

**JULKISEN JA YKSITYISEN  
TERVEYSPALVELUN VALINTA**  
**Tutkimus kansalaisten valinnoista Herbert A. Simonin  
päättökseteoriaa soveltaen**

Päivi Taskinen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalihalintotiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen

laitos

Marraskuu 2014

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta  
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaalihalvintotiede

TASKINEN, PÄIVI: JULKISEN JA YKSITYISEN TERVEYSPALVELUN  
VALINTA Tutkimus kansalaisten valinnoista Herbert A. Simonin päätöksentekoteoriaa  
soveltaen

Pro gradu -tutkielma, 66 sivua, 4 liitettä (5 sivua)

Tutkielman ohjaajat:

HTT, professori Jari Vuori

TtM Marika Kylänen

Marraskuu 2014

---

Avainsanat: julkinen sektori, yksityinen sektori, päätöksenteko, kansalaiset, valinta  
(YSA)

Tämän pro gradu-tutkielman aiheena on yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen valitseminen, kun valintaa ovat tekemässä Suomen kansalaiset. Tässä tutkielmassa halutaan tietää, miksi valitsemme niin kuin valitsemme, ei sitä, kumman terveyspalvelun valitsemme.

Päätöksentekoteorioina ovat Herbert A. Simonin käyttämät päätöksentekomallit, rationaalinen, inkrementaalinen ja mixed-scanning-malli. Rationaalisessa mallissa pyritään suoraan kohti tavoitetta, inkrementaalisessa mallissa edetään vähitellen kohti tavoitetta. Mixed-scanning-malli on edellisten yhdistelmä, jossa tarvittaessa poiketaan päätävästä tehdä päätöksiä. Tutkielman tarkoituksena on tuoda esille Suomen kansalaisten päätöksentekoa, minkä mallin mukaan me valitsemme terveyspalvelumme ja mitkä seikat tähän valintaan vaikuttavat.

Tutkimuksen kohteena on kyselyaineisto ”Tutkimus kansalaisten terveyspalveluja koskevasta valinnasta”. Aineisto on vuosien 2005–2006 aikana kerätty elektroninen kyselyaineisto (n=2799), josta tutkielman edetessä lopulliseksi otokseksi jäi N=753. Aineisto on kerätty PubPri-tutkimusryhmän toimesta viidestä yliopistosairaalakkaupungista, Helsingistä, Kuopiosta, Tampereelta, Turusta ja Oulusta. Tutkimusmenetelmänä on laadullinen sisällön analyysi.

Tutkimustulos viittaa siihen, että Suomen kansalaiset näyttäisivät noudattavan rationaalista päättelyä valinnoissaan. Tärkeimmiksi päätöksentekoon vaikuttaviksi seikoiksi näyttävät nousevan rationaalisessa päätöksentekomallissa parhaan vaihtoehdon valitseminen, mixed-scanning-mallissa vaivan laatu ja inkrementaalisessa päätöksentekomallissa palvelun saatavuus.

Olisi mielenkiintoista tehdä jatkotutkimus vertailevana tutkimuksena. PubPri-tutkimusryhmä on koonnut uudemman tutkimusaineiston, sekä täältä Suomesta, että Englannista. Olisi mielenkiintoista tietää, onko päätöksentekomme muuttunut ja onko päätöksenteko samanlaista Englannissa ja Suomessa.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business  
Studies  
Department of Health and Social Management, Social Management Sciences

TASKINEN, PÄIVI: Selecting Public or Private health care  
The Research of citizen's choices applying Herbert A. Simon's decision making theory

Master's thesis, 66 pages, 4 appendices (5 pages)

Advisors:

Jari Vuori, PhD., Professor

Marika Kylänen, M.Sc., Researcher

November 2014

---

Keywords: the public sector, the private sector, decision making, citizen, choice

The aim of this study is selecting public or private health care. The citizens of Finland are making decisions. This study wants to bring out the ways of selecting services applying Simon's decision theory, why citizens are selecting like they do and the point is not which one they choose, public or private.

The decision-making theories by Herbert A. Simon are the models used in management sciences. The models are rational, incremental and mixed-scanning. This study brings out the decisions made by citizens of Finland and which model they use when choosing health services and what kind of factors are affecting into that selection.

The subject of this study is survey data, which is called "A study about citizens' choices toward public and private services". The national data (n=2799) was collected in years 2005-2006 and it is electronic. The final sample for this study was N=753. The national data was collected by PubPri Research Group in five cities which have university hospitals. The cities were Helsinki, Kuopio, Tampere, Turku and Oulu. Qualitative content analysis was used as the research method.

The result of this study suggests that citizens of Finland are using rational decision making in their selections. The most important factors affecting into selection are selecting the best alternative in rational model, the quality of condition in mixed-scanning model and availability of services in incremental model.

It might be interesting to make a further study as comparative study. The PubPri Research Group has collected a new data in Finland and England. It would be interesting to find out if we are selecting like they do in England or are we Finnish some kind  
unique.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Tutkimuksen tausta ja tarkoitus .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Tutkimuskysymykset .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Tutkimusasetelma.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4. Tutkimuksen rakenne .....</b>	<b>6</b>
<b>2 VALINTA JA PÄÄTÖKSENTEKO .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Valinnan käsite ja lähikäsitteet .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Päätöksenteko ja valinnat .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Herbert A. Simonin päätöksentekoteoria.....</b>	<b>17</b>
<b>3 VALINTA JA TERVEYSPALVELUT .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. Julkiset ja yksityiset terveyspalvelut .....</b>	<b>22</b>
<b>3.2. Kansalainen terveyspalvelujen valitsijana .....</b>	<b>24</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄ.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1. Tutkimusaineisto .....</b>	<b>28</b>
<b>4.2. Tutkimusmenetelmänä sisällönanalyysi .....</b>	<b>29</b>
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>34</b>
<b>5.1. Rationaalinen päätöksentekomalli.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2. Inkrementaalinen päätöksentekomalli .....</b>	<b>41</b>
<b>5.3. Mixed-scanning-päätöksentekomalli .....</b>	<b>42</b>
<b>6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT .....</b>	<b>44</b>
<b>6.1. Kansalaisten valintaan vaikuttavien seikkojen vertailu .....</b>	<b>44</b>
<b>6.2. Luotettavuus ja eettisyys.....</b>	<b>50</b>
<b>6.3. Ideoita jatkotutkimukseen .....</b>	<b>52</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>54</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>58</b>
<b>LIITE 1. Koeotos nro1.....</b>	<b>58</b>
<b>LIITE 2. Koeotoksesta koko aineiston jaotteluun.....</b>	<b>59</b>
<b>LIITE 3. Analyysin pohjaksi päätöksentekomallien kolmijako (Salminen 1998, 79) .....</b>	<b>60</b>
<b>LIITE 4.....</b>	<b>61</b>

## KUVIOT

KUVIO 1 Aineiston vastausten jaottelussa käytetty malli .....	5
KUVIO 2 Yksilön terveydenhoitoa koskevan päätöksenteon omatoimisuuden ja omaehtoisuuden aste (Meriläinen 1986 mukailten) ks. Kylänen, Vuori & Allen 2012, 41 .....	9
KUVIO 3 Tutkimusasetelma .....	4
KUVIO 4 Aineiston analyysi (Muokattu kirjasta Syrjälä ym. 1996, 95 pohjalta.) .....	32
KUVIO 5 Teorialähtöinen sisällönanalyysi .....	39

## TAULUKOT

TAULUKKO 1 Rationaaliseen päätöksentekoon vaikuttavat asiat .....	40
TAULUKKO 2 Inkrementaaliseen päätöksentekoon vaikuttavat asiat.....	42
TAULUKKO 3 Mixed-scanning-päätöksentekoon vaikuttavat asiat.....	43
TAULUKKO 4 Päätöksentekoon vaikuttavat asiat päätöksentekomalleittain.....	46
TAULUKKO 5 Päätöksentekoon vaikuttavat asiat päätöksentekomalleittain prosentteina (%).....	47
TAULUKKO 6 Tutkimuksen luotettavuuskriteerit (Syrjälä ym. 1996, 130) .....	51

## KUVAT

Kuva 1 Esimerkki aineiston karsimisesta.....	35
--	----

## 1 JOHDANTO

### 1.1. Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämä tutkimus tavoittelee uutta tietoa terveystalvueluista ja kansalaisten niitä koskevista valinnoista Herbert A. Simonin päätöksentekoteoriaa soveltaen. Tutkimuskohteena ovat terveystalvuelut, tosin samoja päätöksentekotapoja ja malleja voidaan soveltaa sosiaalitalvuelujen valintaan, ja tässä tutkimuksessa on saatu selville myös niitä seikkoja jotka valintaan vaikuttavat. Näin esimerkiksi sosiaali- ja terveystalvuelujen järjestämisestä vastaavat tahot voisivat hyötyä tämän tutkimuksen tuloksista.

Päätöksentekoa on aiemmin tutkittu muun muassa johtajien ja organisaatioiden päätöksenteon näkökulmista. Uudemmissa tutkimuksissa on tutkittu muun muassa kansalaista sähköisten sosiaali- ja terveystalvueluiden käyttäjänä (Paukkala 2010), kansalaista aktiivisena toimijana (Jousimaa 2013), terveystalvuelujen kehittämistä (Marmor & Wendt 2011), kansalaisten vaikuttamista terveystalvueluiden periaatteisiin (Kasemsup 2008) ja julkisen sektorin osuutta terveydenhuoltoon liittyvässä päätöksenteossa (Litva 2002). Tutkimuksissa on kuvattu millainen tieto vaikuttaa heidän päätöksentekoonsa. Tutkimuksessa on myös tehty huomio, että terveydenhuollossa johtajat käyttävät tietoa laajasti päätöksentekonsa tukena. (Viitanen ym. 2007, 37, 43) Päätöksentekoon liittyvää tutkimusta on tehty myös organisaation näkökannalta, kuten Barnard (1938), Simon (1945, 1957), March (1958) ja Olsen (1976). 1960- ja 1970- luvuilla tutkimusta laajennettiin psykologian ja sosiaalipsykologian puolelle. Siellä päätöksentekoa ovat tutkineet muun muassa Shull, Delbeck ja Cummings (1970), Kirsch (1977) ja Elbing (1978). Myös itse päätöksentekotapahtumaa on tutkittu Simonin (1957), Hesselbachin (1970) ja Pitzin (1977) toimesta. (Laukkanen 1983, 1-2.)

Simonin päätöksentekoteoriassa voidaan nähdä kolme tapaa tehdä päätös. Rationaalisisessa teoriassa pyritään pääsemään mahdollisimman suoraan asetettuun tavoitteeseen. Inkrementaalisisessa päätöksenteossa joudutaan tekemään vaiheittaisia päätöksiä ja kompromisseja. Mixed-scanning tapa päättää on edellisten mallien

sekoitus. Päästäkseen tavoitteeseen päätökset ovat yhden mallin mukaisia, josta joustetaan tarpeen mukaan.

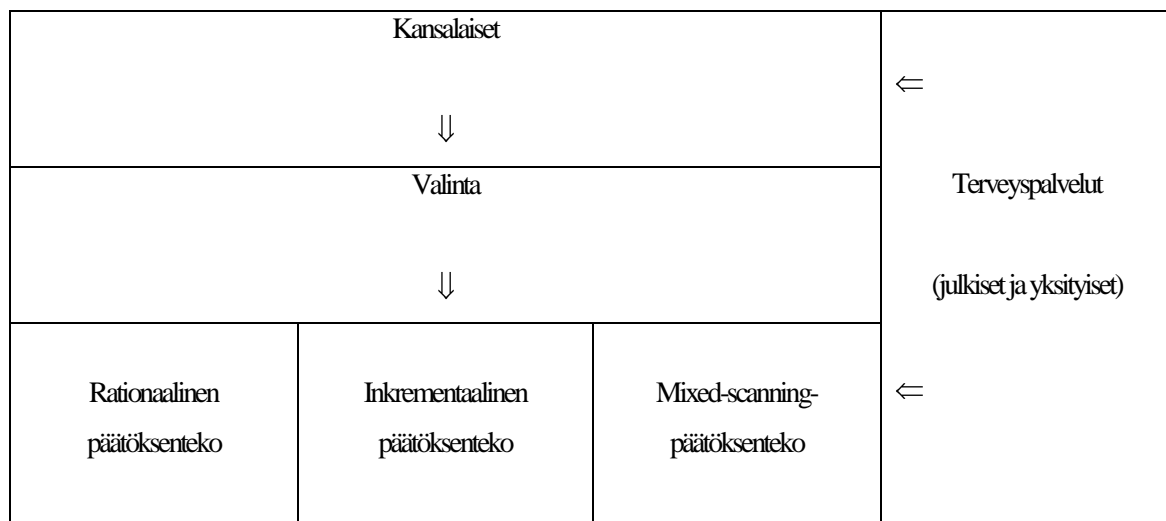
Edellä mainittua aihepiiriä on siis tutkittu, mutta ei juuri kansalaisen näkökulmasta ja Simonin päätöksentekoteorian valossa. Tutkimuksen teoriaksi on otettu hallintotieteessä käytetty Herbert A. Simonin päätöksentekomalli.

## 1.2. Tutkimuskysymykset

1. Mikä Herbert A. Simonin päätöksentekomalli on kansalaisten terveystalveluiden valinnan taustalla, rationaalinen, inkrementaalinen vai mixed-scanning?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat kansalaisten terveystalveluiden valintaan?
3. Miten tutkimustulokset voisivat soveltua sosiaalipalveluihin?

## 1.3. Tutkimusasetelma

Seuraavassa kuviossa on esitetty tämän pro gradu-tutkielman tutkimusasetelma. Tässä tutkimuksessa ei ole kiinnitetty huomiota siihen kumman kansalaiset valitsevat, julkisen vai yksityisen. Päämielenkiinto kohdistuu nimenomaan siihen, miten Suomen kansalaiset päättävät valita terveystalvelunsa.



**KUVIO 1** Tutkimusasetelma

Tutkimusaineiston määrä oli suuri (N=2799). Aineisto koostui avoimista vastauksista, jotka auki kirjoitettuina olivat yhdestä sanasta jopa 10 riviä pitkiin vastauksiin fontilla Times New Roman ja fonttikoolla 12. Tulostin vastaukset ja leikkasin jokaisen vastauksen omaksi lapukseksi niin, että vastauksen lisäksi lapussa näkyi vastauksen numero. Näin pystyisin jäljittämään vastauksen ja tarkentamaan sen taustoja SPSS -ohjelmalla, jos tarvitsisin. Seuraavassa vaiheessa otin esiin tekemäni listan seikoista, joiden avulla pystyisin jakamaan vastaukset rationaalisiin, inkrementaalisiin ja mixed-scanning-päätöksentekomalleihin (Kuvio 2).

<b>Rationaalinen päätöksentekomalli</b>	<b>Inkrementaalinen päätöksentekomalli</b>	<b>Mixed-scanning-päätöksentekomalli</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>asetetaan tavoite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>päätöksenteko on neuvottelua ja kompromisseja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>on edellisten mallien sekoitus</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>kartoitetaan kaikki erilaiset strategiat ja vaihtoehdot, joilla tavoite voidaan saavuttaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>päätökset edustavat enemmän sitä, mikä on mahdollista, kuin sitä, mikä on toivottavaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tavoitteena siinä on erotella tarvittavat pitkäaikaiset ja tavoitteelliset peruspäätökset rajoitetuista päätöksistä, joita tehdään peruspäätösten antamisraameissa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>arvioidaan kaikkien vaihtoehtoisten strategioiden seuraukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>päätökset inkrementaalisia eli vähäisiä</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>valitaan paras strategia tavoitteen saavuttamiseksi</li> </ul>		

**KUVIO 2** Aineiston vastausten jaottelussa käytetty malli

Tein aluksi koeotoksen, johon otin mukaan 121 vastausta (LIITE 1.) ja jaottelin ne edellä esitetyn vastausten jakomallin mukaisesti. Merkitsin vastauksiin myös värikoodin, eli rationaaliset vastaukset punaisella, inkrementaaliset sinisellä ja mixed-scanning-vastaukset keltaisella. Vastaukset jakautuivat 72 rationaaliseen, 21 inkrementaaliseen ja 28 mixed – scanning - vastaukseen.

Toinenkin koeotos toimi edellisen jaottelun mukaisesti. Siihen otin kaikkiaan 211 vastausta, jotka jakaantuivat 122 rationaaliseen, 41 inkrementaaliseen ja 48 mixed-scanning-vastaukseen. Jaottelu siis toimi, ja pystyin erottelemaan vastaukset mallin antamien ehtojen mukaisesti. Nyt uskalsin luottaa siihen, että tämä tapa toimii ja voisin jatkaa samalla tavalla koko aineiston kanssa (LIITE 2.).



Tässä vaiheessa alleviivasin kaikista malleista ne kohdat, jotka vaikuttivat epävarmassa tilanteessa vahvimmin vastauksen jaotteluun. Rationaalisessa alleviivasin kohdan ”valitaan paras strategia tavoitteen saavuttamiseksi”. Inkrementaalisessa alleviivasin ”kompromisseja” ja ”mikä on mahdollista”. Mixed-scanning-mallissa alleviivasin kohdan ”tavoitteelliset peruspäätökset”. Näin en työn keskeytyessä unohda, mitä olen tekemässä ja voin varmentaa ja tarkistaa, että työ jatkuu samoin ehdoin kuin ennen taukoa.

#### **1.4. Tutkimuksen rakenne**

Tieteellinen tutkimus on kuin merkkien tulkitsemista ja johtolankojen luomista. Näiden vihjeiden pohjalta yritetään nähdä jotakin sellaista, mitä ei suoraan aineistosta näe. (Alasuutari 1999, 77) Hirsjärven ja kumppaneiden (2008, 161) mukaan kvalitatiivinen tutkimus on kuin väripaletti. Jokainen tutkija tekee oman tutkimuksensa omalla tavallaan ja samalla sekoittaa paletin värit uniikilla tavallaan.

Tässä tutkimuksessa ensimmäisessä johdantoluvussa käydään läpi työn tausta ja tarkoitus, tutkimuskysymykset, koko tutkimuksen rakenne ja käytetty tutkimusmenetelmä. Toisessa ja kolmannessa luvussa päästään käsiksi tutkimukseen liittyviin käsitteisiin, valintaan, päätöksentekoon ja terveyspalveluihin.

Neljännessä luvussa käydään läpi tutkimuksen aineisto ja viidennessä päästään itse asiaan, tutkimustuloksiin. Lopuksi on vuorossa tutkimuksen pohdinta ja päätelmät. Työn loppuun on koottu kuvia liitteisiin siitä, miten koko tutkimus on edennyt käytännössä.

## 2 VALINTA JA PÄÄTÖKSENTEKO

### 2.1. Valinnan käsite ja lähikäsitteet

Simonin mukaan valinta on sitä, että yksilö valitsee yhden tietyn toimintalinjan. Samalla hän jättää muut vaihtoehdot syrjään. Toiminta eli valinta on yleensä rationaalista eli päämääräorientoitunutta. Valinta voi olla myös suunnittelun ja kehittämisen ketjusta syntyvä tuote. Valintaprosessissa yksilö valitsee yhden toimeenpantavan toimenpiteen useista vaihtoehdoista. Valinta tarkoittaa yhden vaihtoehdon poimimista useista tarjolla olevista, jos se tehdään rationaalisesti ja tietoisena objektiivisista olosuhteista. (Simon 1979, 47.)

Yksilön valinta tapahtuu premissien eli jo annettujen perusteiden muodostamassa ympäristössä. Yksilö hyväksyy premissit valintojensa perustaksi. Yksilön on lähes mahdotonta perustaa valintansa puhtaan rationaalisesti, koska kaikkien vaihtoehtojen tutkiminen on mahdotonta. Yksilön valinta tapahtuu tilanteessa, jossa häneen vaikuttavat tietty määrä informaatiota ja ärsykeitä. Tällöin voidaan valintaa tehdessä puhua inhimillisestä rationaalisuudesta. (Simon 1979, 117, 142.)


