksi ns. keskittämisasiasetuksen nojalla.

YTA-tasoisien sääntelyn vahvistaminen sisältöohjauksen osalta on tärkeää, koska varsin samankaltaisten erityisvastuualueiden historia osoittaa sopimus pohjaisen yhteistyön rajoitukset. Erityisvastuualueista ei sopimusmekanismista huolimatta syntynyt merkittäviä koordinaation tasoja.

Mikäli YTA-alueita halutaan hyödyntää sisältöohjauksessa, olisi kansallinen ohjaus- ja rahoitusmekanismi tarpeen. Sekä kansallista että YTA-tasoista sisältöohjaukselta voisi vahvistaa esimerkiksi mallilla, jossa säädöksiin alueellisesti keskitettävän sisältöohjauksen kustannukset rahoitettaisiin suoraan valtion erillishoiduksella. Tämä selkeyttäisi periaatetta, että sisältöohjaus ei ole alueelliseen järjestämistä vastuuseen tai aluedemokratian alaan kuuluva asia, ja antaisi valtiolle selkeän oikeutuksen sisältöohjauksen koordinointiin ja ohjaukseen.

**Ehdotus 3.** Sote-uudistuksen myötä tiivistyneen palvelujärjestelmän aiempaa paremmat mahdollisuudet tukea kansallisessa sisältöohjauksessa tulee hyödyntää täysimääräisesti – esimerkiksi yhteistyöalueiden roolia kasvattamalla.

3.1 Nykyisten kansallisten toimijoiden onnistuminen ja tulevat mahdollisuudet onnistua sisältöohjauksessa tulisi arvioida puhtaalta pöydältä suhteessa uudistuvaan palvelujärjestelmän tuomiin uusiin mahdollisuuksiin. Palvelujärjestelmän roolia kansallisessa sisältöohjauksessa tulee vahvistaa.

Hyvinvointialuerakenne mahdollistaa mallin, jossa substanssiosaaminen ylläpidetään palvelujärjestelmässä ja tarjotaan sieltä tarpeen mukaan kansallisen ohjauksen käyttöön. Samalla kansallisten toimijoiden kuten tutkimuslaitosten toimintaa voidaan siirtää sote-substanssiosaamisesta kohti menetelmäosaamista (laatu ja vaikuttavuus, menetelmien arviointi (HTA), terveystaloustiede yms.) sekä vahvistaa näiden pohjaksi tarvittavien kansallisten tietoaisteistojen ja -palveluiden tuottamista.

3.2 Yhteistyöalueet muodostavat potentiaalisesti tärkeän ja luontevan sisältöohjauksen tason. YTA-tasoa kannattaisi kehittää ja vahvistaa sisältöohjauksen näkökulmasta. Tämä voidaan tehdä jo nykyisenkin lainsäädännön puitteissa, mutta YTA-tasoisia sisältöohjauksen tehtäviä voisi myös selkeyttää lainsäädännössä. YTA-alueet voisivat ylläpitää kansallisia sisältöohjauksen verkostoja, tuottaa valtionhallinnolle tarvittava sisältöosaamisen, sekä arvioida ylipäättään milloin kansallista sisältöohjausta tarvitaan. Malli voi olla verkostomainen tai perustua esim. keskittämisesetuksessa tehtäviltään nykyistä selkeämmiksi määritettyihin osaamiskeskuksiin. YTA-tasoisten ohjaustehtävien erillisrahoitus kannattaisi selvittää.

## 7.4 Johtopäätös 4. Hyvinvointialueiden sisältöohjauksen toteutumisesta vastaavat tehtävät, vastuutahot ja toimivallat tulisi määritellä kansallisesti lainsäädännössä yhtenäisesti kaikille hyvinvointialueille.

Hyvinvointialueiden organisaatorakenteiden on katsottu kuuluvan alueellisen itsemääräämisoikeuden piiriin. Hyvinvointialueille onkin muodostunut hyvin vaihtelevat organisaatio- ja vastuurakenteet. Tämä vaikeuttaa hyvinvointialueiden kansallista ohjausta. Yhtenäisiä ja toimivia rakenteita, joiden kautta kansallista sisältöohjausta voisi toteuttaa, ei ole. Tämä voi muodostua merkittäväksi esteeksi terveydenhuollon tehokkaan kansallisen ohjauksen kannalta.

