

Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet

Ammattilaiskyselyn tulokset



Sosiaali- ja
terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön
RAPORTEJA JA MUISTIOITA | 2025:20

Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet

Ammattilaiskyselyn tulokset

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-4436-7
ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2025

Sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteet Ammattilaiskyselyn tulokset

Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2025:20

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Toimittaja/t
Yhteisötekijä
Kieli Mäklin Suvi, Sinervo Leini
Sosiaali- ja terveysministeriö
suomi

Sivumäärä 62

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö teki keväällä 2025 kyselyn sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille priorisointiperiaatteista. Kyselyyn vastasi 792 henkilöä. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa ammattilaisten arvopohjaa ja näkemyksiä palvelujen yhdenvertaisuudesta, riittävydestä ja priorisoinnista. Kysely liittyy palveluvalikoiman periaatteiden säädösvalmistelun taustatyöhön.

Yhdenvertaisuuden toteutuminen palveluissa tällä hetkellä nähtiin vastaajien parissa puutteellisenä, erityisesti sosiaalihuollon osalta, ja palvelujen riittävyys kyseenalaistettiin laajasti. Samalla kuitenkin korostettiin, että palveluja tulisi kohdentaa erityisesti niille, joiden kyky huolehtia itsestään on heikentynyt.

Vastaajat pitivät priorisointia monisyisenä ja eettisesti haastavana aiheena, joka vaatii jatkuvaa vuoropuhelua ja yhteisiä linjauksia. Vastaajista vain pieni osa tunnisti nykyainsäädännöstä selkeitä priorisointiperiaatteita. Piilopriorisointi oli ammattilaisten keskuudessa yleistä ja erityisesti sosiaalihuollon ammattilaiset kokivat siitä kuormitusta. Enemmistö vastaajista koki, että vaatimalla voi saada palveluja.

Väestötason näkökulma priorisoinnissa sai kannatusta yksilötason oikeuksien rinnalla etenkin lääkäreiltä. Vastaajat kannattivat vakavasti sairaiden priorisointia, mutta yksittäisen potilaan kalliin hoidon asettaminen useamman lievemmin sairaan edelle sai vähemmän tukea. Kustannusrajoihin ja yksilön vastuuseen liittyvät väitteet jakoivat ammattilaisten mielipiteitä, mutta erityisesti sosiaalihuollon työntekijät suhtautuivat niihin hyvin kriittisesti.

Asiasanat Palveluvalikoima, ammatilaiskysely, priorisointi, sosiaaliala, terveysala, periaatteet

ISBN PDF 978-952-00-4436-7

ISSN PDF 2242-0037

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4436-7>

Prioriteringsprinciper inom social- och hälsovården

Resultaten av enkäten till yrkespersoner

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2025:20

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Redigerare Mäklin Suvi, Sinervo Leini

Utarbetad av Social- och hälsovårdsministeriet

Språk finska

Sidantal

62

Referat

Social- och hälsovårdsministeriet genomförde våren 2025 en enkät om prioriteringsprinciperna för yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Totalt 792 personer svarade på enkäten. Syftet med enkäten var att kartlägga yrkesutbildade personers värdegrund och åsikter om jämlikheten, tillräckligheten och prioriteringarna i tjänsterna. Enkäten hänför sig till bakgrundsarbetet med lagberedningen om principerna för serviceutbudet.

De som svarade på enkäten ansåg att tillgodoseendet av likabehandling i tjänsterna för närvarande är bristfälligt, särskilt när det gäller socialvården, och det ifrågasattes i stor utsträckning om tjänsterna är tillräckliga. Samtidigt betonades det emellertid att tjänsterna särskilt bör riktas till personer vars förmåga att ta hand om sig själv är nedsatt.

De som svarade på enkäten ansåg att prioritering är ett mångfacetterat och etiskt utmanande tema som kräver kontinuerlig dialog och gemensamma riktlinjer. Endast en liten del av de som svarade på enkäten ansåg att det finns tydliga prioriteringsprinciper i den gällande lagstiftningen. Den dolda prioriteringen var allmän bland de yrkesutbildade personerna, och i synnerhet yrkesutbildade personer inom socialvården upplevde den som en belastning. Majoriteten av de som svarade på enkäten upplevde att man kan få service genom att kräva det.