Korpelan ja Mäkitalon mukaan julkishallinto vastaa nykyään palveluiden järjestämisestä ja monissa asioissa myös palveluiden tuottamisesta. Julkishallinnon organisaatioissa kaikki muutokset ovat yleensä hyvin hitaita ja tuottamattomatkin tavat saavat jatkua pitkään, ennen kuin asiaan puututaan. Yksityisellä puolella tällainen toiminta ei käy. Julkishallinnossa pitäisi ajatella enemmän asiakasta. Asiakslähtöisyys, aito sellainen, muuttaa toiminnan luonnetta, jolloin laatu ja tuloksia painottavat toimintatavat ovat eduksi. Terveystieteissä asiakkaalla ei ole suurta valinnanvapautta toimintoja ja palveluiden tuottajia valitessaan. Julkiselle palveluntuottajalle ei ole välttämättä ensimmäistäkään vaihtoehtoa. (Korpela & Mäkitalo 2008, 130–131.)

Yksilöllä voi olla vaikeuksia tehdä valintoja kaikesta tiedosta huolimatta. Yksilö ei pysty myöskään vaikuttamaan kaikkiin tekijöihin, jotka määrittävät terveyttä. Terveys

on osa meidät hyvinvointiamme, johon vaikuttavat useat tekijät, terveydenhuolto mukaan luettuna. (Mikkola & Bergström 1994, 13.)

Kansalaisen valinnan perustana voi olla korkea maksukyky Mikkolan ja Bergströmin mukaan (1994, 25). Rikas potilas voi ostaa itselleen halutessaan yksityisen terveydenhuollon palveluja. Yksityiset palvelut periaatteessa täydentävät julkisia palveluja, mutta samalla yksityinen terveydenhuolto antaa mahdollisuuden valita hoitavat lääkärit ja hoidon ajankohdan. Yksityiset palveluntuottajat voivat myös tarjota sellaisia palveluita, mitä julkisella puolella ei ole ollenkaan tarjolla.

Julkisten terveystalvelujen käytöstä on luotu malli, jossa selittävät tekijät on jaettu kolmeen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä on hoidon tarvetta kuvaavat tekijät. Kyseessä on siis yksilön tarve, sairaus on syy, jonka vuoksi palvelua tarvitaan. Toisessa ryhmässä ovat terveystalvelujen käyttöä mahdollistavat tekijät. Näitä ovat terveystalvelujen tarjontaan liittyvät asiat, kuten saatavuus ja saavutettavuus. Myös palvelujen kustannusten korvattavuus ja yksilön tulotaso kuuluvat mahdollistaviin tekijöihin. Kolmantena ryhmänä ovat terveystalvelujen käyttöä altistavat tekijät. Näihin kuuluvat henkilön etninen tausta, ikä, sukupuoli, koulutus, sekä kaikki terveyteen liittyvät asenteet, uskomukset ja tiedot. (Mäkäräinen 1986, 87.)

HOIDONTOTEUTTAJA	YKSILÖN PÄÄTÖKSEN TEON JA HOIDON TOTEUTUKSEN ITSENÄISYYS ERI HOITOJÄRJESTELMISSÄ	
		
	Suuri	Pieni
Yksilö itse	Yksilön itsenäinen hoidon valintapäätös ja oma hoidon toteutus	Toisten tekemä hoidon valintapäätös ja yksilön toteuttama hoito toisten ohjaamana
Toinen maallikko tai maallikkoryhmä Epäviraalisen ammatillisen terveydenhuoltojärjestelmän edustaja Virallisen terveydenhuoltojärjestelmän edustaja	Yksilön itsenäinen hoidon valintapäätös ja muiden toteuttama hoito	Muiden tekemä hoidon valintapäätös sekä muiden antama ja kontrolloima hoito
	Omaehtoista: Yksilö kontrolloi ja päättää itse	Muiden täysin ohjaamaa: Muut päättävät yksilön puolesta ja kontrolloivat

**KUVIO 1** Yksilön terveydenhoitoa koskevan päätöksenteon omatoimisuuden ja omaehtoisuuden aste (Meriläinen 1986 mukailen) ks. Kylänen, Vuori & Allen 2012, 41

Kansalaisten valintoja on tutkittu aiemminkin, esimerkiksi Kallion (Kallio 2010) tutkimuksen mukaan Suomen kansalaiset ovat edelleen hyvin sitoutuneita hyvinvointivaltioon. Sama koskee myös julkisia hyvinvointipalveluita. Vertailun vuoksi, Ruotsissa ollaan hyvinvointipalveluihin kaikkein vähiten tyytyväisiä siellä, missä palveluihin on panostettu rahallisesti eniten. Odotukset ja toiveet palveluja kohtaan siis kasvavat samaa mukaa kun palveluihin rahallisesti panostetaan. (Kallio 2010, 56.)

Suomessa julkisia palveluja kannatetaan laajasti ja kaikkeen uuteen, kuten yksityisiin terveystalosten tuottajiin, suhtaudutaan varauksella. Suomalaiset ovat muiden pohjoismaalaisten kanssa samoilla linjoilla eli julkisia terveystalosten kannatetaan. (Kallio 2010, 63.)

Suomalaisilla on ollut huolta terveystalosten riittävydestä aiemmin 1990-luvulla. Palveluiden laatu ei niinkään herättänyt huolta. Uusimpien tutkimusten mukaan ongelmana terveystalosten on palvelujen saatavuus. Monet kokevat, että joko palveluja ei ole tai että niitä saa odottaa kohtuuttoman kauan. (Kallio 2010, 66–67.)

Aiemmin aihetta on tutkittu myös asiakkaan valinnanvapauden toteutumisen kannalta sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön toimesta. Silloin on huomattu, että asiakkaan, potilaan oikeudet ja valinnanvapaudet eivät toteudu täydellisesti. Laissa säädetyt oikeudet toteutuivat tutkimuksen mukaan parhaiten ja valinnanvapauteen liittyvät oikeudet kaikista heikoiten. Parhaiten tilannetta voitaisiin parantaa kohentamalla valinnanvapautta ja siihen liittyen potilaan oikeutta valita hoitava lääkäri, hoidon ajankohta ja hoitopaikka. (Pekurinen, Punkari, Pokka 1997, 12, 42.)

Asiaa on havainnollistettu myös terveystieteiden ministeriön käsitteellisen kartan avulla, johon on jaoteltu kansalaiset viiteen ryhmään. Siinä vapaus valita on toisena ääripäänä ja valinnan vapauden ja äänen kuulumisen puuttuminen toisena ääripäänä. Samassa tutkimuksessa on katsottu myös arvoja valinnan takana, ovatko ne enemmän julkisten vai yksityisten terveyspalvelujen kannalla. (Kylänen, Vuori & Allen 2012, 50) Valintaa voidaan siis lähestyä hyvin monista näkökulmista.

Aiempien tutkimusten myötä on todettu, että kansalaiset ovat kunnallisen järjestelmän takana. Sosiaali- ja terveyspalvelut tulisi tuottaa julkisesti, joko valtion tai kunnan toimesta. Järjestelmän suosio perustuu siihen, että kaikilla kansalaisilla on yhtenäisesti näihin palveluihin oikeus ja kaikki näistä palveluista hyötyvät. (Kallio 2010, 102) Toisaalta, Kylänen, Vuoren ja Allenin (2012) artikkelissa tuodaan esille kulttuurinen ohjautuminen terveyspalveluihin. Ihmiset suhtautuvat terveyspalveluihin eri tavoin palvelun tarpeen kiireellisyydestä riippuen. Jos ihmisillä on kova hätä saada terveyspalvelu, he eivät välitä palveluntuottajasta, onko se julkinen vai yksityinen. Jos ihmiselle jää aikaa harkita, silloin kulttuurinen ohjautuminen (esim. sosiaalisesti jaetut arvot, asenteet, uskomukset) tulee valintojen yhdeksi perusteeksi.

Tämän tutkimuksen tavoite on tarkastella kansalaisten päätöksentekoa kolmen erilaisen päätöksentekomallin mukaan, luokittelematta valintaan vaikuttavia taustatekijöitä kuten vastaajan ikä, sukupuoli tai yhteiskunnallinen asema. Minkä päätöksentekomallin mukaan Suomen kansalainen terveyspalvelunsa oikein valitsee?

Simonin mukaan (Zey 1992, 3) ihmiset eivät pysty selittämään omaa päätöksentekoaan, varsinkaan jos päätöksenteossa on ollut jotakin epävarmaa. Usein ihmiset kertovat tehneensä päätöksensä rationaalisesti, mutta se ei välttämättä ole lähelläkään

päätöksenteon realismia. Tutkijoiden onkin tärkeämpää keskittyä tutkimaan todellisia päätöksentekotilanteita kuin tekemään yleistyksiä. Tämä täytyy ottaa huomioon tässäkin pro gradu-tutkimuksessa. Aineisto koostuu kansalaisten avoimista vastauksista, joten toivottavasti näin päästään mahdollisimman lähelle totuutta.

Simon perustelee päätöksenteon tutkimista sillä, että ei ole mitään niin tärkeää tutkittavaa kuin ymmärtää ihmisten mieltä. Tärkeää on se, miten ihminen ratkaisee ongelmia ja tekee tehokkaita päätöksiä ja kehittää samalla meidän ongelmanratkaisutaitojamme ja päätöksentekokykyjämme. Kun tutkimme näitä, siitä on apua yhteiskunnalle ja sen kyvyille käsitellä asioita, pieniä ja isoja, meidän eduksemme. Päätöksentekoteoriat ovat yhteydessä tutkimuksessa siihen, miten ihmiset oikeasti päätöksistään tekevät sekä niihin prosesseihin, joita ihmiset käyttävät ongelmia ratkaistessaan. (Zey 1992, 32–33.)

Aiemmin on pohdittu, kuinka voisimme löytää selittävän mallin ihmisten ongelmanratkaisulle. Simon esitti, että tutkittaisiin ongelmanratkaisuun liittyvää käyttäytymistä. Sen perusteella voisi tehdä kyseisistä havainnoista mallin asiaa selventämään. (Simon 1987, 19.)

Toisen maailmansodan jälkeen tutkimus päätöksenteossa keskittyi rationaalisuuteen, subjektiivisen odotetun hyödyn malliin ja sittemmin erilaisiin peliteorioihin. Viimeisimpien vuosikymmenten aikana päätöksenteon tutkimukset ovat levinneet esimerkiksi taloustieteeseen ja päätöksentekoon organisaatioissa ja hallinnossa. (Zey 1992, 51.)

Kuusi (1968) puhuu terveydenhuoltopolitiikasta osana sosiaalipolitiikkaa. Yhteiskunnan vastuulla on väestön yleinen terveys ja se, että terveyspalveluja on tarpeeksi saatavana kansalaisille. Tavoitteena terveydenhuoltopolitiikassa on sekä pitää yllä terveyttä että palauttaa terveys. Samassa Kuusi toteaa että terveyden takaisinsaaminen ei saa johtaa kansalaista taloudellisiin vaikeuksiin. (Kuusi 1968, 252.)

Terveydenhuoltopolitiikan saavutuksia Kuusen mukaan on viisainta tutkia tarkastelemalla kuolevuuslukuja ja kiinnittää huomiota niiden mataluuteen. Se on hänen mukaansa ainoa selkeä tapa mitata terveydenhuoltopalveluiden toimivuutta.

Terveydenhuoltopolitiikka on toisaalta organisatorista ja toisaalta lääkinnällistä. Nämä taloudelliset ja lääkinnälliset seikat ovat tiiviisti yhdessä. Palveluiden tulee olla kaikkien kansalaisten saatavissa. (Kuusi 1968, 253.)

Kun terveystalvveluja tarvitaan, se on suuri taloudellinen kokonaisuus. Siihen liittyy ansionmenetystä, lääkekuluja, lääkäripalkkioita ja sairaalamaksuja. Kuusi on pohtinut jo silloin terveydenhoitomme turvaamista, rahallisesti. Hän kuitenkin hieman myöhemmin kokoo ajatukset siihen, että koska kansanterveyden kohottaminen on nähty tärkeäksi Suomelle, siihen on myös laitettu rahaa. (Kuusi 1968, 254–255.)

Suomalainen terveydenhuolto perustuu palveluihin. Vaikka järjestelmää onkin karsittu, vaikutukset eivät ole olleet kovin näkyviä terveydenhuollon puolella. Vaikutukset voivat ilmetä pidentyneinä jonoina tai palvelujen laadun heikkenemisenä. (Saarinen 2010, 20–21.)

Jotkin suuremmat muutokset näkyvät kansalaisillekin asti. Esimerkiksi palveluiden omavastuuosuudet asiakasmaksujen muodossa on tällainen muutos vuodelta 1993. Yksityishenkilöt eli kansalaiset maksavat noin 20 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista, joka on suhteellisen korkea luku EU-maiden keskuudessa. (Saarinen 2010, 21.)

Uusimmissa tutkimuksissa on todettu, että länsimaissa terveystalvvelut ovat monikerroksisia ja monimuotoisia. Suomessa hallitus asettaa rajat tälle toiminnalle. Päätekijöinä ovat palvelujen kehittäjät ja palvelujen tuottajat, jolloin kuntien rooli on maksajan. Suurin terveystalvvelujen tuottaja on julkinen sektori, ja lait ohjaavat palvelujen tuottamista. Yksityinen sektori kattaa noin 10 % palveluista ja ne ovat osittain KELA:n ja osittain asiakkaan itsensä maksamia. Kunnat siis edelleen maksavat, organisoivat ja pääosin myös tuottavat terveystalvvelut. (Kivisaari ym. 2013, 189.)

## 2.2. Päätöksenteko ja valinnat

Päätöksenteko on julkisissa organisaatioissa yleensä ratkaisuntekoa, jolloin valitaan annetuista vaihtoehdoista. Päätöksentekoon kuuluvat päätöksentekojärjestelmä, päätöksentekijät ja itse päätökset. Organisaation kannalta päätöksenteko on osa koko organisaation toimintaprosessia. (Salminen 2008, 59.)

Päätöksenteko on valintojen tekemistä vaihtoehtoisten keinojen ja vaihtoehtoisten tavoitteiden välillä. Kun tiedossa on tavoite, tai ainakin välitavoite, erilaisista keinoista valitaan ne, joilla tavoitteeseen päästään tai edetään välitavoitteeseen saakka. (Kurvinen 1985, 13–14.)

Yksinkertaisimmillaan päätöksenteko on yhden päätöksentekijän yksittäinen päätös. Modernimpi ja monimuotoisempi käsitys päätöksenteosta, esimerkiksi organisaatiossa, käsittää verkostomaisen päätöksenteon ja päätökset, jotka vaikuttavat toisiinsa. Kuntien ja valtion virkamiehet ovat osa poliittis-hallinnollista päätöksentekojärjestelmää, joka vaikuttaa julkiseen sektoriin. (Salminen 2008, 59.)

Julkisella sektorilla päätöksenteko on yleensä rationaalisen päätöksentekoteorian mukaista. Mallissa määritellään ensin tavoitteet, jotka yleensä ovat arvosidonnaisia. Päätöstä tehdessä eri tapoja arvioidaan monipuolisesti ja yritetään valita vaihtoehdoista paras. Se tarkoittaa kuitenkin kompromisseja ja sitä, että valitaan vaihtoehdoista se vähiten hankaluuksia aiheuttava vaihtoehto. (Laamanen 1994, 9.)

Päätöksentekoprosessiin kuuluvat vaiheet ovat suunnittelu ja valmistelu, varsinainen päätöksentekovaihe ja valintatilanne, täytäntöönpano, valvonta ja seuranta. Julkisessa toiminnassa päätöksenteossa täytyy muistaa myös juridiset ja muodolliset säännöt, kuten lainsäädännön asettamat reunaehdot päätöksenteolle. Taustalla on silloin ajatus hallinnon ja kansalaisen välisistä suhteista. (Salminen 2008, 61.)

Päätöksentekoa voi lähestyä myös lain tulkittamisen kautta. Päätöksenteon ytimenä on silloin se millainen sisältö tehtävälle päätökselle on lain mukaan annettava. Päätöksen tulee siis olla lainmukainen. Päätöksentekoprosessi on silloin kolmivaiheinen. Ensinnä



esitetään faktakysymys, jolloin todetaan myös tosiseikat asiaan liittyen. Toisena vaiheena on oikeuskysymyksen muodostaminen, missä selvitetään, mikä oikeusnormi on sovellettavissa kyseiseen kysymykseen. Kolmantena tulee ratkaisu eli johtopäätöksen tekeminen. (Laakso 1990, 56–57.)

Päätöksenteko on jokapäiväistä. Me teemme päätöksiä ajattelematta mitä siinä oikein tapahtuu. Päätöksenteolla tähdätään jonkin toiveemme toteutumiseen, tavoitteen täyttymiseen joko nyt, tai myöhemmin. Lisäksi päätämme keinoista, joilla toivottuun tilanteeseen päästään. Päätöksenteossa tehdään koko ajan valintaa tavoitteiden ja keinojen välillä niin, että välitavoitteet ovat osana matkaa. Että valinta olisi mahdollista, tulee seuraavien asioiden toteutua. Ensiksi päätöksentekijän tulee tuntea vallitseva olotila. Sitten päätöksentekijällä tulee olla kokemusta, että hän voisi päätellä valintaan liittyvät vaikuttimet, yhteydet ja ympäristön lainalaisuudet. Lisäksi päätöksentekijän pitää ymmärtää tavoite realistisesti niin, että se todella vastaa toivetta ratkaisusta. Kun tavoite saavutetaan, se muuttuu tosiasiaksi. (Kurvinen & Sippola 1989, 1-3.)

Terveysthuollossa on nähtävissä useita erilaisia päätöksenteon tasoja. Kliininen päätöksenteko on yksilökohtaista päätöksentekoa yksilön eli potilaan ja lääkärin tasolla. Organisaation tasoa ajatellen päätöksenteko koskee eri potilasryhmiä ja terveydenhuollon toiminnan organisoitumista. Terveyspoliittisella tasolla päätöksenteko on valintoja terveydenhuollon ja muiden yhteiskunnan toimintojen ja palveluiden välillä. (Saarni 2010, 24–25.)

Päätöksenteolla tarkoitetaan valintojen tekemistä eri vaihtoehtojen välillä. On olemassa yksilöllistä päätöksentekoa, jolloin ihminen tekee itse päätöksiään itseään koskien ja toimii sen mukaan. Elämä on loputonta valintojen tekemistä. *Homo sociologicus* on ihminen, joka noudattaa sääntöjä ja tapoja. Hän toimii yhteisön normien mukaisesti. *Homo economicus* on hyödyn maksimoija, joka toimii rationaalisesti. Hän on suuntautunut tulevaisuuteensa tavoitteellisesti. Tässä on siis yksi tapa tehdä päätöksiä. Toinen päätöksentekotapa on interaktiivinen, jolloin ihmiset ovat vuorovaikutuksessa keskenään tietoisesti. *Homo politicus* käyttää strategista vuorovaikutusta ja käyttää hyväkseen myös erilaisia vallankäytön voimavaroja. Tämä tapa tehdä päätöksiä yksilöinä toimii organisaatioissa. Argumentoinnilla pyritään vaikuttamaan muiden toimintaan. Kolmas tapa tehdä päätöksiä on kollektiivinen. Silloin käytetään

sopimuksia, auktoriteettivaltaa, kilpailua, markkinoita, vaaleja ja äänestyksiä erilaisissa organisaatioissa. Tällaiselle poliittiselle päätöksenteolle on yleistä julkinen keskustelu, eli mitkä asiat otetaan käsiteltäviksi ja mitä ei. (Paloheimo & Wiberg 1997, 261–264.)

Paloheimon ja Wibergin mukaan (1997, 270) kollektiivisesta päätöksenteosta organisaatioiden yhteydessä voidaan erotella kuusi vaihetta. Aloite tehdään, kun joku havaitsee ongelman ja tekee aloitteen päätöksenteon käynnistämiseksi. Jotkut asiat nousevat päätöksenteon kohteeksi eli poliittiseen päiväjärjestykseen ja toiset ei. Toisena muotoillaan ongelma, eli kaikki eri toimijat jäsentävät ongelmaa omalta kannaltaan. Näin suunnittelu ja vaihtoehtojen selvittely voidaan aloittaa. Kolmantena selvitetään siis vaihtoehdot. Näin täsmennetään päätöksenteon tavoitteet ja tarpeet, sekä selvitetään mitä voimavaroja jo on. Vaihtoehtoista selvitetään hyödyt, haitat, kustannukset, rajoitteet ja sen, voiko vaihtoehtoa toteuttaa. Suunnittelu on systemaattisesti tehtyä valmistelua ja tässä vaiheessa mietitään tarkasti myös päätöksenteon seurauksia.