Sisältöohjauksen tehtäviä, vastuita ja niiden kautta myös sisältöohjauksen rakenteita voitaisiin kuitenkin määrittää sosiaali- ja terveydenhuollon substanssilainsäädännön kautta puuttumatta hyvinvointialueiden itsemääräämisoikeuteen. Sisältöohjauksen lainsäädäntöpohja seuraa perustuslaista (PL § 19.3 ja PL § 6.2) jonka mukaan ihmisillä on oikeus toisaalta riittäviin palveluihin, toisaalta yhdenvertaiseen hoitoon asuinpaikasta riippumatta. Alueellinen järjestämisvastuu ei anna hyvinvointialueelle oikeutta poiketa tästä. Lisäksi ammattihenkilölainsäädäntö määrittää yksittäisten sote-ammattilaisten velvollisuudet (ja samalla asiakkaiden ja potilaiden oikeudet) joista poikkeaminen ei ole mahdollista järjestämisvallan eli hyvinvointialueiden yleisjohdon päätöksillä.

Koska hyvinvointialueita on niin paljon vähemmän kuin kuntia, on hyvinvointialuekohtaisten vastuuhenkilöiden noin 20 hengen verkostoista mahdollista muodostaa potentiaalisesti hyvin merkittävä sisältöohjauksen taso Suomeen. Mikäli näiden vastuuhenkilöiden tehtävät, toimivallat ja pätevyysvaatimukset olisi määritelty riittävän yhdenmukaisesti, voisi tämänkaltainen verkosto toisaalta jalkauttaa kansallista sisältöohjausta tehokkaasti ja toisaalta osallistua keskeisellä tavalla kansallisen sisältöohjauksen tuottamiseen.

Nykyinen terveydenhuollon eri substanssilait sisältävät useita erikseen määritettyjä sisältöohjaukseen liittyviä tehtäviä sekä useita hyvinvointialueilta edellytettäviä, sisältöohjauksesta vastaavia viranhaltijoita. Näiden muodostamaa kokonaisuutta tai tehtävien ja viranhaltijoiden keskinäisiä suhteita ei kuitenkaan ole määritelty selkeästi, eikä mietitty kokonaisuutenaan. Olisi tärkeää, että sisältö-

ohjauksen vastuutehtävistä rakennettaisiin selkeä, koko terveydenhuollon kattava ja hierarkisesti läpinäkyvästi määritelty sisältöohjauksen vastuukokoonaisuus. Terveydenhuollon sisältöohjaukseen liittyviä vastuutehtäviä tarvitaan käytännössä lisää, jotta niistä vastaavien viranhaltijoiden tehtävät muodostavat hallittavia kokonaisuuksia. Tehtävät tulee määrittää sitovasti, koska muuten yhteneväistä rakennetta ei synny. Esimerkiksi terveydenhuoltolain 57§ mukaisen vastaavan lääkärin tehtävät on tulkittu hyvinvointialueilla aivan eri tavoin.

Hyvinvointialueiden terveydenhuollon sisältöohjauksen vastuutahojen määrittäminen selkeyttäisi samalla terveydenhuollon omavalvonnan rooleja ja vastuita. Sisältöohjauksen vastuutahoja ja -tehtäviä määritettäessä on huomioitava, että vastuuhenkilöllä on tosiasialliset mahdollisuudet toteuttaa sisältöohjausta. Tämä edellyttää riittäviä toimivaltuuksia ja käytännön toimintamahdollisuuksia organisaatiossa, mutta myös asianmukaista osaamista ja koulutusta.

Osaamis- ja uskottavuusvaatimusten vuoksi sisältöohjauksesta voi käytännössä vain harvoin vastata muun kuin kyseisen alan koulutuksen saanut henkilö. Sisältöohjaus tapahtuu siis pääosin professiolinjojen mukaisesti riippumatta organisaation virallisista rakenteista. Selkeiden sisältöohjauksen linjojen määrittäminen voi tehdä näistä ns. epävirallisista organisaatioista virallisia, ja selkeyttää samalla koko organisaation johtamista.