Vid sidan av rättigheterna på individnivå understöddes befolkningsnivåperspektivet i prioriteringen särskilt av läkarna. De som svarade på enkäten understödde prioriteringen av allvarligt sjuka, men att sätta dyr vård av en enskild patient framför flera lindrigare sjuka fick mindre stöd. Påståendena om kostnadsgränser och individens ansvar delade experternas åsikter, men i synnerhet socialvårdspersonalen förhöll sig mycket kritiska till dem.

Nyckelord serviceutbud, enkät till yrkespersoner, prioriteringar, socialsektorn, hälsovårdsbranschen, principer

ISBN PDF 978-952-00-4436-7

ISSN PDF

2242-0037

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4436-7>

Prioritisation principles in healthcare and social welfare

Results of a questionnaire for professionals

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2025:20

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Editor(s) Mäklin Suvi, Sinervo Leini

Group author Ministry of Social Affairs and Health

Language Finnish

Pages

62

Abstract

In spring 2025, the Ministry of Social Affairs and Health conducted a survey for healthcare and social welfare professionals on prioritisation principles in the field. It was responded to by a total of 792 people. The aim was to explore the value base of these professionals and their views on equal access to and sufficient supply of services and on prioritisation. The survey is part of the groundwork for legislative drafting on the principles of service choices.

The respondents felt that the realisation of equality in the services is currently inadequate, especially with regard to social welfare, and the sufficiency of services was widely questioned. At the same time, however, it was emphasised that services should be targeted especially at persons with poorer ability to take care of themselves.

The respondents found prioritisation a complex and ethically challenging issue that calls for continuous dialogue and common policy approaches. Only a fraction of the respondents said that they could identify clear prioritisation principles in the current legislation. Hidden prioritisation was reported as a common practice among the professionals, causing strain for social welfare professionals in particular. The majority of the respondents believed that services can be obtained if you know how to ask for them.

Alongside individual rights, a population-level perspective to prioritisation received support especially from physicians. The respondents were in favour of prioritising persons with severe illnesses, but giving priority to an expensive treatment for an individual patient over caring for a larger number of persons with milder illnesses received less support. While the professionals' opinions diverged on the claims related to cost limits and the individual's own responsibility, social welfare workers were particularly critical of those claims.

Keywords service choices, questionnaire for professionals, prioritisation, social welfare sector, healthcare sector, principles

ISBN PDF 978-952-00-4436-7

ISSN PDF

2242-0037

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4436-7>

Sisältö

1	Johdanto	7
2	Kysely ja sen analyysi	8
3	Vastaajien taustatiedot.....	10
4	Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus palveluissa.....	12
	4.1 Oikeudenmukaisuus ja positiivinen erityiskohtelu	12
	4.2 Yhdenvertaisuus palveluissa.....	16
5	Vastaajien näkemykset priorisoinnista ja sen tarpeellisuudesta.....	21
6	Millaisia priorisointiperiaatteita hyväksytään ja mitä painotetaan?	31
	6.1 Yksilön ja väestön tarpeet ja resurssit.....	31
	6.2 Priorisointijärjestys.....	34
	6.3 Kustannusraja asiakas- tai palvelukohtaisesti.....	39
	6.4 Oma vastuu ja omat valinnat	41
	6.5 Priorisoinnin periaatteet järjestelmätasolla.....	43
	6.6 Priorisoinnin periaatteet yksilötasolla.....	45
7	Kyselyn palaute ja kommentit.....	47
8	Johtopäätökset	50
	Liitteet	53
	Ammattilaiskysely sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista.....	53

1 Johdanto

Vaikuttavien palvelujen ja menetelmien kansallisen valinnan periaatteista säättämisen eli palveluvalikoiman periaatteita koskevan säädösvalmistelun yhteydessä karotettiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä priorisoinnista ja palveluiden tilasta erillisellä ammattilaiskyselyllä keväällä 2025.

Palveluvalikoiman periaatteiden määrittelyn tavoitteena on edistää palveluiden ja menetelmien vaikuttavuutta ja resurssien kohdentamista siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto voi tuottaa mahdollisimman paljon hyvinvointia ja terveyttä koko väestölle ja samalla turvata palvelujen oikeudenmukainen saatavuus.

Ammattilaiskyselyn tavoitteena oli täydentää aiemmin kerätyn kansalaiskyselyn tuloksia sekä kuulla säädöstyön valmisteluvaiheessa asiakastyötä tekevien ammattilaisten näkemyksiä aiheesta. Kyselyjen lisäksi sidosryhmien näkemyksiä on kuultu muun muassa organisaatioille suunnatun verkkoalusta avulla, jonka kautta saatiin erityisesti johdon näkemyksiä ja organisaatiotason kannanottoja.