Vaihtoehtojen arviointi ja päätöksenteko on vaihe, jossa vertaillaan eri vaihtoehtoja ja valitaan niistä sopivin. Demokraattisessa poliittisessä päätöksenteossa sovelletaan laajaa julkisuutta, eli päätökset ovat julkisia. Vain sotaa ja yritysten liikesalaisuuksia koskevat päätökset eivät ole julkisia. Seuraavaksi päätös täytäntöönpannaan. Se, kuka sen tekee, voi olla epäselvää tai päätös tulkinnanvarainen. On mietittävä myös miten päätös täytäntöönpannaan. Poliitikot voivat siirtää vastuun virkamiehille tai tekevät tietoisesti tulkinnanvaraisia päätöksiä. Viimeisenä on palaute ja evaluaatio. Tällöin arvioidaan päätöksentekoa ja saavutettiinne annetut tavoitteet. Palautetta asiasta pyydetään esimerkiksi organisaation jäseniltä, kansalaisilta, eturyhmiltä tai palveluiden käyttäjiltä. (Paloheimo & Wiberg 1997, 270, 272–273.)

Poliittiset päätökset lähtevät aina kansasta. Heidän mukaansa valitaan ryhmä, joka käyttää kansanvaltaa ja paikka, missä päätökset tehdään. Keskitetty päätöksenteko tarkoittaa sitä, että yksi keskus tekee kaikki poliittiset päätökset. Jos päätöksiä tehdään monissa paikoissa, puhutaan hajautetusta päätöksenteosta. Mitä hajautetumpaa päätöksenteko on, sitä enemmän ihmiset voivat liikkua sinne, missä tehdään heidän mieleisiään päätöksiä. Hajautettu päätöksenteko voi olla myös hankalaa, koska päätösten yhteensovittaminen voi olla vaikeaa. (Paloheimo & Wiberg 1997, 157.)

Välitön demokratia on keskitettyä, jos kaikki päätökset tehdään kansankokouksissa. Hajautettua se on silloin, jos sitä käytetään itsehallinnollisissa paikallisyhteisöissä. Edustuksellinen demokratia on keskitettyä, jos hallitus tekee kaikki poliittiset ratkaisut. Hajautettua se on silloin, kun yhteisön hallinto on moniportainen ja jokaisessa portaassa useita demokraattisia laitoksia. Puolivälittömässä demokratiassa hajautettua päätöksentekoa ovat kansanäänestykset ja kansanaloitteet. Keskitettyä silloin ovat äänestysten järjestämistyöt ja päätösten täytäntöön paneminen. (Paloheimo & Wiberg 1997, 158–159.)

Päätöksenteon moninaisuutta kuvaa hyvin se, kuinka monelta näkökannalta sitä on vuosikymmenten aikana tutkittu. Syynä voi olla esimerkiksi se, että kulttuuri vaikuttaa ihmisen päätöksentekoon. Kulttuuri opettaa ihmisille kuinka käyttäytyään, ajatellaan ja mihin uskotaan. Kulttuuri myös auttaa jäsentämään tietoa ja suhteuttamaan tiedon vallitsevaan ympäristöön. Päätöksenteosta ajatellaan, että on olemassa tietty määrä ongelmia ja niihin tietty määrä vastauksia. Nämä vastaukset ovat vaihtelevia, mutta rajattuja, jolloin vaihtoehdot ovat koko ajan näkyvissä omassa kulttuurissamme. (Oliveira 2007, 13–15.)

Päätöksentekoa käsitellään myös tuloksellisuuden kannalta. Poliittinen päätöksenteko on onnistunutta, jos tavoitteet saavutetaan. Todelliset vaikutukset voivat olla tavoitteiden vastaisiakin, jolloin politiikka epäonnistuu. Päätöksenteossa on aina riskejä, epävarmuutta ja sillä voi olla sivuvaikutuksia. Jos tavoitteet ovat selvät ja realistiset ja keinot varmat, päätöksenteko on tuloksellista. Jos tavoitteet ovat selvät, mutta keinot epävarmoja, on päätöksillä mahdollisuus onnistua. Jos sekä tavoitteet että keinot ovat epäselviä ja epärealistisia, tai vaikka keinot olisivatkin varmoja, ei rationaalisista päätöksenteon periaatteista voida puhua. Jos sekä tavoitteet että keinot ovat selviä ja varmoja, on päätöksenteko rationaalista. (Paloheimo & Wiberg 1997, 366–367.)

Poliittisen päätöksenteon tavoitteet ovat usein epämääräisiä ja eri puolueet eri mieltä oikeista keinoista. Tällöin tehdään kompromisseja ja kenenkään tavoitteet eivät täyty kokonaan. Voi olla, että päättäjät eivät tiedä mitä tekisivät tai ei ole taloudellisia ja vallan resursseja toteutukseen. Mitä suuremmista asioista ollaan päättämässä, sitä helpommin tavoitteiden johdonmukaisuus kärsii ja usein puututaankin vain ongelmien seurauksiin, ei syihin niiden takana. (Paloheimo & Wiberg 1997, 367.)

Päätöksenteon tuloksellisuuteen voi vaikuttaa myös yhteiskunnan muutos, jolloin päätökseen liittyvät oletukset muuttuvat kesken prosessin. Tavoitteisiin ei silloin päästä entisiin keinoin. Poliittinen päätöksenteko voi epäonnistua myös siksi, että vaaditaan liian paljon liian nopeasti. Jos päätöksen täytäntöönpanoon ei saada oikeaa organisaatiota tai instituutiota, ovat tuloksetkin huonoja. Tietty elin voi suoriutua vain tietyistä hankkeista. Kielteinen julkisuus voi myös kaataa koko hankkeen. (Paloheimo & Wiberg 1997, 369–370.)

Päätöksenteon tehokkuuteen vaikuttaa se, että saavutetaanko tavoitteet mahdollisimman pienin kustannuksin vai ei. Päätöksenteko voi toteuttaa tavoitteet pienin kustannuksin, jolloin päätöksenteko on sekä tehokasta että taloudellista. Yleisin tapa poliittisessa päätöksenteossa on se, että tavoitteet saavutetaan, mutta resursseja tuhlataan. Jos kustannukset on minimoitu, mutta tavoitteitakaan ei saavuteta, on päätöksenteossa epäonnistuttu. Jos voimavaroja käytetään yllin kyllin, mutta tavoitteita ei silti saavuteta, on yleisimmin kyse organisaatiosta, jossa asiat ruuhkautuvat ja päätöksenteko on erimielistä. Silloin ei saada aikaan selkeitä tavoitteita ja resursseja yritetään haalia vain omalle porukalle. (Paloheimo & Wiberg 1997, 371.)

### **2.3. Herbert A. Simonin päätöksentekoteoria**

Simon on itse todennut tutkimuksissaan, että päätöksentekoon liittyy aina riskejä ja epävarmuutta. Kuitenkin ihminen tekee yleensä sellaisia päätöksiä, mistä on eniten hyötyä juuri hänelle itselleen. Päätöksenteon taustalla on aina useampia vaihtoehtoja, joista päätöksentekijä valitsee yhden laskelmiensa jälkeen, tai jopa niitä tekemättä. Päätöksentekijän ratkaisu vaikuttaa tavoitteen saavuttamiseen. (Simon 1965, 176, 180.)

Hallintotieteessä Herbert A. Simonin päätöksentekoteoria on perusteoria, jota on sovellettu useisiin hallintotoiminnan osa-alueisiin. Hänen kehittämänsä teoria on käyttäytymisperusteinen ja nelivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa hahmotetaan ympäristöä ja tilannetta päätöksentekoa varten (intelligence). Seuraavaksi kartoitetaan eri toimintavaihtoehtoja (design). Sitten on vuorossa varsinainen valinta eri

toimintavaihtoehtojen välillä (choice). Lopuksi tehdään jo tehtyjen päätösten evaluointi eli arviointi (review). (Salminen 2008, 62.)

Päätöksenteko jaetaan hallintotieteessä yleensä kolmeen päätöksenteon tapaan: rationaaliseen, inkrementaaliseen ja mixed-scanning-päätöksentekoon. Päätöksentekomalleja voi tarkastella myös suunnitteluvaiheen kautta. Rationaalisisessa päätöksenteossa suunta on yleensä tavoitteista keinoihin, kun inkrementaalisisessa päätöksenteossa mennään keinoista tavoitteisiin. (Salminen 1998, 79, 84.)

Rationaalinen päätöksenteko korostaa päätöksenteossa tavoitteellisuutta, tehokkuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Päätöksenteon motiivina on löytää mahdollisimman hyvät keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Rationaalinen päätöksenteko on siis hyvin päämääräkeskeinen. (Salminen 1998, 79.)

Inkrementaalinen päätöksenteko on jaksottaista ja lisäyksellistä. Päätöksen tekeminen tapahtuu kompromissien kautta, keinoja korostaen ja vähitellen kohti tavoitteita edeten. Päätöksenteossa halutaan vältellä ongelmia ja saada aikaan tyydyttävä päätös. Inkrementaalinen päätöksenteko on siis vähitellen tapahtuvan päätöksenteon malli. Päätökset perustuvat enemmän siihen, mikä vaihtoehto on mahdollinen, kuin siihen, mikä olisi paras vaihtoehto. Mallissa käytetään kompromisseja ja neuvottelua päätöksenteon tukena. (Salminen 1998, 79.)

Mixed-scanning-päätöksenteko on edellisten mallien sekoitus. Tavoitteena siinä on erotella tarvittavat pitkäaikaiset ja tavoitteelliset peruspäätökset rajoitetuista päätöksistä, joita tehdään peruspäätösten antamissa raameissa. (Salminen 1998, 79.)

Mixed-scanning-päätöksenteko kehitettiin kontrastiksi rationaalisuudelle ja inkrementalismille. Rationaalisuus puhtaana koettiin mahdottomaksi vaihtoehdoksi ja inkrementaalisisesta puolestaan koettiin puuttuvan riittävä empiirisen tutkimuksen puoli. Mixed-scanning on se kolmas vaihtoehto päätöksenteossa, joka ”skannaa” eri vaihtoehtojen väliltä sen oikean päätöksen. (Etzioni 1986, 8.)

Monet taloustieteen toimijoista ja tiedoista ovat peräisin taloustieteen ulkopuolelta, kuten sosiologiasta, psykologiasta ja valtio- ja hallintotieteistä. Päätöksentekoteorioita

ja malleja tarvitaan poliittisessa päätöksenteossa, kun kyseessä on talous. Talousteoriat päätöksenteossa eivät ole vääristyneet missään tärkeässä, olennaisessa ja mielenkiintoisessa merkityksessä, kun niiden empiiriset ennustukset mikroilmiöistä eivät ole yhteensopimattomia tutkitun datan kanssa. (Simon 1979, 3.)

Simon on ottanut mukaan myös Occamin ajatuksia päätöksenteosta. Occamin mukaan tulisi käyttää yksinkertaisinta teoriaa, joka osoittautuu toimivaksi. Tämä ei Simonin mukaan ole aina yksinkertaista. Occam kehottaa tekemään mahdollisimman vähän oletuksia ilmiön laskemiseksi tai kartoittamiseksi. Teoria voitosta ja tuotosta tai hyödyn maksimoinnista voi olla esitetty lyhyemmin kuin se olisi tyydyttävä. Simonin mukaan Occamin esittämä säästäväisyys teorioissa ei voi tulla kysymykseen, elleivät teoriat tee samankaltaisia, identtisiä ennustuksia. Sama ajatus koskee sekä pieniä, mikroskooppisen pieniä päätöksenteon osasia että suuria poliittisen päätöksenteon kokonaisuuksia. (Simon 1979, 4.)

Kapean näkemyksen hyväksyminen, että taloutta on ajateltava vain osana suurta poliittista talousilmiötä, antaa ymmärtää, ettei inhimillisellä ajattelulla ja päätöksenteolla ole mitään tekemistä asian kanssa. Vaikka ei olisikaan näyttöä relevanssista, inhimillinen käyttäytyminen organisaatioissa muodostuu todella mielenkiintoisesta ilmiön empiirisestä ytimestä. Se huutaa selitystä, kuten kaikki ilmiön osat. Ja tämän ilmiön tutkimista ei voi enää viivyttää. Teoriat eivät ole yksinkertaisia. (Simon 1979, 4-5.)

Päätöksenteon teoriaa voidaan noudattaa rakentaakseen perustuksia poliittiselle taloudelle tai ymmärtääkseen ja selittääkseen ilmiöitä, jotka ovat sinänsä mielenkiintoisia. Päätöksenteon teoriaa voidaan käyttää suoraan liiketalouden ja hallitusten päätöksentekijöiden ohjaamiseen ja neuvomiseen. Teorian pohjaa on kehitetty hallintotieteissä, jolloin on otettu tutkimuksen alle ne tavat, joilla päätökset on tehty. Simonin mukaan tulisi keskittää huomio siihen, miten päätöksiä tehdään kuin siihen, mitä päätetään. (Simon 1979, 8-9.)

Hallinnon tutkimusta on tehty myös tutkimalla päätöksenteon kehittymistä. On tutkittu perustavia kysymyksiä, kuten mitä tulisi tehdä tai missä tulisi tehdä. Näin päätöksenteosta on löydetty vaiheita, jotka kiertävät kehää. On ehdotus, josta seuraa

oivallus, jonka jälkeen päätöstä koetellaan aktiivisesti. Ja jälleen tehdään ratkaisuksi ehdotus, josta seuraa oivallus, jne. Eli päätöksenteko on aktiivinen tapahtuma. (Brugha 1998, 78–80.)

Päätöksenteossa on useita menettelytapoja. Yksi tapa on, että ei etsitäkään optimaalisinta vaihtoehtoa vaan tyydyttävän. Toisessa tavassa vaihdetaan abstraktit tavoitteet konkreettisiin, että tuloksia pystytään arvioimaan ja mittaamaan. Kolmannessa tavassa päätöksenteko voidaan jakaa eri asiantuntijoille niin, että järjestää ja koordinoi heidän työnsä koskien viestintää ja vallan suhteita sekä yhteyksiä. Ihmiset ovat kuitenkin rajallisia kyvyissään ymmärtää ja laskea huomioon ottaen asian monimutkaisuus ja epävarmuus. (Simon 1979, 13.)

Tilanteissa, joissa organisaation tavoitteet eivät ole suoraan yhteydessä toimintaan, päätöksentekoa tutkitaan vähempiarvoisten tavoitteiden kautta, jotka voidaan yhdistää organisaation toimintaan. Näiden tavoitteiden muoto riippuu tiedosta, kokemuksesta ja päätöksentekijän organisatorisesta ympäristöstä. Tämä kaksiselitteisyys huomioiden, tavoitteet voivat olla hyvin tarkkoja tai epätarkkoja, jolloin muotoon vaikuttaa myös päätöksentekijän omat sisäiset mielenkiinnonkohteet. Päätöksenteko liittyy siis läheisesti kognitiiviseen psykologiaan. (Simon 1979, 12.)

Edellä kerrotun kaltaiset ilmiöt liittyvät hallinnolliseen käytökseen. Päätöksenteko on hallinnon sydän ja hallinnon teorian sanaston tulee olla peräisin ihmisen valinnan tai valintojen logiikasta ja psykologiasta. On kuitenkin huomioitava, että ihmisten käytös päätöksenteossa on hankalaa todentaa ja varmentaa. Päätöksentekijä on aina yksilö. (Simon 1979, 12, 14.)

Simon on lähestynyt päätöksentekoa negatiivisen todistusaineiston kautta. Se tarkoittaa sitä, että etsitään todistusaineistoa siitä, mitä ihmiset eivät tee. Lisäksi on kerätty aineistoa niistä prosesseista, mitä ihmiset käyttävät tehdessään vaikeita päätöksiä ja ratkaistessaan monimutkaisia ongelmia. (Simon 1979, 22.)

Päätöksenteossa ihminen on tärkeä. Kysymys on persoonallisuudesta, kyvystä, mielikuvituksesta ja aktiivisuudesta. Ihminen on aina alttiina informaatiolle. Se kaikki tieto vaikuttaa siihen, mitä ihminen kannattaa, pelkää, haluaa, toivoo, uskoo, tietää ja

pitää tärkeänä. Jokaisella päätöksellä on vaikutusta ja se ratkaisee jonkin juuri olemassa olevan ongelman. Päätöksenteko tehdään niin, että toisaalta otetaan huomioon juuri kyseessä oleva asia ja toisaalta myös kyseisen päätöksen vaikutuksia. (Simon 1979B, 15–16.)

Ajatuksena Simonilla on ollut kehittää analyysimenetelmä, jonka avulla saadaan hyvä kuvaus päätöksistä ja niihin vaikuttavista perusteista. Tähän pääsemiseen tarvitaan sanasto ja käsitteet, että saadaan esille olennaiset asiat. (Simon 1979B, 22.)



### 3 VALINTA JA TERVEYSPALVELUT

#### 3.1. Julkiset ja yksityiset terveyspalvelut

Julkinen ja yksityinen liitetään sosiaalipolitiikassa siihen, miten hyvinvointipalveluita tuotetaan. Hyvinvointivaltio on tavallaan rakennettu julkisen vallan ja sektorin varaan, jolloin yksityinen sektori vain täydentää julkista. Nyt julkisen vallan vastuuta on kuitenkin vähennetty ja vastaavasti yksityisten ja yhteisöllisten toimijoiden asemaa vahvistettu. Sosiaalipolitiikassa onkin pohdittu julkisen vallan, järjestöjen, markkinoiden ja informaalisen sektorin välisiä suhteita. (Anttonen & Sipilä 1992, 435–436.)

Formaaleja toimijoita yhteiskunnassamme ovat valtio, kunta, yritys ja järjestöt. Informaaleja toimijoita ovat perhe, sukulaiset, ystävät, naapurit, kolmannen sektorin toimijat, itseapuryhmät ja erilaiset projektit. Formaali ja informaali eivät kuitenkaan ole sama asia kuin julkinen ja yksityinen, vaan ne kuvaavat eri toimijoiden toimintatapaa. Informaalinen toiminta on sellainen resurssi, jota ei voi käskää tai ohjata, toisin kuin formaalia toimintaa. (Anttonen & Sipilä 1992, 438, 441.)

Sosiaalipolitiikassa yksityistä ja julkista määritellään myös palveluiden kautta. Julkisen sektorin palvelut pystytään tuottamaan tehokkaammin ja paremmin omaksumalla yksityisten markkinoiden periaatteita. Julkinen sektori liitetään yleensä byrokraatiaan, kalleuteen ja tehottomuuteen. Yksityinen sektori liitetään puolestaan tehokkuuteen, nopeuteen, joustavuuteen ja käyttäjäystävällisyyteen. (Raunio 1995, 242–243.)

Julkisilla terveyspalveluilla tarkoitetaan terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä sairaanhoitoa. Kyseessä on perusterveydenhuolto, joka sisältyy yleiseen kansanterveystyöhön (L 1972/66). Yksityisillä terveyspalveluilla tarkoitetaan lain 1990/152 määrittämiä palveluja, kuten terveydentilan tai sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset ja toimenpiteet, lääkäripalveluja ja muuta terveyden- ja sairaanhoitoa. (Savolainen 2011, 30–31.)

Sosiaalipolitiikassa kehitys on mennyt vaiheittain julkisesta yksityiseen ja yhteisöllisyyteen. Hyvinvointipalveluiden tuottamista irrotetaan julkisilta toimijoilta ja siirretään yksityisille toimijoille. Palveluja pyritään tuottamaan yhdessä, julkisen ja ei-julkisen sekoituksella. Julkisen sektorin rinnalla toimii siis yksityiset sekä epäviralliset palveluntuottajat. Tämä tehtävien uusjako on sekä yksityistämistä että yhteisöllisyyttä. Yksityistämisellä tarkoitetaan hyvinvointivaltion palvelujen siirtämistä markkinasektorin piiriin. Yhteisöllisyydellä taas tarkoitetaan julkisten palvelujen siirtämistä takaisin perheelle, sukulaisille ja naapureille eli yhteisöllisille toimijoille. (Raunio 1995, 268–267.)

Länsimaisessa poliittishallinnollisessa ajattelussa julkinen ja yksityinen liitetään yksilölliseen ja sosiaaliseen vastuuseen sekä vapauteen ja tasa-arvoon. Julkinen tarkoittaa tasa-arvoisuutta tarpeen määrän perusteella. Tähän vaikuttaa myös sosiaalinen solidaarisuus ja oikeus johonkin. Yksityinen liitetään maksuhalukkuuteen ja maksukykyyn ja samalla valtion holhouksesta irtisanoutumiseen. Silloin yksilön vapaus, valinnat ja vastuu korostuvat. (Kylänen 2007, 85.)