Terveydenhuollon sisältöohjauksen rakenteita ei tulisi päästää eriytymään samalla tavoin kuin järjestämisen rakenteet ovat eriytyneet. Tämä vaikeuttaa johtamista ja ohjausta aivan tarpeettomasti. Hyvinvointialueet voivat halutessaan yhdistää sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen, tai pitää ne erillään. Käytännössä sisältöohjauksen määritettävien vastuuvirkamiesten myötä hyvinvointialueiden organisaatorakenteet todennäköisesti yhtenäistyisivät jonkin verran. Tämä tukisi merkittävästi myös järjestämisen ohjauksen onnistumista.

**Ehdotus 4.** Hyvinvointialueiden sisältöohjauksen toteutumisesta vastaavat tehtävät, vastuutahot ja toimivallat tulisi määritellä kansallisesti lainsäädännössä yhtenäisesti kaikille hyvinvointialueille. Nykyistä yhtenäisemmät rakenteet ovat edellytys ohjauksen onnistumiselle

4.1 Sisältöohjauksen ja järjestämisen ohjauksen rakenteet tulisi hahmottaa selkeästi erillisinä tehtävinä hyvinvointialueiden ylätasolla sekä hyvinvointialueiden ja valtion suhteessa. Tämä tehostaisi hyvinvointialueiden johtamista ja kansallista ohjausta, ja se määrittäisi nykytilaa selkeämmin alueellisen poliittisen päätöksenteon ja kansallisen sisältöohjauksen piiriin kuuluvien asioiden rajat.

Valtionhallinto voi edistää roolien selkeyttämistä kohdistamalla terveydenhuollon sisältöohjauksen sellaisiin hyvinvointialueen tahoihin, joilla on tosiasiallinen mahdollisuus toteuttaa ja vastata sisältöohjauksesta. Terveydenhuollon sisältöohjausta ei tule kohdistaa hyvinvointialueen johtajaan tai luottamushenkilöihin.

Hyvinvointialueille tulisi määrittää lainsäädännöllä nykyistä yksityiskohtaisempi ja kansallisesti yhdenmukainen palveluiden sisältöohjauksen toimeenpanon rakenne ja malli. Tämä onnistuisi määrittämällä kansallisesti yhdenmukaisesti jokaiselta alueelta edellytettävät sisältöohjauksen tehtävät, vastuutahot ja toimivallat.

Sisältöohjauksen vaatimusten ja tehtävien tarkempi määrittely ei ole ristiriidassa alueellisen itsemääräämisoikeuden kanssa. Erikseen määritettyjä sisältöohjauksen tehtäviä ja vastuuvirkamiehiä on terveydenhuollon lainsäädännössä jo useita. Tarvittavien vastuutehtävien ja -viranhaltijoiden kokonaisuus, tehtävät ja keskinäiset suhteet tulisi käydä läpi kokonaisuutenaan. Vastuutehtäviä tulisi lisätä kattamaan koko sisältöohjauksen kenttä, ja tehtäviin liittyvät vastuut määrittää nykyistä selkeämmin. Sama kannattaisi todennäköisesti tehdä myös sosiaalihuollon palveluiden osalta.

4.3 Sisältöohjauksen vastuiden tarkemman määrittelyn myötä muodostuisi uusi uusi kansallinen rakenne, jossa jokaiselta hyvinvointialueelta löytyy samalla tavalla määritellyillä sisältöohjauksen tehtävillä, vastuilla ja toimivallalla oleva viranhaltija. Tämä uusi, noin 20 aluekohtaisen vastuuhenkilön muodostama verkosto muodostaisi potentiaalisesti merkittävän uuden toimintamallin suomalaisen sote-palveluiden kehittämisessä ja ohjauksessa.

4.4 Hyvinvointialueiden vastuuhenkilöiden verkosto olisi luonteva rakenne sekä jalkauttamaan sisältöohjausta, että tuottamaan sitä yhteistyössä kansallisten toimijoiden kanssa. Ns. substanssiosaamisen kanavointi hyvinvointialueilta kansalliseen käyttöön onnistuisi luontevasti tämän rakenteen kautta. Alueellista koordinaatiota edellyttäviä sisältöohjauksen tehtäviä ja vastuita voidaan luontevasti määrittää yhteistyöaluetasolle nykylainsäädännön puitteissakin. YTA-tasoisesti määritettyjen sisältöohjauksen vastuiden avulla voitaisiin edistää sekä palveluiden yhdenvertaisuutta että kustannustehokasta työnjakoa, kuitenkin puuttumatta hyvinvointialueen itsemääräämisoikeuteen palveluiden järjestämistä koskien.