Palveluvalikoiman periaatteita koskevasta hallituksen esityksen luonnoksesta on tarkoitus järjestää lausuntokierros syksyllä 2025. Hallituksen esitys on tarkoitus antaa eduskunnalle keväällä 2026.

2 Kysely ja sen analyysi

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiskysely oli auki kuusi viikkoa helmi–huhtikuussa 2025. Kyselyyn vastasi 792 ammattilaista.

Verkkokyselyä välitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiliittojen kautta jäsenille 27.2. – 10.4.2025 välisenä aikana sähköpostilla, jäsenkirjeen yhteydessä tai kirjautumista edellyttävillä jäsensivuilla. Saatetekstit ja kyselylinkit toimitettiin sosiaali- ja terveysministeriöstä ammatti- ja jäsenliitoille molemmilla kotimaisilla kielillä ja liitot välittivät niitä oman jäsenviestintäaikataulunsa mukaisesti.

Yhteistyöhön lupautuivat pyydetessä Suomen Lääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäri-liitto, Suomen lähi- ja perushoitajat SuPer, Tehy ja Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijaosto Talentia sekä Sosiaalityöntekijäin liitto ja Sosiaalityöntekijöiden seura. Lisäksi kyselyn pyysivät erikseen Suomen Farmasialiitto, Suomen Toimintaterapeuttiliitto, Suomen Terveystieteiden liitto, Suomen Puheterapeuttiliitto, Suomen Psykologiliitto ja Suomen Sairaalamikrobiologit. Kyselylinkki ei ollut saatavilla julkisilla verkkosivuilla.

Ammattilaiskysely valmisteltiin sosiaali- ja terveysministeriön virkatyönä. Kysymyksissä ja väittämissä hyödynnettiin soveltuvien osien aiempien priorisointitutkimusten kysymyksiä. Muutaman kysymyksen osalta hyödynnettiin aiemmin tehdyn kansalaiskyselyn kysymyksiä, palveluvalikoiman periaatteiden säädösvalmistelun työpajoissa käytettyjä kysymyksiä sekä sidosryhmäkeskusteluissa nousseiden teemojen kautta työryhmässä muotoiltuja kysymyksiä.

Verkkolomakkeella (webropol) toteutettu kysely sisälsi viisi taustakysymystä ja useita monivalintakysymyksiä, joita pyydettiin arvioimaan joko neljäportaisella Likert-asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä ja en osaa sanoa), laittamalla väittämiä tärkeysjärjestykseen tai valitsemalla vaihtoehdoista kolme tärkeintä. Lisäksi lopussa oli mahdollisuus antaa avoimen kentän kautta palautetta kyselystä tai aiheesta.

Kysymykset ja väittämät liittyivät palvelujen yhdenvertaisuuteen, riittävyyteen, saatavuuteen ja oikeudenmukaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä priorisointiin, priorisointiperiaatteisiin ja niiden merkitykseen. Kysely analysoitiin määrällisten ja laadullisten menetelmien avulla: suorien jakaumien avulla, ristiintaulukoimalla vastauksia sekä teemoittelemalla avoimia vastauksia.

Kuvailevia tietoja esitetään etupäässä eri ammattiryhmien välillä, koska ammattiryhmittäinen tarkastelu toi vastauseroja näkyviin paremmin kuin jako sosiaali- ja terveydenhuollon toimialojen välillä. Sukupuoli tai ikä ei ollut vastausten kannalta merkittävä taustamuuttuja. Vastaajien enemmistö oli naisia, vain lääkärien ammattikunnassa neljännes oli miehiä. Sukupuolta paremmin vastausten eroja kuvasi ammattiasema. Ikäjakaumassa painottuivat 30–45-vuotiaat sekä 46–65-vuotiaat, eikä ikä tuonut merkittäviä eroja vastauksissa. Nuoria alle 30-vuotiaita ja vastaavasti yli 65-vuotiaita oli kaikkien vastaajien joukossa yhteensä vain 14 prosenttia. Ikään-tyneistä yli 65-vuotiaista enemmistö (85 %) oli lääkäreitä. Ammattiasema kuvasi vastausten eroja enemmän kuin ikä.