Yksityisen sektorin palveluntuottajat lisäävät valinnan vapautta hyvinvointipalveluissa. Ne myös vastaavat paremmin käyttäjiensä tarpeita. Tässä kaikessa tarkoituksena on pitää julkisen sektorin rooli suurena palveluiden järjestämisessä, mutta tuottamista voi siirtää muille tahoille, kuten ei -julkiselle, yksityiselle sektorille. (Raunio 1995, 271.)

Julkista ja yksityistä on pohdittu myös sosiaali- ja terveysministeriössä. Sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat yhteistyökumppaneina ministeriön kanssa. Järjestöjen asioita käsitellään useissa ministeriöissä, kuten työ- ja elinkeinoministeriössä ja valtiovarainministeriössä sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi. Valtiovalta haluaa ottaa kantaa yksityisen sektorin toimintaan. Se haluaisi kuntien noudattavan hankintalakia ja järjestöjen yhtiöittävän palvelutuotantonsa. Julkinen valta haluaa, että yksityinen sektori olisi yhteistyössä turvaamassa hyvinvointipalveluja ja luomassa välityömarkkinoita. Yksityinen sektori taas haluaa julkiselta sektorilta lisäresursseja. (Salo 2008.) Ks. Jäntti 2008, 29–31.

Sosiaalipolitiikka ei liity vain perinteiseen julkiseen sektoriin, vaan myös muihinkin kuin julkishallintoon liittyviin toimijoihin, kuten järjestöihin, osuuskuntatoimintaan ja

vapaaseen, ei-viralliseen huoltotyöhön. Tällainen sekajärjestelmä on ollut käytössä jo ennen varsinaista hyvinvointivaltiota ja myös sen aikana. (Rönneberg 1999, 89.)

Julkiset terveydenhuoltopalvelut ovat valtion ja kuntasektorin tuottamia palveluja. Palvelut rahoitetaan pääasiassa verovaroin kansalaisille ja kunnan jäsenille. Julkinen sektori ei tavoittele voittoa tuottaessaan sosiaali- ja terveystalvveluja. Tavoitteena on näin taata kaikille kansalaisille hyvät perustalvvelut. Julkinen sektori määrittelee itse talvvelunsa tilaajan eli käyttäjän tai rahoittajan roolin kautta. Tällöin julkinen sektori määrittelee talvvelua tilatessaan ne talvvelut, mitä se haluaa, talvvelun saatavuuden ja talvvelun laatuvaatimukset. (Hallipello 2008, 12–13.)

Yksityisessä terveydenhuollon talvvelussa talvvelun tuottaja määrittää talvvelun sisällön, tarjonnan ja saatavuuden. Talvveluiden tarjoajan on oltava selvillä markkinoiden vaatimuksista. Yksityisen sektorin talvveluista asiakas maksaa terveystalvveluista täyden hinnan. Talvveluiden saatavuus on kuitenkin rajattua, esimerkiksi alueellisesti. Terveystalvvelujen tuottaja voi siis olla yksityinen tai julkinen. Järjestämisvastuu on kuitenkin aina julkisella toimijalla, koska sillä on vastuu talvveluiden saatavuudesta. (Hallipello 2008, 14, 16.)

### **3.2. Kansalainen terveystalvvelujen valitsijana**

Suomen kansalainen on myös Euroopan unionin kansalainen. Euroopan unioni puolustaa kansalaistensa perusoikeuksia, kuten terveyteen ja sen hoitamiseen liittyviä oikeuksia. Kansalaisille on tärkeää korkea terveyden taso. Euroopan unionin kansalaisuus tuo myös mukanaan oikeuden saada talvveluita, sekä Suomessa että muissa Euroopan unionin valtioissa. (Valtioneuvosto 18/2009, 20–21.)

Kaikilla Suomen kansalaisilla on tiettyjä perusoikeuksia. Valtion ja kuntien tehtävänä on toimia niin, että perusoikeudet on mahdollista toteuttaa tai täyttää. Kuntien on otettava huomioon sekä kansalaisnäkökulma että valtion ohjaus omassa toiminnassaan. Kunta on kuitenkin kaikkein lähimpänä kansalaista oleva hallinnon taso. Kansalaisten tehtävä on päättää kunnallisista talvveluista, käyttää niitä ja valvoa niitä. Ensimmäinen tehtävä tapahtuu valittujen toimielinten kautta, toiset suoraan. (Koski 1996, 16–17.)

Kosken (1996, 13) mukaan valtion ja kuntien tulisi pohtia omaa toimintaansa kansalaisnäkökulmasta katsoen. Tärkeää olisi tietää, mitä kansalaiset haluavat ja muokata julkista toimintaa sen mukaan. Tausta-ajatuksena on, että valtio ja kunnat eivät toimisi toisistaan irrallaan, vaan ne täydentäisivät palveluilla toistensa toimintaa, kansalaisia unohtamatta.

Suomalainen yhteiskunta on kehittynyt, kuten kansalainenkin. Kansalaisten mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa kuntien toimintaan ovat olemassa. Kunnissa asioita katsotaan kuitenkin edelleen yleensä ylhäältä hallinnosta käsin, eikä kansalaisesta ja hänen tarpeistaan käsin. Kuitenkin palvelujen kehittäminen pitäisi nimenomaan olla kansalais- eikä hallintolähtöistä. Kansalaisella on sanottavaa palvelujen tuottamiseen ja käyttämiseen liittyvissä asioissa. Kuitenkin kansalaiset ovat ne, joita asia koskee, ja heiltä tulee tuki verojen muodossa palvelujen järjestämiseen. (Koski 1995, 16–17.)

Edelleen on valtion ja kuntien toimissa on pohdittu subsidiariteetti - periaatetta. Sen mukaan päätöksenteon tulisi tapahtua mahdollisimman lähellä niitä joita päätös koskee. Valtion on taattava esimerkiksi kattavasti koko Suomen alueella terveydenhuollon palveluita, mutta kunnat päättävät niistä omalla alueellaan. Valtion ja kuntien yhteistyö on ollut hyvin toimivaa, mutta selkeämpi tehtävienjako voisi olla askel vielä parempaan suuntaan. Kuntalainen voi osallistua ja vaikuttaa päätöksentekoon, joka koskee terveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistä. (Koski 1996, 38, 45.)

Korpelan ja Mäkitalon mukaan Suomessa suurin huoli kansalaisilla on toimivista sosiaali- ja terveyspalveluista. Suomessa on perinteisesti turvattu aina opetusta ja sivistystä, sosiaaliturvaa ja puolustusta. Samalla elinkeinoelämän toiminnan edellytyksiä on vahvistettu ja infrastruktuuria parannettu. Näin on ollut kaikkein köyhimpinäkin aikoina. (Korpela & Mäkitalo 2008, 268–269.)

Arajärven mukaan julkisen terveydenhuollon ongelmaksi ovat nousseet pitkät jonot ja ylikuormitetut yksiköt. Kansalaisten kohtuullisiin odotuksiin ei pystytä enää vastaamaan nykyisin keinoin. Terveyspalvelut Suomessa on kuitenkin kansainvälisissä vertailuissa todettu korkeatasoisiksi. Suomalaiset ovat suhteellisen tyytyväisiä terveydenhuoltoon.

Terveyspalveluissa on silti sosioekonomisia ja alueellisia eroja väestöryhmittäin ja tämä pitäisi saada poistettua. (Arajärvi 2003, 19.)

Terveydenhuollon maksujen tulee olla sellaisia, että kaikilla suomalaisilla on mahdollisuus palveluja käyttää. Maksuilla voidaan kuitenkin ohjailta kansalaisia käyttämään tiettyjä palveluja ja vielä tietyssä järjestyksessä. Maksuilla voidaan myös rajoittaa palvelujen käyttöä. (Arajärvi 2003, 98.)

Tässä keskustelussa on otettava huomioon se, että kansalaiset ovat osa kolmea toimintaryhmää, People, Providers ja Professionals. Terveyspalvelut, eli tässä tapauksessa kansalaisen oikeudet, joko toteutuvat tai eivät toteudu tässä yhtälössä. Terveydenhuollon tehtävänä on vastata kansalaisten tarpeisiin. Kansalaiset taas edustajiensa kautta vaikuttavat terveydenhuollon rahoitukseen ja siihen, mihin varoja käytetään, ainakin periaatteessa. Julkinen valta, eli Providers ja Professionals, eli asiantuntijat ja ammattilaiset, vaikuttavat omalta osaltaan terveydenhuoltoon ja sen tarjoamiin palveluihin. (Mikkola & Bergström 1994, 54–56.)

Pekkarinen (1994, 114–115) on todennut, että nyt kansalaisilla on mahdollisuus ostaa yksityisiä terveyspalveluita niin halutessaan. Jos kehityksen seurauksena maahamme tulisi pelkkä julkinen terveyspalvelujärjestelmä, kuinka yksilöllistä hoitoa saisimme? Julkisessa terveydenhuollossa on omia ristiriitaisuuksia, jolloin kaikki palvelut eivät ole kaikille kansalaisille tasa-arvoisia. Terveydenhuollon rahoituspohja heikentyy samalla kun ihmisten toiveet kasvavat. Aina osa kansalaisista haluaa panostaa terveydenhoitoonsa enemmän kuin toiset.

Kansalaiset ovat entistä koulutetumpia ja entistä varakkaampia. Tämän kautta myös hyvinvointipalvelujen tarve ja kysyntä kasvavat koko ajan. Kansalaiset haluavat pitää huolta omasta ja läheistensä hyvinvoinnista. Kansalaiset tekevät valintoja ja jos julkisen sektorin tarjoamat palvelut eivät miellytä, he käyttävät enemmän yksityisen sektorin palveluja. (Hallipelto 2008, 92–93.)

Kyseessä on samalla myös yleisestä keskustelusta siitä, mitä on hyvä hoito, hyvä terveydenhuolto ja hyvä terveystalitiikka. Pystyykö julkinen sektori ottamaan

huomioon kansalaisten kokemukset ja vaatimukset terveystalvcluja tuottaessaan? (ks. Meriläinen 1986, 26, vrt. Kuusi 1968)

## 4 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄ

### 4.1. Tutkimusaineisto

Tämän tutkielman laadullinen, kvalitatiivinen aineisto on suuri,  $N=2799$  (ks. Vuori 2005). Aineistoon on kerätty vastauksia viidestä kaupungista, Helsingistä, Kuopiosta, Oulusta, Tampereelta ja Turusta. Kyseessä on kyselyaineisto, jonka avulla haluttiin saada tietoja kansalaisten terveystalvija koskevasta valinnasta. Aineiston kerääminen on rahoitettu Kansaneläkelaitoksen ja Suomen Akatemian Terveystalvijaohjelman tuella. Aineiston kerääminen oli osa PubPri-tutkimusryhmän projektia ”Julkiset, yksityiset ja hybridit terveystalvijaohjelman muodot”.

Tässä pro gradu - tutkielmassa aineistoksi on otettu vain kahden avokysymyksen vastaukset. Kysymykset olivat numeroilla 35 ja 36. (Kysymys 35: Mitä muuta haluaisitte kertoa julkisten ja yksityisten palvelujen, erityisesti terveystalvijaohjelman palvelujen eroista? Kysymys 36. Millä perusteella valitsette joko terveystalvijaohjelman tai yksityisen lääkäriaseman? ) Alkuperäinen  $N=2799$ , josta lopulliseksi aineiston kooksi tutkielman edetessä tuli  $n=753$ . Aineistoon tulivat loppujen lopuksi vain ne vastaukset, jotka sisälsivät sekä yksityisen että julkisen terveystalvijaohjelman. Aineiston lopulliseen määrään pääseminen on kuvattu pro gradu-tutkielman analyysissa.

PubPri-tutkimusryhmän tavoitteena on pohtia sitä, miten ja kenen toimesta sosiaali- ja terveystalvijaohjelman palvelut tulisi järjestää. Tutkimuksen kohteena ovat myös organisaatioiden rakenteet, toimintaprosessit, johtamisen ja henkilöstön vertailu ja palveluiden järjestämismuodot. Tutkimusryhmä vertailee myös kansalaisten palveluvalintoja ja erilaisia käyttäjärooleja koskien terveystalvijaohjelmia. Tähän ajatukseen liittyy myös tämä pro gradu - tutkielma. Tutkimusryhmän vertailevat tutkimukset ovat jo toimineet yhteiskuntapoliittisen keskustelun käynnistäjinä.

## 4.2. Tutkimusmenetelmänä sisällönanalyysi

Tämä tutkimus on laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus koostuu pelkistettynä ajatuksena kahdesta toisiinsa kietoutuneesta vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Työ aloitetaan tarkastelemalla aineistoa valitusta näkökulmasta, joka tässä tutkimuksessa on päätöksenteon näkökulma. Aineistoa lukiessa on hyvä pyrkiä karsimaan tehtyjen havaintojen määrää yhdistämällä havainnoita. Tämän vaiheen tavoitteena on löytää havainnoille yhteisiä piirteitä tai nimittäjiä, joiden kautta aineistoa saa jaoteltua. (Alasuutari 1995, 30–31.)

Arvoituksen ratkaiseminen on aineiston tulkintaa. Pelkistämällä saatujen havaintojen, tai tässä tapauksessa johtolankojen ja vihjeiden avulla tehdään tutkittavasta asiasta merkitystulkintaa. Tässä vaiheessa on tärkeää tuntee myös aiemmat tutkimukset ja kirjallisuutta aiheeseen liittyen, että voi peilata omia havaintojaan niihin. Alasuutarin (1995, 38) kirjassa on hyvä ohje tutkimuksen tekemiseen:

*Mitä enemmän arvoituksen ratkaisemisessa on käytettävissä ratkaistavana olevaan mysteeriin liittyviä vihjeitä, sitä paremmin tutkija ja lukija voi luottaa siihen, että ratkaisu on mielekäs.*

Laadullinen tutkimus on siis ensin havaintojen pelkistämistä, jolloin keskitytään olennaiseen ja yhdistetään raakahavainnoita toisiinsa. Tätä voi kutsua myös laadulliseksi analyysiksi. Tästä päästään seuraavaan vaiheeseen, jolloin viitataan muuhun alan tutkimukseen ja teoreettiseen viitekehykseen. Tähän voi ottaa aineistosta avuksi myös sitaatteja, joilla saa avattua tulkintaa myös lukijalle tai jotka antavat hyvän tulkintavihjeen. (Alasuutari 1995, 42–43.)

Laadulliseen tutkimukseen voi ottaa lisäksi osia kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Esimerkiksi aineistosta voi koodata usein toistuvien havaintojen pohjalta taulukoita muuttujittain. Tätä voi käyttää johtolankoina selittävässä vaiheessa. Laadullisen tutkimuksen tärkein kohta on kuitenkin arvoituksen ratkaiseminen eli merkitystulkintojen tekeminen. (Alasuutari 1995, 44.)

Kvalitatiivinen sisällönanalyysi perustuu tutkijan ajatteluun ja pohdintaan. Analyysin onnistuminen hyvin ja analyysin luotettavuus riippuvat tutkijan teoretisoinnista. Tähän



vaikuttaa tutkijan perehtyneisyys aineistoon ja alan kirjallisuuteen. Analyysin tekeminen on prosessi, jonka aikana tutkija lukee aineistoaan, pohtii, ja tarkentaa tutkimustehtäväänsä sekä lukee aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. (Syrjälä ym. 1996, 89.)

Tutkimusmetodi koostuu tutkijan käytännöistä ja operaatioista (ks. LIITE 4), joiden kautta tutkija saa aikaan havaintoja. Metodiin kuuluvat myös ne säännöt, joiden mukaan tutkija alkaa muokata ja tulkita saamiaan havaintoja. Metodien avulla saadaan esiin selkeitä sääntöjä siihen, mitä havainnoista päätellä. Metodien tulee myös olla käypä tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen kanssa. Tutkimusmetodia tarvitaan, että aineistosta saadut havainnot pystytään erottamaan tutkimuksen tuloksista. Metodi on ne käytännöt ja operaatiot, joilla tutkija tuottaa havaintoja aineistosta. Metodien tulee olla samassa linjassa tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen kanssa. (Alasuutari 1995, 72–73, 82.)

Alasuutarin mukaan (1995, 68) on muistettava, että yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa empiirisestä aineistosta tehtyjä havaintoja voi suoraan ottaa tuloksiksi. Asioita ei oteta juuri sellaisena kuin miltä ne näyttävät. Havainnot ovat tutkimuksen johtolankoja, joita tulkitsemalla pyritään pääsemään tehtyjen havaintojen taakse. Puolestaan Mäkelän mukaan (1990, 42–43) kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää määrittellä käytettävät käsitteet. Nämä vastaavat kvantitatiivisen tutkimuksen perusjoukon valintaa. Tutkittavan kohteen kuvaus on teoreettinen tehtävä, jossa tutkimuksen kohdetta jäsennetään käsitteiden kautta.

Sekä kvalitatiivisessa että kvantitatiivisessa tutkimuksessa luokittelu, päättely ja tulkinta ovat perusteiltaan samankaltaisia. Kvantitatiivinen tutkimus on tosin helpompi jakaa selkeisiin osiin tai vaiheisiin toisin kuin kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus on yksilöllisempää ja vähemmän standardoitua kvantitatiiviseen verrattuna. Aineiston keruuprosessissa ei ole interaktiivista kommunikaatiota tutkittavien ja tutkijan välillä. Tutkijan on kuitenkin kirjoitettava auki analyysin tekniset operaatiot ja ajatusoperaatiot, millä tutkimustuloksiin on päästy. Aineiston analyysissa on kolme tärkeää kohtaa: aineiston luettelointi, tulkinnan vaiheitten kuvaus ja ratkaisu- tai tulkintasääntöjen tekeminen. (Mäkelä 1990, 43, 57–59.)

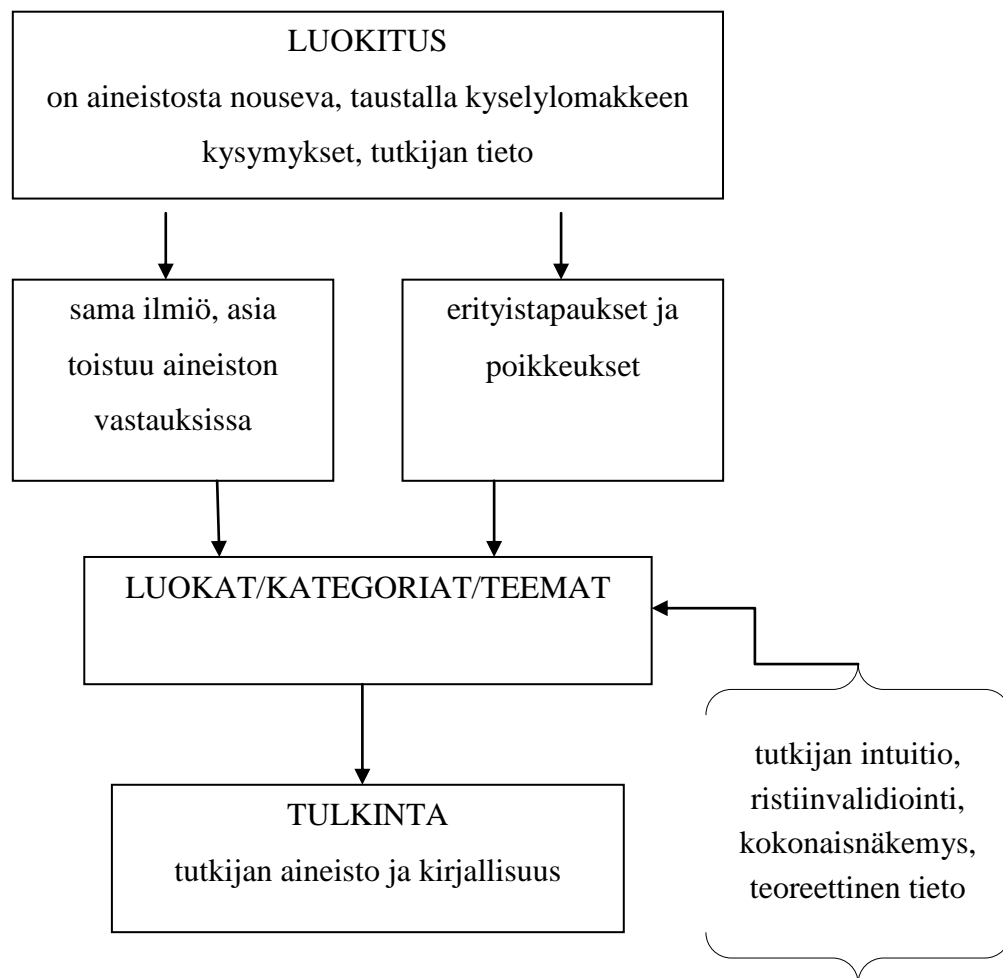
Mäkelä teroittaa, että on tärkeää pohtia aineiston riittävyttä, analyysin kattavuutta, arvioitavuutta ja merkittävyyttä, esimerkiksi yhteiskunnalliselta kannalta, että analyysia ja sen onnistuneisuutta voidaan mitata. Analyysin arvioitavuus tarkoittaa, että tutkimuksen lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyketjua. Esimerkiksi avovastausten osalta voitaisiin puhua käsitteellisestä tulkintatehtävästä, jonka tutkija on tehnyt. Tällöin tekninen reliabiliteettikysymys tai kyseenalaistus voidaan jättää tekemättä. (Mäkelä 1990, 48, 55.)

Aineiston riittävyydelle ei ole tarkkaa mittaavaa kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkijan on pohdittava aineiston kokoa, sillä jo yhden avovastauksen käsittely vie aikaa. Tulkinta ja analyysi ovat vielä asia erikseen. Hyvä ohje on, että ei kannata kerätä kerralla suurta aineistoa, vaan tutkija voi testata ajatustaan ensin pienelläkin joukolla ja vasta sitten lähteä keräämään mahdollisesti tarvittavia lisäaineistoja. Analyysin kattavuus tarkoittaa, että tutkija ei johda päätelmiään satunnaisten poimintojen perusteella, vaan tutkijan ajatuksenjuoksua voidaan seurata. Aineiston pitää pysyä tutkijan hallinnassa myös kooltaan. (Mäkelä 1990, 53.)

Tässä tutkimuksessa tutkitaan aineistosta nousevia merkitysrakenteita. Tavoitteena on löytää asioita, joiden perusteella kansalaiset valitsevat julkisen tai yksityisen terveydenhuollon, eli ne tekijät, jotka vaikuttavat päätöksentekoon. Aineisto koostuu avoimista vastauksista, jolloin vastaaja on kirjoittanut vastauksensa omin sanoin.

Tässä tutkimuksessa analyysi perustuu prosessiajatteluun. Tutkimuksen teko aloitetaan aineistoon tutustumisella ja keskeisten käsitteiden haltuunotolla. Tähän tarvitaan sekä aineiston että kirjallisuuden lukemista. Tämän jälkeen aineistoa luokitellaan karkeasti ja saadaan selville keskeisimmät aineiston teemat tai luokat. Tämän jälkeen on tärkeää täsmentää myös jo olevaa tutkimustehtävää ja tehdä siihen tarvittaessa muutoksia. Sen jälkeen jo saatuja luokkia puolletaan tai horjutetaan aineiston avulla. Tätä kutsutaan ristiininvalidioimiseksi. Lopuksi vuorossa ovat johtopäätökset ja tulkinta. (Syrjälä ym. 1996, 89–91.)

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 3.) on esitetty tiivistettynä koko tutkimuksen analyysiprosessi, johon tämän tutkimuksen tekeminen perustuu.



**KUVIO 3** Aineiston analyysi (Muokattu kirjasta Syrjälä ym. 1996, 95 pohjalta.)

Tavoitteena on tutkimuksen teon aikana ja lopuksi pohtia sitä, kuinka hyvin tutkimus kulki tyypillisten kvalitatiivisen tutkimuksen piirteiden mukaan. Olen nostanut kirjallisuudesta (Hirsjärvi 2008, 160) seitsemänkohtaisen tarkastuslistan tehtävää varten.

Ensimmäisenä tarkastelen sitä, onko tutkimukseni ollut kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja onko aineistoni koottu luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Toisena kohtana on se, että onko ihmistä käytetty tiedon keruun instrumenttina. Kolmantena tärkeänä piirteenä on itse analyysi. Onko se paljastanut uusia odottamattomia seikkoja, jolloin tutkimuksen lähtökohtana on ollut aineiston monipuolinen tarkastelu. Tällöin tutkija eli minä, en määrää itse sitä mikä on tärkeää, vaan se kaikki todella löytyy aineistosta.

Seuraavaksi listallani on laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa. Viidentenä tarkastelun kohteena kohdejoukon valinta, eli onko kohdejoukko valittu tarkoituksenmukaisesti, eli ei satunnaisotoksella. Kuudentena vaiheena on tutkimussuunnitelman täydentyminen tutkimuksen edetessä. Viimeisenä on ajatus siitä, että kaikkia tapauksia eli vastauksia käsitellään uniikkeina, ainutkertaisina. Myös tulkintaa vastauksista tehdään tämän periaatteen mukaan.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Aloitin sisällön analyysin lukemalla läpi koko aineiston, jonka N=2799 (Vuori 2005). Aineisto oli valmiiksi litteroitu tutkimusryhmän toimesta. Litteroitua aineistoa on kaikkiaan 320 A4-sivua fontilla Times New Roman fonttikoon ollessa 12. Tähän lukemiseen meni kaikkiaan aikaa kaksi päivää. Halusin lukea koko aineiston kerralla, mutta urakka oli mahdotonta tehdä yhdessä päivässä. Tällä halusin varmistaa, että minulle tulisi aineistosta kuva selkeänä kokonaisuutena.

Aineistosta nousi heti ajatus aineiston karsimisesta. Litteroidussa aineistossa (N=2799) on mukana luvussa myös sellaiset vastaukset, joissa vastaaja on jättänyt kokonaan vastaamatta. Näitä vastauksia oli kaikkiaan 281 kappaletta, jotka jäivät pois lopullisesta tutkimusaineistosta.

Seuraavaksi karsin aineistosta pois yhden sanan vastaukset, koska niiden varaan ei analyysiä pysty rakentamaan. Yhdestä sanasta ei käy ilmi vastaajan ajatus tai vastauksen tarkoitus. Yhden sanan perusteella en olisi pystynyt olemaan varma, mihin päätöksentekoteoriaan voisin vastauksen luokitella. Tulkinta tässä mittakaavassa ei ole näkemykseni mukaan tutkimuksen tekijälle toistettavuutta tai luotettavuutta tuottava asia. Lisäksi poistin samalla kierroksella ”En osaa sanoa”-vastaukset. Tällaisia vastauksia löytyi aineistosta yhteensä 241 kappaletta. Seuraavassa on muutamia esimerkkejä yhden sanan vastauksista.

3206 ”En osaa sanoa.”

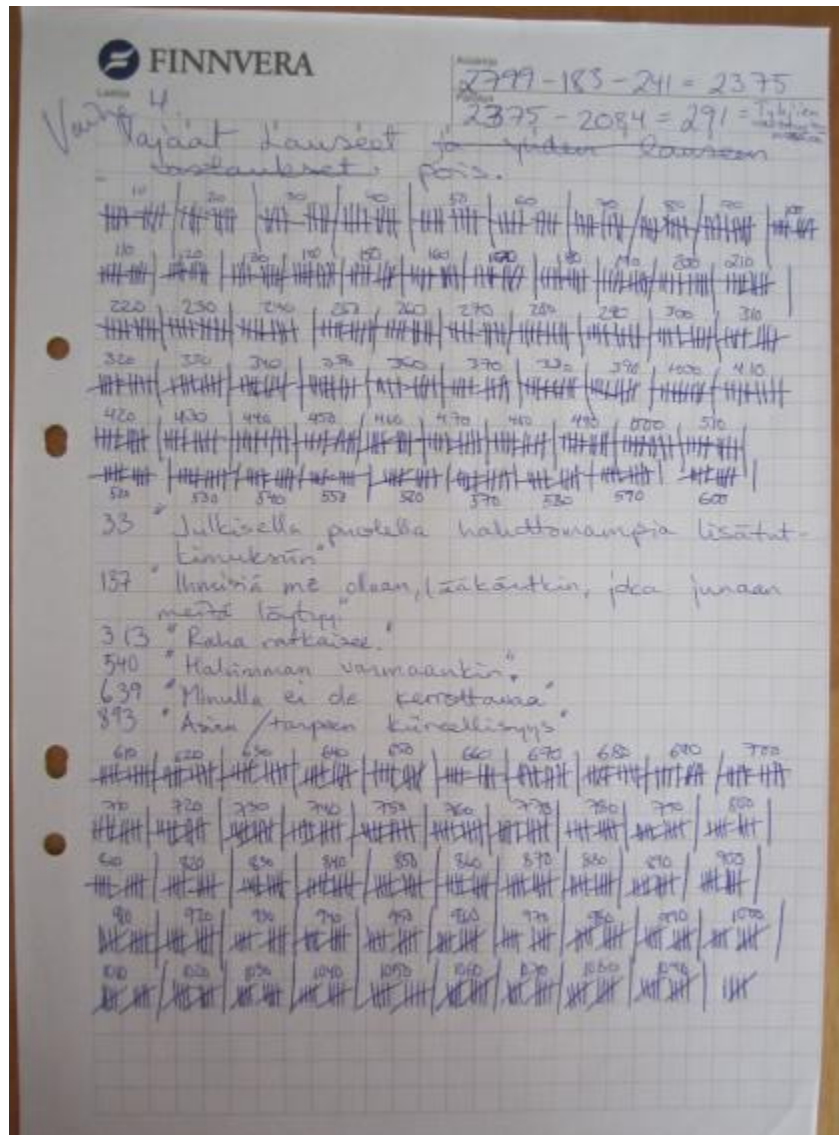
3445 ”Hinta”

4514 ” En tiädä.”

5824 ”Työn.”

7096 ”Raha”

7125 "Aika"



Kuva 1 Esimerkki aineiston karsimisesta

Päätin jättää aineistosta seuraavaksi pois ne vastaukset, joissa vastaaja käyttää työterveyshuollon palveluja, koska silloin vastaaja itse ei tee päätöstä siitä, mitä terveydenhuollon palvelua haluaa käyttää. Tavoitteena koko tutkimuksessa on nimenomaan saada tietoa siitä, minkä päätöksentekomallin mukaan kansalainen terveyspalvelunsa valitsee. Tämä vähensi aineistoa 183 vastauksen verran. Seuraavana on muutamia esimerkkejä poisjätetystä aineistosta rajausta koskien.

5454 *”Työnantajani kilpailuttaa hoitavan lääkäriaseman itse en voi juurikaan asiaan vaikuttaa.”*

3923 *”En valitse kumpaakaan, vaan käytän työterveyshuollon tarjoamia palveluja.”*

4687 *” En valitse kumpaakaan, vaan menen työterveyteen.”*

Tässä vaiheessa aineiston n=2084 vaikuttaa vielä suurelta sisällön analyysia ajatellen. Seuraavaksi karsin aineistosta yhden lauseen tai vajaan lauseen vastaukset, joita aineistossa oli 1095. Seuraavassa esitän pari esimerkkiä niistä.

33 *”Julkisella puolella haluttomampia lisätutkimuksiin.”*

137 *”Ihmisiä me ollaan, lääkäritkin, joka junaan meitä löytyy.”*

313 *”Raha ratkaisee.”*

540 *”Halvimman varmaankin”*

639 *”Minulla ei ole kerrottavaa.*

893 *”Asian/tarpeen kiireellisyys”*

Tämän jälkeen tein vielä viimeisen aineiston karsintakierroksen. Siinä vaiheessa jätin lopulliseen aineistoon vain ne vastaukset, joissa puhutaan sekä julkisista että yksityisistä terveyspalveluista. Näiden vastausten kautta päästään käsiksi oikeaan aineistoon. Näin lopullisen aineiston määräksi tulee 753 vastausta, jolloin tutkimuksen lopullinen n=753. Seuraavassa on vielä muutama esimerkki viimeisestä karsinnasta.

2594 *”Terveyskeskus on eläkeläiselle helpompi vaihtoehto.”*

2626 *”Riippuu lääkärin erityisalasta ja vaivasta.”*

3546 ”Veroja maksavat kansalaiset kustantavat julkisen terveydenhuollon, käytti em. palveluita tai ei.”

7004 ”En voi verrata yksityistä kun en käyttänyt niitä.”

8043 ”Julkisella sektorilla valitettavasti tahtoo pistää silmään lyhyehkö potilasta kohti käytetty vastaanottoaika, kiireen tuntu.”

Lähdin etenemään teorialähtöisen sisällön analyysin tekemistä jakamalla aineiston kolmeen, rationaalisen päätöksentekomallin vastauksiin (406 vastausta), inkrementaalisen päätöksenteon mukaisiin vastauksiin (162 vastausta) ja mixed-scanning-mallin mukaisiin vastauksiin (185 vastausta). Tätä jakoa varten tein muutaman kohdan luettelot (LIITE 3.) kustakin mallista. Vastaukset lajittelevin näihin kolmeen ryhmään sen mukaan, minkä luettelon ehdot ne täyttivät.

Luettelon pohjaksi, eli teemoittelun tueksi, otin tiedot Herbert A. Simonin päätöksentekomalleista, jotka löytyivät Salmisen (1998, 79) hallintotieteen kirjasta, joka on yksi sosiaalihalintotieteen perusteoksista. Analyysiyksikkönä toimi se lauseen osa, jonka perusteella pystyin vastauksen luokittelemaan rationaaliseen, inkrementaaliseen tai mixed-scanning-päätöksentekomalliin kuuluvaksi.

Rationaalisen päätöksenteon ehtona oli, että kansalainen oli asettanut tavoitteen. Sen jälkeen hän oli kartoittanut kaikki erilaiset strategiat ja vaihtoehdot, joilla tämä tavoite pystyttäisiin saavuttamaan. Hän arvioi kaikkien vaihtoehtoisten strategioiden seuraukset ja valitsee vasta tämän perusteella parhaan strategian tavoitteen saavuttamiseksi.

Inkrementaalisen päätöksentekomallin ehtona oli se, että päätöksenteko on kompromisseja ja neuvotteluja. Päätökset ovat vähäisiä eli inkrementaalisia. Päätökset valinnassa edustavat enemmän sitä, mikä on mahdollista kuin sitä, mikä on toivottavaa. Mixed-scanning-mallin ehtona oli se, että mallissa on tavoitteena erotella tarvittavat pitkäaikaiset ja tavoitteelliset peruspäätökset rajoitetuista päätöksistä. Nämä tehdään kuitenkin aina peruspäätöksen antamisessa raameissa. Tämä malli on siis kahden



edellisen, rationaalisen ja inkrementaalisen, mallin sekoitus. Analyysin tueksi tein kuvion (KUVIO 4.), joka selventää analyysin etenemistä.

Analyysi etenee aluksi päätöksentekomallien mukaan, eli käsittelen erikseen rationaalista mallia, inkrementaalista mallia ja mixed-scanning-mallia. Tavoitteena on löytää aineistosta niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat päätöksentekoon kussakin päätöksentekomallissa. Sen jälkeen aion tarkastella, löytyykö eri malleista yhtäläisyyksiä, eroavuuksia tai joitakin omintakeisia piirteitä.

<b>Pääloukka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Alkuperäinen ilmaus</b>
Rationaalinen päätöksenteko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valitaan paras strategia</li> </ul>	Oma kokemus vaikuttaa valintaan	"Terveyskeskuksessa olen saanut asiantuntevaa ja hyvää palvelua..."
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arvioidaan strategian seuraukset</li> </ul>	Raha vaikuttaa valintaan	"Palvelun hinta on suurin tekijä."
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suoraan tavoitteeseen</li> </ul>	Saatavuus vaikuttaa valintaan	"Ajan varaaminen julkiselle puolelle todella hankalaa."
		Tavoitteeseen suoraan	"Kun tiedän vaivan niin menen yks. lääkäriasemalle."
		Paras vaihtoehto valittu	"Pyrkisin ottamaan selvää...missä on hyvä hoito..."

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka	Alluperäinen ilmaus
Inkrementaalinen päätöksenteko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Päätöksenteko kompromisseja ja neuvotteluja</li> </ul>	Vähitellen kohti tavoitetta	"Ohjataan vaan yksityiselle menemään, jos akuutti vaiva."
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valintaan vaikuttaa se, mikä on mahdollista</li> </ul>	Raha vaikuttaa valintaan	"Lisäksi katson että minulla on siihen tällä hetkellä varaa. . ."
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valinta tehdään vähitellen tavoitetta kohti</li> </ul>	Saatavuus vaikuttaa valintaan	"Nykyään valitsen mieluummin yksityisen, kun julkinen ei ole palvellut minua."
		Kompromissi valinnan perusteena	". . . , joten olen tyytynyt terveyskeskukseen."
		Ei vaihtoehtoja	"Ei ole valinnan varaa, "omalääkäri" joka vaihtuu aika tiheään."

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka	Alluperäinen ilmaus
Mixed-scanning-päätöksenteko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valintaan vaikuttaa peruspäätös</li> </ul>	Raha vaikuttaa valintaan	"Rahatilanne vaikuttaa myös. Niukempina aikoina turvaudun terveyskeskukseen."
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valinta tehdään peruspäätöksen raameissa</li> </ul>	Tilanteen akuuttius	". . . kiireellisessä tapauksessa valitsen yksityisen."
		Erityisosaaminen vaikuttaa valintaan	". . . valitsen lääkärin, sairaanhoitajan tms. erikoisosaamisen mukaan."
		Saatavuus vaikuttaa valintaan	"Sen mukaan kuinka kiireellistä hoitoa tarvitsen. . ."
		Vaiivan laatu vaikuttaa valintaan	"Pienissä vaivoissa terveyskeskus, merkittävämmissä/ isoissa vaivoissa. . ."

**KUVIO 4** Teorialähtöinen sisällönanalyysi

### 5.1. Rationaalinen päätöksentekomalli

Rationaaliseen päätöksentekomalliin liittyi selkeimmin se, että päätöksentekijä valitsi itselleen parhaimman vaihtoehdon. Muut suurimmat vaikuttimet olivat saatavuus, oma kokemus ja se, että tavoitteeseen päästiin suoraan. Raha mainittiin myös.

3470 ”Yksityisellä asiat hoidetaan tunnollisemmin, vastaanotolla paneudutaan asiakkaaseen paremmin. Terveyskeskus edullisempi vaihtoehto.”

Valinta eli päätös tehtiin useimmiten pohtimalla eri vaihtoehtoja ja valitsemalla niistä paras. Strategiaan vaikutti useat seikat, kuten palvelujen joustavuus ja nopeus tai ammattitaito ja erityisosaaminen. Vastauksista kävi ilmi, että asiaa oli pohdittu, vaihtoehtoja oli vertailtu edellä mainittujen seikkojen kautta ja vasta sitten tehty päätös. Suomalaiset olivat myös sitä mieltä, että palvelut ovat hyviä, olivatpa ne yksityisiä tai julkisia, palveluntuottaja itsessään ei siis vaikuttanut tässä valintaan.

3415 *”Suurin ero on yksityisten perimä kallis hinta ja lyhyt vastaanottoaika. Terveyskeskuksessa olen saanut asiantuntevaa ja hyvää palvelua edulliseen hintaan.”*

3376 *”Julkisilla palveluilla tuntuu hoitohenkilökunnalla olevan aina kiire. Ei hyvä asia ollenkaan, sellaista liukuhihnatyötä. Yksityisellä puolella odotushuoneesta lähtien rauhallisempaa, asiallisempaa ja mukavampi käydä.”*

Saatavuudessa oli muutamia huomioitavia asioita, jotka vaikuttivat päätöksentekoon. Saatavuuteen yhdistyivät raha ja valitun palvelun paremmuus. Rahaan puolestaan liittyivät esimerkiksi vakuutus ja sen korvaavuus. Myös akuutissa hätätilanteessa palvelun saatavuus ratkaisi, että päätöksenteko johti suoraan tavoitteeseen, nopeaan hoitoon.

3308 *”Kiireellisissä tapauksissa valitsen sen mihin pääsee nopeimmin. Vakavammassa tapauksessa pyrin löytämään parhaan mahdollisen asiantuntijan yksityiseltä lääkäriasemalta.”*

**TAULUKKO 1 Rationaaliseen päätöksentekoon vaikuttavat asiat**

Rationaalinen	100% (N=406)
Paras vaihtoehto valittu	29,17% (n=117)
Saatavuus vaikuttaa	25,44% (n=102)
Oma kokemus	19,95% (n=80)
Suoraan tavoitteeseen	19,95% (n=80)
Raha	6,73% (n=27)

## 5.2. Inkrementaalinen päätöksentekomalli

Inkrementaaliseen päätöksentekoon liittyneistä vastauksista nousi aluksi kaksi suurempaa teemaa. Ne olivat se, miten vähitellen edetään päätöksenteossa kohti tavoitetta ja sen vaihtoehdon valitseminen, mikä on oikeasti mahdollista. Kolmanneksi nousi kompromissien tekeminen ja neuvotteleminen valinnan taustalla. Muita tärkeitä teemoja olivat rahan vaikuttaminen valintaan ja se, ettei vaihtoehtoja edes ollut yhtä enempää, kun päätöstä palveluiden valitsemisesta tehtiin.

*1243 ”Hammashoitoa lukuun ottamatta Helsingissä ei pääse terveyskeskuslääkärin vastaanotolle kuin erityistapauksissa...Valintamahdollisuutta ei siis useimmiten edes ole.”*

Rahatilanteen vaikuttaminen päätöksentekoon tuli ilmi monissa eri tilanteissa. Rahan käyttäminen liittyi palvelujen saatavuuteen. Jos rahaa ei ole tarpeeksi, se rajoittaa päätöksentekoa ja valintaa. Se tulee esille tavallaan kahta eri kautta, niin että onko palvelun nopea saaminen yksityiseltä sektorilta tärkeämpää kuin raha ja niin, että vaikuttaako raha siihen, että tavoitteeseen päästään hitaammin. Raha nousee tärkeäksi tekijäksi siis sekä kompromissien kautta että mahdollisuuksien kautta.

*4249 ”Kuntien terveyskeskuksiin on hankala päästä, ja lääkärit/hoitajat kohtelevat potilasta ”liukuhihnatavarana”. Yksityisellä kävisin mielelläni, mutta hinnat liian korkeat.”*

Päätöksenteko vähitellen kohti tavoitetta tuli myös esille eri tavoin. Toiset olivat valinneet ensin yhden palvelun, mutta joutuneet vaihtamaan sen myöhemmin toiseen. Kaikissa terveyspalvelupaikoissa ei pysty tekemään kaikkia toimenpiteitä ja yhdestä terveyspalvelusta on saatu lähete toiseen palveluun. Monet menevät ensin itselleen helpompaan toimipisteeseen ja vasta sen jälkeen tekevät tilanteesta riippuen jatkopäätöksiä edeten edelleen vähitellen kohti tavoitetta.

*2735 ”Yritän ensin terveyskeskukseen, jos en saa aikaa tai lääkäri ei miellytä, valitsen yksityisen.”*

Palvelun saatavuus tuli esille myös monien eri tekijöiden kautta. Tilanteeseen vaikuttavat niin raha kuin terveystilanteen sijainti. Kaikilla ei ole vara mennä kauas saamaan juuri haluamaansa terveystilanteeseen. Myös se tuli ilmi, että terveydentilanteesta riippuen voi olla vain yksi vaihtoehto koko Suomessa, jossa pystyy saamaan juuri siihen sairauteen sopivinta hoitoa. Erityisosaaminen ja siihen liittyvien terveystilanteiden suppeus tuovat siis omat rajoitteensa palveluiden valinnassa.

**TAULUKKO 2 Inkrementaaliseen päätöksentekoon vaikuttavat asiat**

Inkrementaalinen	100 % (N=162)
Raha	30,86 % (n=56)
Saatavuus vaikuttaa	29,62 % (n=48)
Vähitellen kohti tavoitetta	16,66 % (n=27)
Kompromissi	12,35 % (n=20)
Ei vaihtoehtoa	6,79 % (n=11)

### 5.3. Mixed-scanning-päätöksentekomalli

Mixed-scanning-mallin vastauksista nousi esiin seikkoja, jotka saavat päätöksentekijän muuttamaan suunnitelmaansa ja muuttamaan päästrategiaansa. Suurimmiksi tekijöiksi nousivat vaivan laatu, erityisosaaminen ja nopeus. Lisäksi päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä ovat raha ja terveystilanteen akuuttuus.

*3807 ”Äkillisissä ja muualla kuin kotipaikkakunnalla tapahtuneissa valitsen usein yksityisen. Muuten olen erittäin tyytyväinen tk-lääkäriini.”*

Nopeus liittyy siis saatavuuteen, siihen kuinka nopeasti päätöksentekijän tulee päästä tarvitsemansa terveystilanteen piiriin. Tässä nopeuteen liittyi joissakin tapauksissa myös raha, eli päätöksentekijä haluaisi saada palvelunsa nopeasti, mutta ei taloustilanteensa vuoksi pysty valitsemaan haluamallaan tavalla. Nopeuteen liittyivät myös vakuutusten vaikutus tai se, mitkä palveluista olivat saatavilla myös tavallisen työ- tai virka-ajan ulkopuolella sekä viikonloppuisin.

4097 ”Yleensä pyrin ensin terveyskeskukseen, jos sinne ei saa kohtuullisessa ajassa aikaa, on pakko mennä yksityiselle puolelle.”

Vaivan laatuun liittyi myös hoidon laatu. Hoidon laatuun kuului terveyspalvelujen tuttuus ja se, kuinka terveyspalvelujen tuottajan edustajat asiakkaitaan arvostivat. Asenne nousi tässä kohdassa niin ikään päätökseen vaikuttavaksi tekijäksi.

3803 ”Yksityisellä saan palvelua ja tunnen, että ”vaivani” ovat oikeasti olemassa ja minua arvostetaan. Julkisella puolella vastaan tulee aina ”tutkimuksia ei voida tehdä, kun on niin kallista”. ...käyn mieluummin yksityisellä, jossa saan rahalleni vastinetta.”

Mixed-scanning-päätöksenteon vastauksista löytyi myös yksi, jota ei voinut laittaa mihinkään aiempiin ryhmiin. Siinä vastauksessa puhuttiin ensisijaisesta valinnasta sekä julkisesta että yksityisestä, mutta se ei kuitenkaan kerro sitä, miksi valinta kallistui yksityiseen. Kuitenkin mixed-scanning-päätöksenteon piirteet ilmenevät vastauksesta selkeästi.

**TAULUKKO 3 Mixed-scanning-päätöksentekoon vaikuttavat asiat**

Mixed-scanning	100% (N=185)
Vaivan laatu	35,87% (n=66)
Saatavuus vaikuttaa	26,63% (n=49)
Erityisosaaminen	21,74% (n=40)
Raha	8,15% (n=15)
Tilanteen akuuttuus	7,60% (n=14)

## 6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

### 6.1. Kansalaisten valintaan vaikuttavien seikkojen vertailu

Julkisia ja yksityisiä terveydenhuoltopalveluita on tutkittu myös aiemmin. Pääosin tutkimukset ovat kuitenkin keskittyneet julkisiin palveluihin. Julkisia terveystalouksia on tutkittu esimerkiksi niiden yleisyyden, muutosten, syiden ja vaikutusten näkökulmista. Yksityisiä tai ei-virallisia terveystalouksia on tutkittu 1970-luvulta alkaen. Tutkimuksissa on tullut tulokseksi se, että julkiset palvelut eivät ole ne ainoat terveystaloukset, mitä kansalaiset käyttävät. Myöskään niiden käyttämisen syitä ei ole laajalti tutkittu. Suomessa julkisten terveystalouksien rinnalle on kasvanut yksityiset terveystaloukset, koska kansalaiset haluavat vaihtoehtoja. (Meriläinen 1986, 1-2.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada esille tietoa siitä, miten Suomen kansalainen päättää omista, tarvitsemistaan terveydenhuoltopalveluista. Lisäksi mielenkiintoista oli tietää, löytyykö seikkoja jotka vaikuttavat tähän valintaan. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miksi valitsemme niin kuin valitsemme, ei sitä, valitsemmekö julkisen vai yksityisen palvelun. Tämän tiedon auki saamiseen otettiin avuksi Herbert A. Simonin päätöksentekomallit.

Terveydenhoitoamme on ollut 1950-luvulla kaukana Euroopan kärkimaista, sekä muista Pohjoismaista. Olimme tuolloin yksi maanosamme köyhimmistä maista. Suomessa oli lääkäripula, heitä oli määrällisesti vähän ja he olivat jakautuneet epätasaisesti maantieteellisesti ajateltuna. Matkat syrjäseuduilla potilaan ja lääkärin välillä olivat yli kymmenkertaiset verrattuna Helsinkiä ja muuta maata toisiinsa. Tuolloin toivottiin, että keskussairaaloitten rakentaminen toisi enemmän lääkäreitä ja sairaalapalveluja eri puolille Suomea. (Kuusi 1968, 257–261.)

Tässä tutkimuksessa näyttää siltä, että edelliseen Kuusen tutkimukseen verrattuna, palvelun saatavuus on edelleen vahva tekijä terveystalouksia valitessa. Kaikissa kolmessa (rationaalisessa, inkrementaalisessa ja mixed-scanning) päätöksentekomallissa asia nousi kolmanneksi voimakkaimmin esille vastauksissa.

Keskimäen mukaan (2010, 202–206) viimeisten vuosikymmenien aikana terveydenhuolto ja sen tasa-arvo ovat olleet terveystalouden huolenaiheena. Terveyspalvelujen kokonaiskäyttö näyttää määräytyvän kuitenkin Suomessa kansalaisten tarpeen eikä maksukyvyn perusteella. Yksityinen sektori täydentää julkista sektoria ja sektorit takaavat yhdessä valinnanvapauden toteutumista.

Keskimäen tuloksiin nähden, raha nousi vahvaksi vaikuttajaksi terveyspalvelua valittaessa. Inkrementaalisen mallin mukaan päättävälle raha oli kaikista tärkein kriteeri valintaa tehdessä. Mixed-scanning-mallissa se jäi toiseksi viimeiselle sijalle ja rationaalisille päätöksentekijöille raha merkitsi vastaajista kaikkein vähiten.

Miten nyt käy, kun Suomi on maailman kärkimaita ja suomalaiset ovat rikkaampia kuin koskaan? Mikä on se suunta tulevaisuudessa mihin valtion varoja käytetään?

Suomen perustuslaissa sanotaan, että riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ei ole sidottu siihen, pystyykö yksilö hankkimaan tarvitsemansa palvelut. Julkinen hyvinvointivastuu on lailla säädelty velvollisuus, jonka mukaan sen pitää turvata, tukea tai edistää yksilöiden oikeuksia. Oikeuksiksi katsotaan palvelut ja toimeentulo. Kunnilla on lisäksi velvollisuus toteuttaa joitakin palveluja esiintyvän tarpeen mukaan. Kunta voi siis säädellä itse jonkin verran sitä, millä perusteella se palvelua tarjoaa ja kenelle. Tässä tulee kuitenkin muistaa perustuslain yhdenvertaisuusperiaate. (Stakes 2006, 22–26.)

Tutkimuksen aineistosta nousi esille kuitenkin yksi vastaus, josta saattoi ymmärtää, että vastaajalla ei ollut mitään mahdollisuutta vaikuttaa hoitoonsa ja sen järjestämiseen. Kyseessä oli niin harvinainen sairaus, jonka hoito pystyttiin takaamaan vain yhdessä yksikössä pääkaupunkiseudulla. Kansalainen saa kyllä tarvitsemansa palvelun, siinä lain hyvinvointivastuun velvoite täyttyy, mutta aiheuttaa asiakkaalle, potilaalle tilanteen, jossa palvelua ei aidosti pysty valitsemaan.

Terveyspalvelujen valintaa voi käsitellä palvelujen kysyntäteorian mukaisesti. Jos terveyspalvelut tyydyttävät käyttäjänsä samaa tarvetta, ne ovat toisiaan korvaavia. Jos palvelut tyydyttävät käyttäjänsä eri tarpeita, ne ovat toisiaan täydentäviä. Kun terveyspalvelujen tuottamista pohditaan, on tiedettävä, mitä kansalaisen tarvetta ne



tydyttävät. (Meriläinen 1986, 15) Tässä pro - gradu – tutkimuksessa ei kuitenkaan keskitytä kysyntään ja tarjontaan, vaan valintaan päätöksentekotilanteessa. Tässä tutkimuksessa haluttiin uutta tietoa siitä, minkä päätöksentekoteorian mukaan kansalainen terveystalvelunsa valitsee.

Tästä pro gradu-tutkielmasta olisi tullut monimuotoisempi, jos aineiston analyysiin olisi lisätty taustatekijöitä. Alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoituksena ottaa muuttujiksi kyselyyn vastaajien tulot ja sukupuoli. Lisäksi olisi voinut jakaa vastaukset tutkimuskaupungeittain ja jopa jakamalla aineisto julkisen ja yksityisen terveydenhuollon valinnan mukaan. Kuitenkin näillä olemassa olevilla resursseilla oli pakko pitäytyä alun perin valitussa kysymyksenasettelussa ja analyysissä. Taustatekijöiden vaikutus kansalaisten terveys- ja sosiaalipalveluvalintoihin saattaisi olla kuitenkin mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe.

Tutkimustuloksen perusteella vaikuttaa, että enemmistö Suomen kansalaisista valitsee terveystalvelunsa rationaalisen päätöksentekomallin mukaisesti.

**TAULUKKO 4 Päätöksentekoon vaikuttavat asiat päätöksentekomalleittain**

<b>Rationaalinen</b>	<b>Inkrementaalinen</b>	<b>Mixed-scanning</b>
Paras vaihtoehto valittu	Raha	Vaivan laatu
Saatavuus vaikuttaa	Saatavuus vaikuttaa	Saatavuus vaikuttaa
Oma kokemus	Vähitellen kohti tavoitetta	Erityisosaaminen
Suoraan tavoitteeseen	Kompromissi	Raha
Raha	Ei vaihtoehtoa	Tilanteen akuuttuus

Kaikissa kolmessa päätöksentekomallissa nousi viisi suurta ryhmää esille. Taulukossa seikat on esitetty ylhäältä alaspäin suuruusjärjestyksessä. Tästä voimme huomata, että kaikissa päätöksentekomalleissa suurin vaikuttava tekijä on erilainen. Rationaalisessa päätöksenteossa suurin vaikuttava seikka on valitun palvelun parhaus juuri päätöksentekijälle. Inkrementaalisessa päätöksenteossa suurin vaikuttava asia on raha ja mixed-scanning-mallissa vaivan laatu, jonka perusteella terveystalvelu valitaan. Hämmästyttävää on, että kaikissa kolmessa päätöksentekomallissa toisena vaikuttavana tekijänä on saatavuuden vaikuttaminen päätöksentekoon. Raha esiintyy kaikissa kolmessa mallissa, tosin toisistaan eri vahvuisina vaikuttimina.

Rationaalisen päätöksentekomallin omat vaikuttavat seikat ovat päätöksentekijän omat kokemukset ja suoraan tavoitteeseen pääseminen. Inkrementaaliseen päätöksentekoon omat vaikuttavat asiat ovat vähitellen kohti tavoitetta eteneminen ja kompromissien tekeminen päätöksenteossa. Mixed-scanning-päätöksentekoon kuuluu erityisosaamisen tärkeys ja tilanteen akuuttiuden vaikuttaminen päätöksentekoon.

**TAULUKKO 5 Päätöksentekoon vaikuttavat asiat päätöksentekomalleittain prosentteina (%)**

n=753	<b>Rationaalinen</b> (n=406)	53,60%	<b>Inkrementaalinen</b> (n=162)	21,66%	<b>Mixed-scanning</b> (n=185)	24,73%
	Paras vaihtoehto valittu	15,64%	Raha	7,49%	Vaivan laatu	8,82%
	Saatavuus vaikuttaa	13,64%	Saatavuus vaikuttaa	6,42%	Saatavuus vaikuttaa	6,55%
	Oma kokemus	10,79%	Vähitellen kohti tavoitetta	3,61%	Erityisosaaminen	5,35%
	Suoraan tavoitteeseen	10,79%	Kompromissi	2,67%	Raha	2,01%
	Raha	3,6%	Ei vaihtoehtoa	1,47%	Tilanteen akuuttius	1,87%

Saman aineiston perusteella on jo aiemmin todettu, että tärkeimmät laadun kriteerit terveystalveissa ovat nopea hoitoon pääsy ja erikoislääkäripalvelut. Samalla on huomattu, että päättäjät eivät pysty ottamaan palveluita kansalaisilta vähemmäksi menettämättä asemaansa. Suomen kansalaiset haluavat tietynlaisia terveystalveita, vaikka eivät niitä tarvitsisikaan. (Vuori 2008, 195)

Vuori on selvittänyt tutkimuksessaan kansalaisten terveystalveiden valintaa ja perustellut sen tutkimisen tarpeellisuuden. Tutkimuksen kautta halutaan saada tietoa, jotta kunnat pystyisivät vastaamaan elämäntapaan liittyviin ongelmiin budjettien puitteissa. Kansalaisten valinnanvapaus on tuonut mukanaan yhä enemmän palveluiden käyttäjiä ja saatavuuden eriarvoisuus on noussut esille. On myös ilmennyt, että palveluiden lisääntyminen ja monipuolistuminen eivät välttämättä ole tuoneet mukanaan parempia ja helpommin saavutettavia palveluja. Valinnanvapaus on välillisesti saanut ihmiset tilanteeseen, jossa palveluita on pakko valita. On enemmän kuin yksi vaihtoehto. (Vuori 2008, 197–198)

Japanissa on tutkittu valintaa ja siihen vaikuttavia asioita, kuten terveydenhoitopalvelujen sijaintia, henkilökohtaisia suhteita ja henkilökohtaisia kokemuksia. Japanilaiset uskovat yksityisen terveydenhuollon olevan julkista tehokkaampaa. Japanilaiset ovat kiinnostuneet julkisen ja yksityisen yhteistyöstä, jo paljon ennen meitä. Siellä julkinen ja yksityinen terveystalvelu eivät eroa laadullisesti. (Vuori & Merviö 2007, 63)

Yhteiskunnallisessa tutkimuksessa havaintoja on joskus vaikea erottaa tutkimuksen tuloksista, koska havainnot itsessään voivat jo merkitä jotakin, ihan ilman sen kummempaa tulkintaa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys tarkoittaa sitä, että tutkija tarkastelee aineistoaan ja siitä saamiaan havaintoja omasta tarkoin määritellystä näkökulmastaan. Aineistosta tehdyt havainnot ovat johtolankoja, jotka vievät tutkijaa kohti tutkimustuloksia eli johtopäätöksiä. (Alasuutari 1999, 78, 81.)

Simonin mukaan (2000, 31–33) on tärkeää tutkia empiirisin menetelmin ajatteluamme ja päätöksentekoamme. Sitä tarvitaan, että saadaan lisää näkökulmia ja uusia ajatuksia esimerkiksi taloustieteitten avuksi ja tueksi. Jo toisen maailmansodan jälkeen on tutkittu muun muassa sosiologiassa, psykologiassa ja antropologiassa ihmisen käyttäytymistä. Samalla on tutkittu myös ihmisten sosiaalista käyttäytymistä ja päätöksentekoa.

On paljon näyttöä siitä, että ihmiset käyttäytyvät hyvin rationaalisesti silloin, kun kyse on heistä itsestään. Rationaaliseen päätöksentekoon kuuluu myös ajatus tyytymisestä johonkin, tavoitteellisuudesta ja tarkkaavaisuuden psykologiasta ja ongelmanratkaisutaidoista. Epävarmuuden kanssa toimiminen ja muiden reaktioiden vaikutus omiin, ovat edelleen aiheena tutkimuksissa. Tärkeää on tutkia niitäkin prosesseja, joissa luodaan vaihtoehtoja valintaan liittyen. (Simon 2000, 33, 37.)

Kolmas tutkimuskysymys nousi esille pro gradua tehdessä, vasta siinä vaiheessa kun aineisto oli analysoitu. Terveystalvelut ja niihin liittyvät valintaan vaikuttavat tekijät nostivat esille ajatuksen, miksei tätä tietoa voisi käyttää sosiaalipalveluittenkin puolella. Jos tällaisella kyselyaineistolla saa kansalaisten ajatukset palveluista ja niiden valinnasta esille, kuinka sen saisi tehtyä sosiaalipalveluiden puolella?

Kyselyn voisi kohdentaa julkisen, kunnallisen sosiaalitoimen asiakkaisiin ja yksityisiin palvelunostajiin, kuten palveluasumisen, päivähoiton tai kotipalveluiden ostajien piiriin. Näin saisimme kattavaa tietoa myös sosiaalipalveluista ja siitä mikä vaikuttaa niiden palveluitten valintaan. Toki on muistettava, että osa sosiaalipalveluista, kuten toimeentulotuki, on yleensä se viimekäden palvelu, jota haetaan, mutta suuret linjat saisi vastaavalla tutkimuksella esiin kuitenkin.

Myös terveysten palvelujen johtamiskysymyksiin tämän tutkimuksen tuloksilla voi olla merkitystä. Jo aiemmin muun muassa Miettinen (2005, 260) on huomannut, että innovatiivisesti toimivat organisaatiot ovat muita kilpailukykyisempiä ja kannattavia. Tähän päästään sillä, että organisaatio arvioi koko ajan ympäristönsä palvelutarpeita ja kehittää toimintaansa vastaamaan niitä.

Tässä vaiheessa on hyvä todeta, että jos aikaa paneutua aineistoon olisi ollut enemmän, olisi taustatekijöitä voinut lisätä ja avata analyysiä pidemmälle näiden muuttujien kautta. Taustatekijöitä olisi voinut lisätä esimerkiksi kaupungeittain tai sukupuolen mukaan. Myös vastaajien ikä tai tulotaso olisi ollut mielenkiintoinen lisä tutkimukseen. Julkisen tai yksityisen terveysten palvelun valitseminen olisi voinut myös olla hyvä lisä. Päätöksentekoteoriat olisi voinut ottaa sitten käsittelyyn alkuperäisen julkisen-yksityinen-jaon mukaan ja katsoa, ovatko päätöksentekoteoriat samassa suhteessa molemmissa. Mutta tässä tilanteessa näillä resursseilla se ei ollut mahdollista. Jatkotutkimuksiin ne antavat kuitenkin ajatuksen.

## 6.2. Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda tietoa siitä, minkä päätöksentekoteorian mukaan Suomen kansalaiset valitsevat terveyspalvelunsa, julkisen, yksityisen vai molemmat. Lisäksi oli ajatuksena saada selville ne seikat, jotka tähän valintaan ja päätöksentekoon vaikuttavat.

Tutkimuksen teki mahdolliseksi laaja tutkimusaineisto, joka oli jo valmiiksi kerätty PubPri-tutkimusryhmän toimesta. Se tuo tutkimukseen riittävän laajan pohjan, jonka perusteella johtopäätöksiä voi tehdä ja saada tuloksia tutkimuskysymyksiin. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 255) Lopulliseksi otokseksi jäi aineiston käsittelykierrosten jälkeen  $n=753$ .

Vaikka aineisto on jo muutaman vuoden vanha (vuosilta 2005–2006), tämä tutkimus oli tärkeää tehdä. Tämän jo saadun tiedon pohjalta voi jatkaa tekemällä uuden tutkimuksen uudella samankaltaisella aineistolla, jonka PubPri-tutkimusryhmä on kerännyt 2010–2013. Näin saataisiin näkyville suuntaa siitä, mitä kansalaiset haluavat terveyspalveluiltaan ja onko heidän päätöksentekonsa muuttunut ajan kuluessa.

Luotettavuutta tutkimukseen tuo aiemman tutkimustiedon lukeminen ja sen ymmärtäminen. Herbert A. Simonin artikkelit valinnasta eri vuosikymmeniltä ovat olleet tutkimuksen taustana ja varsinkin ne, jotka ovat koskeneet päätöksentekoa. Muut terveyspalveluja koskevat tutkimukset ovat tuoneet näkemystä tulosten kokoamiseen ja analyysin tekemiseen.

Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta, eli Herbert A. Simonin päätöksentekoteoriat, ovat tuoneet tutkimukseen selkeät raamit. Ne ovat antaneet tutkimukselle rakenteen ja sen etenemiselle kantavan pohjan. Koko tutkimuksessa käsitellään aihetta aina rationaalisen, inkrementaalisen ja mixed-scanning-päätöksentekojon mukaisesti.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella myös seuraavan nelikentän mukaisesti.

**TAULUKKO 6 Tutkimuksen luotettavuuskriteerit (Syrjälä ym. 1996, 130)**

	AINEISTO	KATEGORIAT
AITOUS	koskeeko aineisto tutkijan ja tutkittavien kannalta samaa asiaa (A)	vastaavatko kategoriat tutkittavien tarkoitettamia merkityksiä (B)
RELEVANSSI	onko aineisto relevanttia tutkimuksen teorian kannalta (C)	ovatko kategoriat relevantteja tutkimuksen teorian kannalta (D)

Aineiston aitous (A) on taattu, koska kyselyyn vastanneet ovat saaneet vastata vapaasti avoimiin kysymyksiin. Näistä avointen kysymysten vastauksista koostuu tutkimuksen otos. Näissä kysymyksissä halutaan saada ilmi niitä seikkoja, jotka terveystalvelun valintaan vaikuttavat. Joten aineisto on relevanttia (C) tutkimuksen teorian kannalta.

Kategorioitten aitoutta (B) ja merkityksien vastaavuutta ei pysty täysin aukottomasti tarkistamaan, mutta analyysissa on kirjoitettu auki ne syyt, joiden perusteella aineistosta on valikoitunut otokseen juuri ne vastaukset, mitkä on valittu. Vastauksiin on jätetty näkyviin alkuperäiset numerokoodit, että tarvittaessa niiden avulla päästään katsomaan kokonainen, alkuperäinen vastaus. Näin tutkija ei pääse huomaamatta muokkaamaan vastauksia mieleisekseen ja luotettavuus asianmukaiseen tutkimuksen tekemiseen säilyy. Tutkimuksen teorian kannalta kategoriat (D) ovat relevantteja, koska ne on muodostettu päätöksentekoteorioitten pohjalta analyysiin tarvittavaa jakoa tukevaksi.

Vastaajien anonymiteetti on ollut vahva koko tutkimuksessa. Aineistossa vastauksissa ei ole näkyvissä vastaajan nimeä, vaan vastaukset ovat numeroitu. Tästä on hyötyä, jos myöhemmin johonkin vastaukseen täytyisi palata, esimerkiksi asiayhteyden tarkastamiseksi. Kyselyaineiston vastauksia ei ole jaoteltu kaupungeittain, joten otoksesta on vaikeaa yhdistää jokin vastaus johonkin tiettyyn paikkaan tai henkilöön.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa on analyysin eteneminen prosessi, joka on kirjoitettu auki aineiston analyysi kohdassa (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 25–27). PubPri-tutkimusryhmä säilyttää alkuperäistä aineistoa ja siihen eivät ulkopuoliset pääse käsiksi ilman tutkimusryhmän lupaa.

### 6.3. Ideoita jatkotutkimukseen

Professori Jari Vuoren johtama PubPri-tutkimusryhmä kehittää julkisten ja yksityisten organisaatioiden vertailuteoriaa. Tämän pro gradu-tutkielman ajatusta voisi viedä eteenpäin ja tehdä jatkotutkimus vertailevana tutkimuksena. Pohjana olisi tämä tutkimus ja uusi tehtäisiin samoin menetelmin uudella aineistolla, jolloin päästäisiin vertailemaan Suomen kansalaisten päätöksentekoa ja sitä, onko se muuttunut viiden vuoden kuluessa. Edelleen voitaisiin käyttää soveltaen Herbert A. Simonin päätöksentekoteorioita. Silloin oltaisiin vahvasti kiinni kansalaisten valinnoissa koskien terveystalvveluja. Ensimmäinen aineisto on vuosilta 2005–2006 ja uudempi vuosilta 2010–2013.

Lisäksi tutkimus voitaisiin laajentaa Englantiin, koska siellä on koottu vastaava aineisto tutkimusryhmän voimin. Samalla saataisiin tietoa siitä, eroaako päätöksentekomme englantilaisten päätöksenteosta. Jos näiden pohjalta saataisiin esille päätöksentekoon vaikuttavia asioita sekä kansallisesti, että kansainvälisesti, asiat saataisiin yleiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun. Asia on tärkeä, koska terveystalvvelut koskettavat meitä kaikkia elämämme eri vaiheissa.

Jos ajatusta voisi vielä laajentaa kansantalouteen ja hyvinvointimenoihin. Vaikuttaako palveluiden valintaan se, miten suurella euromäärällä palveluita on tuotettu kunakin aikana (2005–2006 ja 2010–2013). Tämä liittyisi hyvin tähän aiempaan tutkimukseen, koska raha nousi esille kaikissa kolmessa päätöksentekoteoriassa valinnan taustatekijäksi.

Lisäksi samaa asiaa, eli kansalaisen valintaa voisi jatkotutkimuksessa lähestyä osallisuuden kautta. Onko kansalaisilla mahdollisuutta oikeasti valita? Meneillään oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos tuo toivottavasti kaikille tasavertaiset mahdollisuudet valita. Eriarvoisuus, niin laadullisesti kuin alueellisesti, pitäisi saada loppumaan. Se, vastaako uudistus kansalaisten toiveita, on vielä arvoitus. Jo tämän pro gradun lukemalla päättäjät voisivat saada tietoonsa niitä asioita, jotka oikeasti kansalaisten valintaan vaikuttavat. Kiinnostavaa olisi myös tietää, voivatko kansalaiset valita sosiaalipalvelunsa ja minkä päätöksentekoteorian mukaan he sen tekevät. Periaatteessa asian tutkimisen jälkeen voisi tehdä vielä vertailevan tutkimuksen

tämän pro gradun tulosten kanssa. Käytämmekö samaa strategiaa niin terveys- kuin sosiaalipalveluissa?



## LÄHTEET

- Alasuutari Pertti 1995. Laadullinen tutkimus. Gummerus, Jyväskylä.
- Alasuutari Pertti 1999. Laadullinen tutkimus. Gummerus, Jyväskylä
- Anttonen Anneli & Sipilä Jorma 1992. Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa – Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa Riihinen Olavi (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. WSOY, Juva, 435–462
- Arajärvi Pentti 2003. Paremmintyhteiskunta. Kunnallisalan kehittämissäätiö Polemia - sarjan julkaisu nro 48. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala
- Brugha Cathal M. 1998. Theory and Methodology. The structure of development decision-making. *European Journal of Operational Research* 104. Pages 77-92
- Ehrnrooth Jari 1990. Intuitio ja analyysi. Teoksessa Mäkelä Klaus (toim.) 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Painokaari, Helsinki, 30-41
- Etzioni Amitai 1986. Mixed Scanning Revisited. *Public Administration Review*. January-February. Pages 8-14
- Hallipelto Aatos 2008. Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Kunnallisalan kehittämissäätiön Polemia - sarjan julkaisu nro 68. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala
- Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko ja Sajavaara Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino oy, Keuruu
- Jäntti, Satu 2008. Kansalainen terveystalvija valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 154. Kopijyvä, Kuopio
- Kallio Johanna 2010. Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala
- Keskimäki Ilmo 2010. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. Artikkelii Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2010. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry, Vammalan kirjapaino Oy, Vammala
- Kivisaari, S., Saari, E., Lehto, J., Kokkinen, L. & Saranummi, N. 2013. System Innovations in the Making: Hybrid Actors and the Challenge of Up-scaling. *Technology Analysis & Strategic Management*. Vol. 25, No. 2, Pages 187–201
- Korpela Juhani & Mäkitalo Raili 2008. Julkishallinto murroksessa. Rohkeutta ja vauhtia muutokseen. Edita Prima Oy, Helsinki

Koski Heikki 1995. Kansalainen, kunta ja kansalaisyhteiskunta. Kunnallisalan kehittämissäätöjen Polemia - sarjan julkaisu nro 11. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Koski Heikki 1996. Kansalainen, kunta ja valtio. Valtion ja kuntien välisten suhteiden uudistamisprojekti. Edita, Helsinki

Koskiaho Briitta 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Vastapaino, Tampere

Kurvinen Pekka 1985. Päätöksenteko hallinnossa. Suomen Lakimiesliiton Kustannus Oy, Vammala

Kurvinen Pekka & Sippola Sakari 1989. Päätöksenteko hallinnossa. Lakimiesliiton Kustannus, Jyväskylä

Kuusi Pekka 1968. 60-luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo

Kylänen Marika, Vuori Jari & Allen Pauline 2012. Exploring Theory for Citizens' Preferences in Health Policy. The Contribution of Health Policy Cultures to Understanding the Roles of Public and Private Health Service Providers. International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics, 2. Pages 38-57

Kylänen Marika 2007. Julkisen ja yksityisen käsitteellinen kehitys länsimaisessa kulttuurissa. Monitulkintaisen dikotomian kiistanalaisuus ja merkitys organisaatiotutkimukselle. Pro gradu-tutkielma, Kuopion Yliopisto.

Laakso Seppo 1990. Oikeudellisesta sääntelystä ja päätöksenteosta erityisesti julkisoikeuden alalla. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Laamanen Ritva 1994. Kuntien toimintastrategiat ja päätöksenteko. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1994:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki

Laukkanen Mauri 1983. Yritysjohtajien tilannemallit päätöksenteossa. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja B-64, Helsinki.

Meriläinen Pirkko 1986. Väestön terveydenhoidon kokonaisuus: Itsehoito, virallisten ja epävirallisten terveyspalvelujen käyttö sekä niitä määräävät tekijät. Kuopion Yliopiston julkaisuja, Yhteiskuntatieteet, Alkuperäistutkimukset 1/1986. Kuopion Yliopiston painatuskeskus, Kuopio

Miettinen Merja 2008. Terveystieteiden innovatiivisuuden esteitä, kannusteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa Vuori Jari (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY, Helsinki s. 260-277

Mikkola Taru & Bergström Monica (Toim.) 1994. Terveystieteiden valinnat – lääketieteelliset perusteet. Stakes Raportteja 133. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä

Mäkelä Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä Klaus (toim.) 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Painokaari, Helsinki, 42-61

Oliveira, Arnaldo 2007. Decision-Making Theories and Models. A Discussion of Rational and Psychological Decision-Making Theories and Models: The Search for a Cultural-Ethical Decision-Making Model. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, vol 12. No. 2. (<http://ejbo.jyu.fi/>)

Paloheimo, Heikki & Wiberg, Matti 1997. *Politiikan perusteet*. WSOY,

Pekkarinen Taito 1994. Terveydenhuollon valintojen lähtökohdat: Voidaanko rahalla ohittaa valinnat? Teoksessa Mikkola Taru & Bergström Monica (Toim.) 1994. *Terveydenhuollon valinnat – lääketieteelliset perusteet*. *Stakes Raportteja* 133. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä s. 112-118

Pekurinen M., Punkari M., Pokka M. 1997. Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita* 1997:16, Helsinki

Raunio Kyösti 1995. *Sosiaalipolitiikan lähtökohdat*. Gaudeamus, Tampere.

Rönneberg Leif 1999. Eriytynyt ja moniulotteinen kolmas sektori. Teoksessa Hokkanen Liisa, Kinnunen Petri & Siisiäinen Martti (toim.) 1999. *Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta*. *Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry*, Gummerus, Jyväskylä.

Saarinen Arttu 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 114. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala

Saarni Samuli 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. *Eettinen analyysi*. Yliopistopaino, Helsinki.

Salminen Ari 1998. *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Edita, Helsinki

Salminen Ari 2008. *Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet*. Edita, Helsinki.

Salo Maisa 2008. Järjestöt ja julkinen valta – ristiriitaisia(kin) odotuksia. Artikkelit *Socius* 1/2008. (Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti verkossa. <http://www.stm.fi/Resource.phx/socius/socius-12008/sivu9.htm>)

Savolainen Tarja 2011. *Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu organisaatio vertailussa*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies. Juvenes Print, Tampere

Simon Herbert A. 2000. *Bounded Rationality in Social Science: Today and Tomorrow*. *Mind & Society* vol.1. Fondazione Rosselli, Rosenberg & Sellier. Pages 25-39

Simon, Herbert A. 1987. *The Scientist as Problem Solver*. Technical Report AIP-3. Department of Psychology Carnegie-Mellon University Pittsburgh, PA 15213

- Simon Herbert A. 1979. Päätöksenteko ja hallinto. Weilin & Göös, Espoo
- Simon, Herbert A. 1979. Rational Decision Making in Business Organizations. Science Press, Economic Review. 30.4.1979
- Simon Herbert A. 1979B. Päätöksenteko ja hallinto. Weilin + Göösin kirjapaino, Espoo
- Simon Herbert A. 1965 The Logic of Rational Decision. The British Journal for the Philosophy of Science. 16. Pages 169-186.
- Stakes 2006. Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Edita Prima Oy, Helsinki
- Syrjälä Leena, Ahonen Sirkka, Eija Syrjäläinen & Saari Seppo 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Tervo Tapio 1994. Terveystieteiden tutkimuslaitos ja valinta. Teoksessa Mikkola Taru & Bergström Monica (Toim.) 1994. Terveystieteiden tutkimuslaitos – lääketieteelliset perusteet. Stakes Raportteja 133. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä s. 177–180
- Valtioneuvoston selonteko EU-politiikasta 2009. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2009. Yliopistopaino, Helsinki
- Viitanen Elina, Kokkinen Lauri, Konu Anne, Simonen Outi, Virtanen Juha V. & Lehto Juhani 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallissalan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisut nro 59. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala
- Vuori Jari 2008. Julkisesti, yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys – Kansalaisen valinnat terveystieteissä. Teoksessa Ashorn Ulla & Lehto Juhani (toim.) 2008. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä
- Vuori Jari & Merviö Mika 2007. Japanin ja Suomen hyvinvointijärjestelmien vertailtavuus. Kuopio University Press, Kuopio
- Vuori, Jari 2005. Tutkimus kansalaisten terveystieteiden palveluja koskevasta valinnasta 2005–2006 [elektroninen aineisto]. PubPri 0001. PubPri-tutkimusryhmä, Kuopion yliopisto (KYO): Hurri, Jaana; Jäntti, Satu; Komu, Hannele; Kylänen, Marika; Savolainen, Tarja; Willberg Mirja & Borg, Sami (Yhteiskuntatieteellisen tietoaarkiston johtaja) [suunnittelu], 2003–2005. Väestötietokeskus & PubPri-tutkimusryhmä, KYO [aineistonkeruu], 2005-2006. PubPri-tutkimusryhmä, KYO [tuottaja], 2005-2006. Kuopio: PubPri-tutkimusryhmä, Itä-Suomen yliopisto [jakaja], 2010
- Zey Mary 1992. Decision making: Alternatives to Rational Choice Models. Sage Publications, Newbury Park, California 91320

## LIITTEET

## LIITE 1. Koeotos nro1.

**R**

Rationaalinen päätöksentekomalli

- 1) asetetaan tavoite
- 2) kartoitetaan kaikki erilaiset strategiat ja vaihtoehdot, joilla tavoite voidaan saavuttaa
- 3) arvioidaan kaikkien vaihtoehtoisten strategioiden seuraukset
- 4) valitaan paras strategia tavoitteen saavuttamiseksi

• Herbert Simon rajoitettu rationaalinen päätöksentekomalli (bounded or limited rationalism): parhaiden vaihtoehtojen sijaan tehdään valintoja, jotka ovat tyydyttäviä

**I**

Inkrementaalinen päätöksentekomalli

- päätöksenteko on neuvotteluja ja kompromisseja
- päätökset edustavat enemmän sitä, mikä on mahdollista kuin sitä, mikä on toivottavaa
- päätökset inkrementaalisia eli vähäisiä

**M**

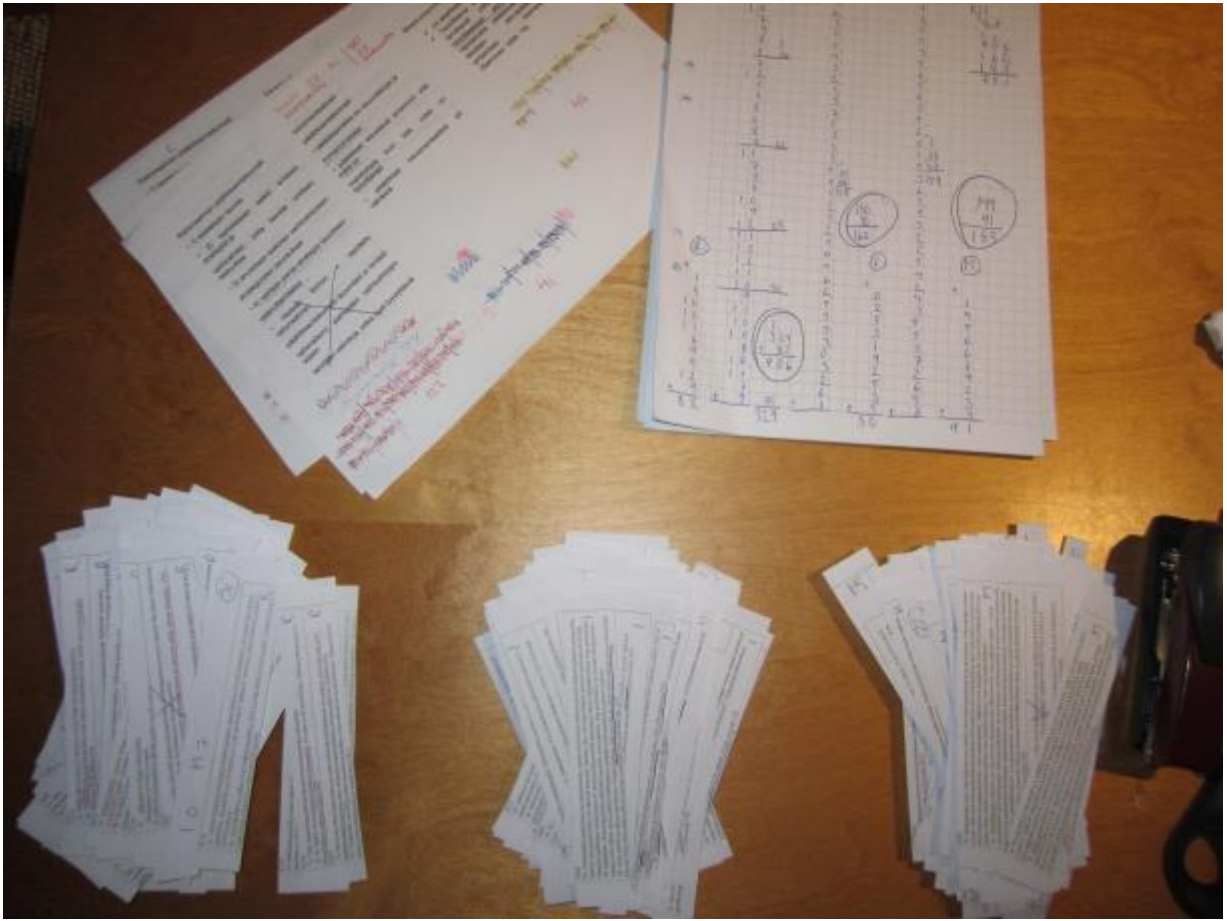
Mixed-scanning-päätöksenteko

- on edellisten mallien sekoitus.
- Tavoitteena siinä on erotella tarvittavat pitkäaikaiset ja tavoitteelliset peruspäätökset rajoitetuista päätöksistä, joita tehdään peruspäätösten antamissa raameissa. (Salminen 1988, 79)

72

21

28

**LIITE 2. Koeotoksesta koko aineiston jaotteluun**

**LIITE 3. Analyysin pohjaksi päätöksentekomallien kolmijako (Salminen 1998, 79)**

## a) Rationaalinen päätöksentekomalli

- asetetaan tavoite
- kartoitetaan kaikki erilaiset strategiat ja vaihtoehdot, joilla tavoite voidaan saavuttaa
- arvioidaan kaikkien vaihtoehtoisten strategioiden seuraukset
- valitaan paras strategia tavoitteen saavuttamiseksi
- Herbert Simon – rajoitettu rationaalinen päätöksentekomalli (bounded or limited rationalism): parhaiden vaihtoehtojen sijaan tehdään valintoja, jotka ovat tyydyttäviä

## b) Inkrementaalinen päätöksentekomalli

- päätöksenteko on neuvotteluja ja kompromisseja
- päätökset edustavat enemmän sitä, mikä on mahdollista kuin sitä, mikä on toivottavaa
- päätökset inkrementaalisia eli vähäisiä

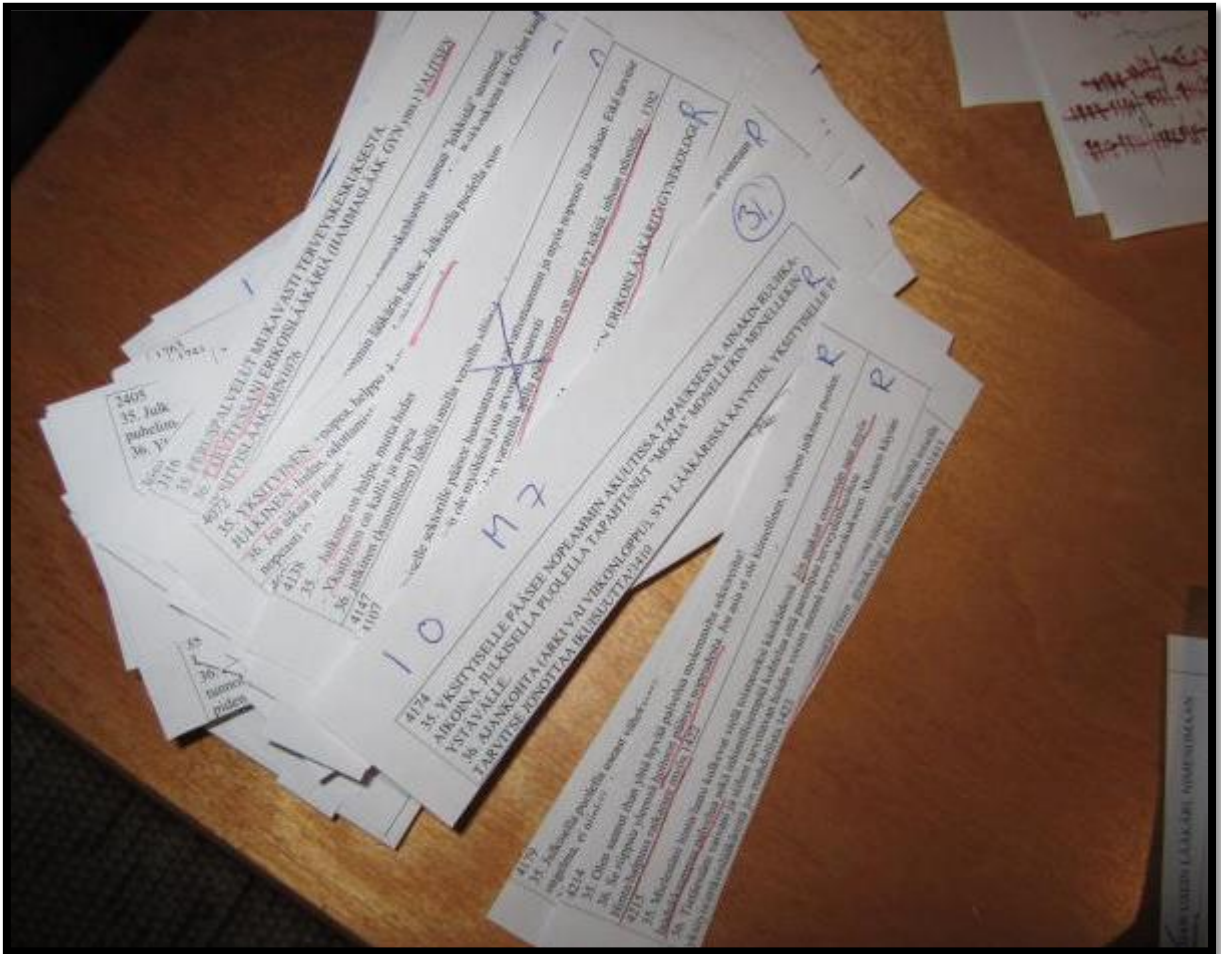
## c) Mixed-scanning-päätöksenteko

- on edellisten mallien sekoitus.
- Tavoitteena siinä on erotella tarvittavat pitkäaikaiset ja tavoitteelliset peruspäätökset rajoitetuista päätöksistä, joita tehdään peruspäätösten antamissa raameissa.

## LIITE 4.

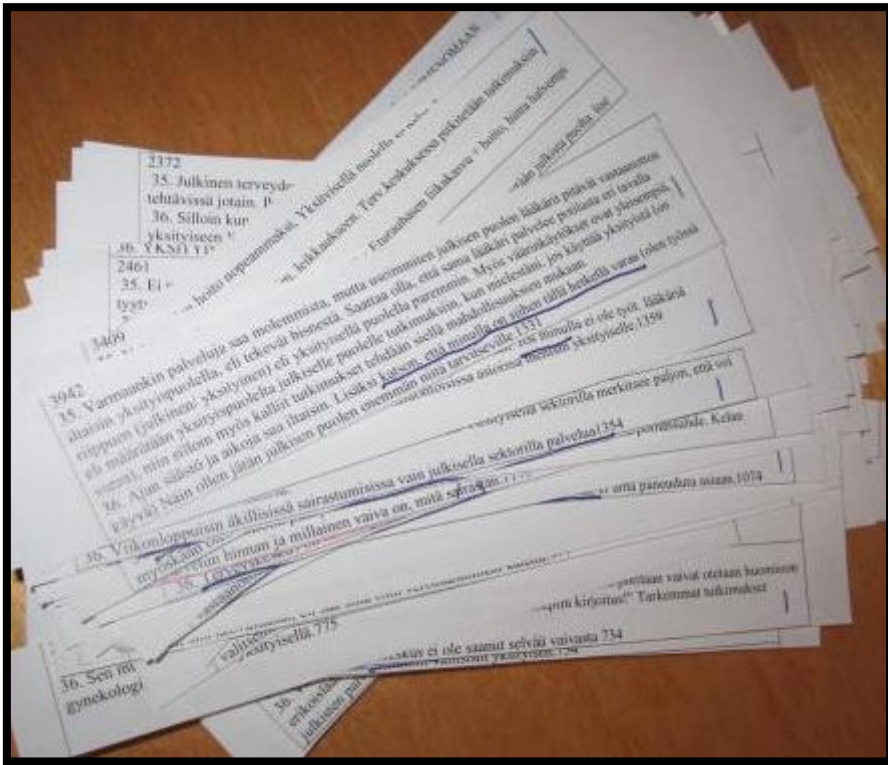


Aineiston jakaminen rationaaliseen, inkrementaaliseen ja mixed-scanning-päätöksentekoon Herbert A. Simonin päätöksentekomallien mukaan.

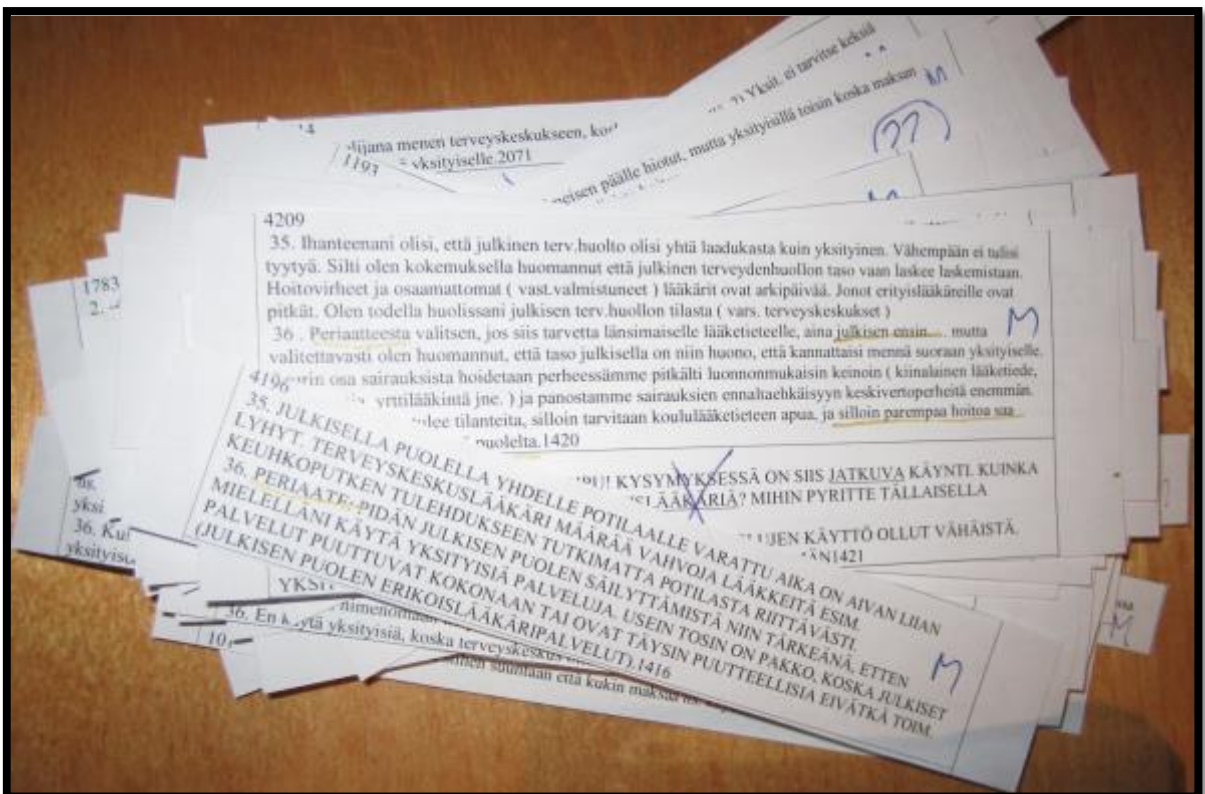


Rationaalisen päätöksentekoteorian mukaiset vastaukset (N=406).

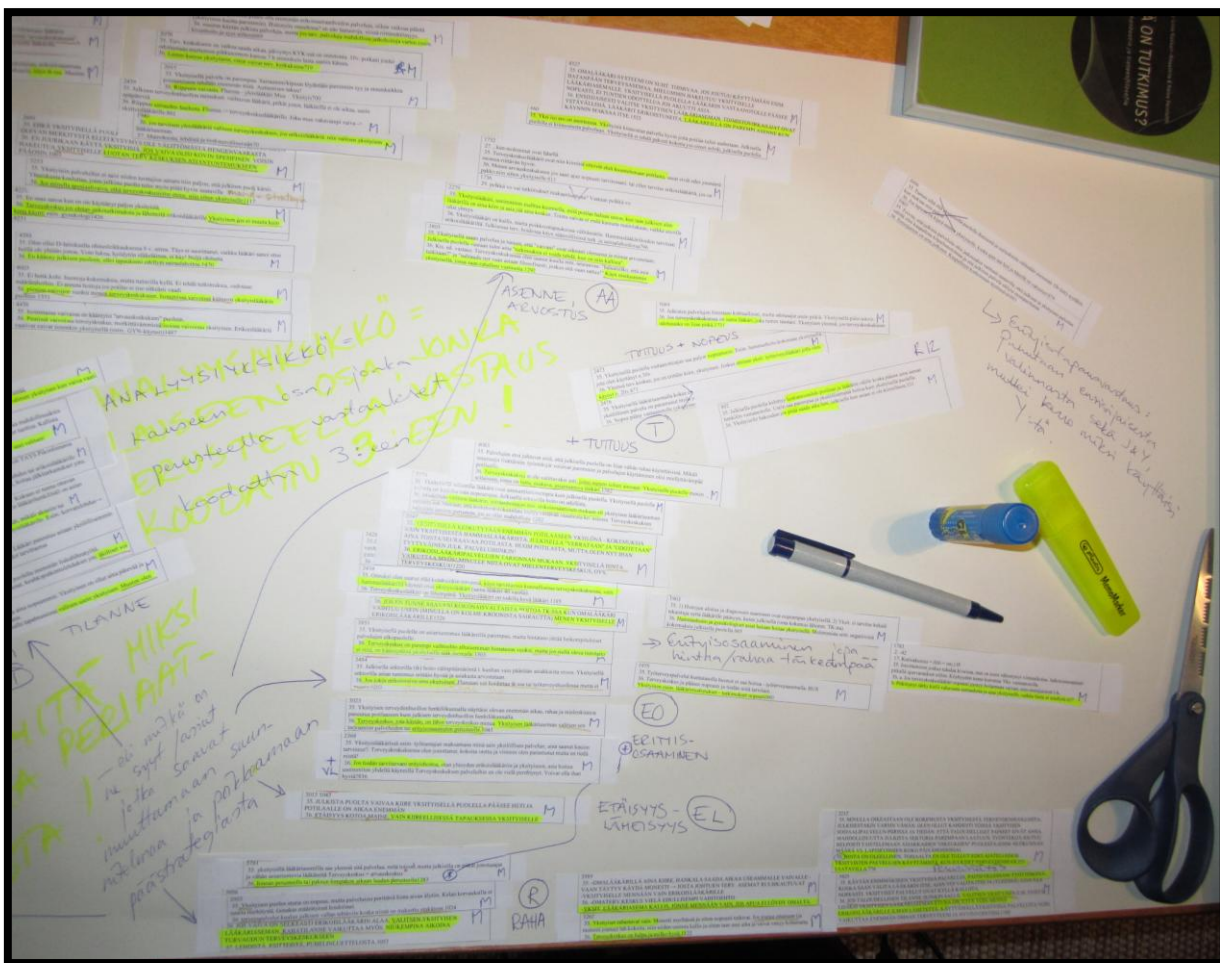




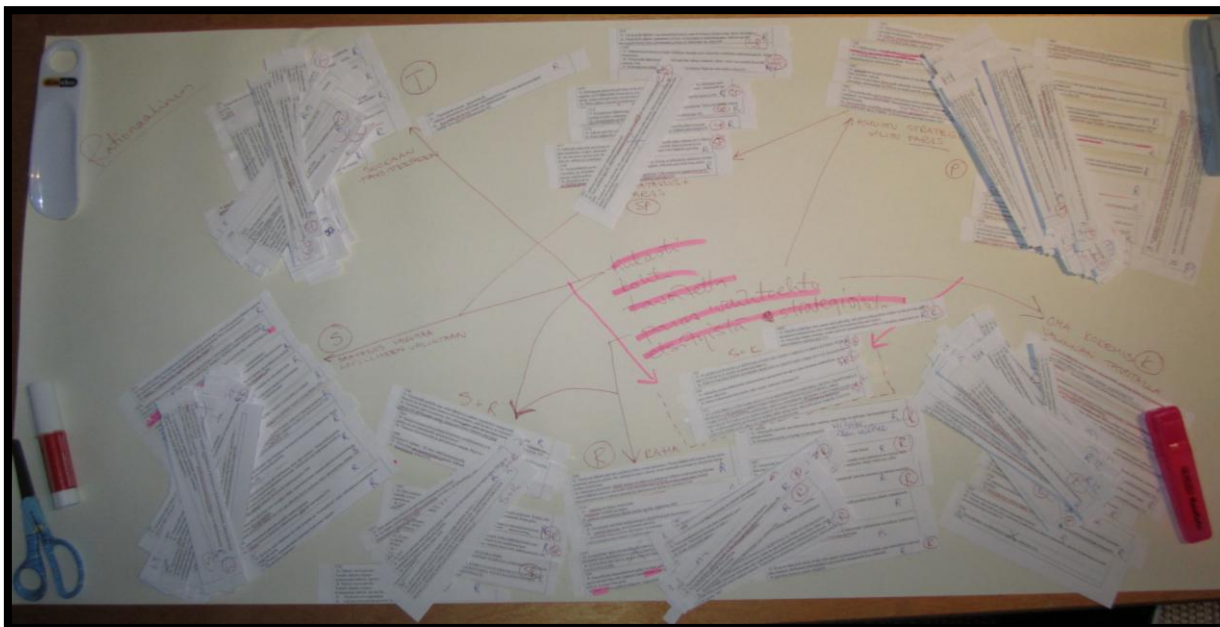
Inkrementaalisen päätöksentekoteorian mukaiset vastaukset (N=162).



Mixed-scanning-päätöksentekoteorian mukaiset vastaukset (N=185).



Mixed-scanning-päätöksentekoteoriaan liittyvää analyysiprosessia.



Rationaaliseen päätöksentekoteoriaan liittyvää analyysiprosessia.