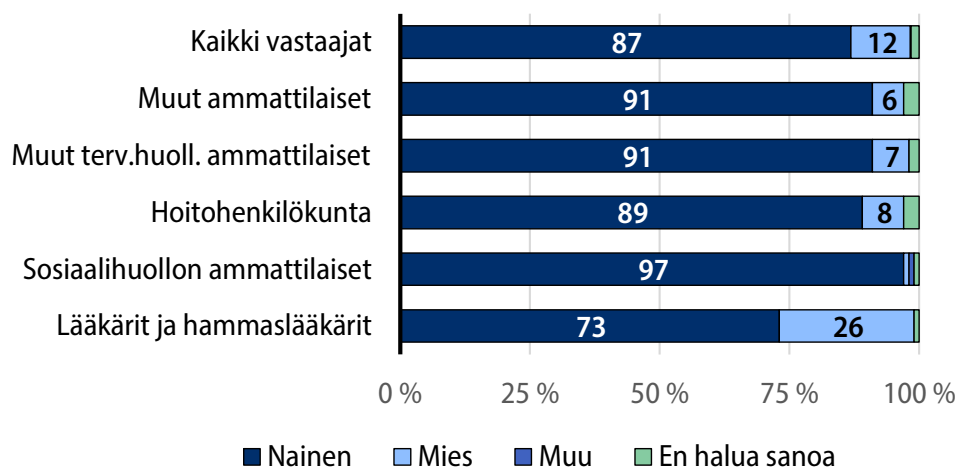
3 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 792 ammattilaista, joista lääkäreitä ja hammaslääkäreitä oli 214, hoitajia 154, muita terveydenhuollon ammattilaisia 290, sosiaalihuollon ammattilaisia (sosiaalityöntekijä, sosionomi, geronomi, kuntoutuksen ohjaaja, muu sosiaalihuollon ammattihenkilö) 99 ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia (esimerkiksi farmaseutit) 35. Kyselyssä ei erikseen kysytty onko vastaaja opiskelija, työelämässä vai eläkkeellä, mutta muutama vastaajista kertoi olevansa eläkkeellä.

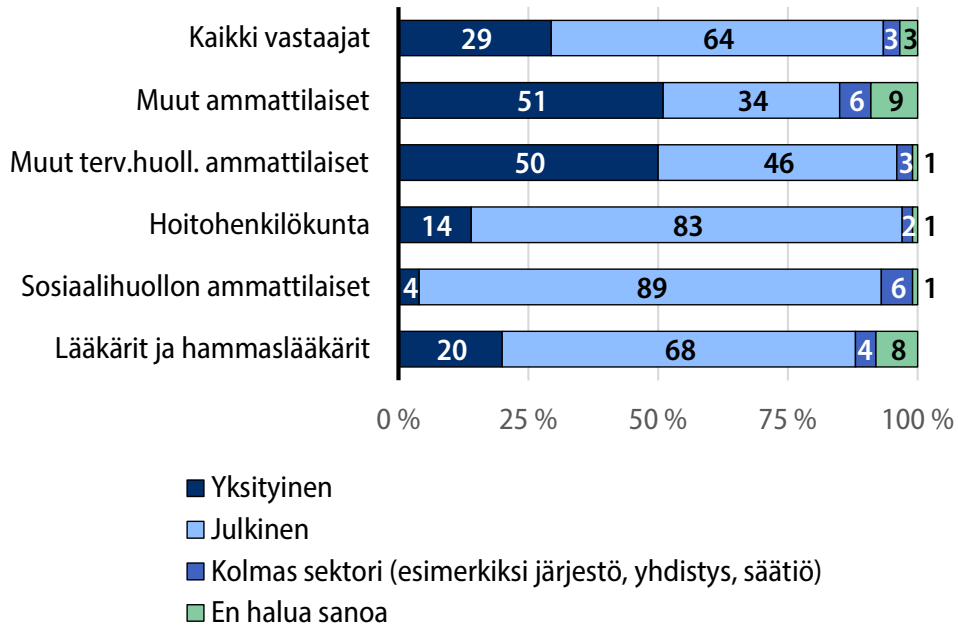
Vastaajista 87 % oli naisia (kuvio 1). Julkisella sektorilla työskenteli 64 % vastaajista (kuvio 2). Lähes puolet vastaajista kuului ikäryhmään 30–49-vuotiaat ja 38 % vastanneista oli 50–65-vuotiaita.

Miehiä oli enemmän lääkärien ammattiryhmässä kuin muissa ammattiryhmissä, 26 % vastanneista lääkäreistä oli miehiä, muissa ammattiryhmissä miehiä oli alle 10 % vastanneista. Myös yli 65-vuotiaista (n=59) enemmistö oli lääkäreitä.

Kuvio 1. Vastaajien sukupuolijakauma ammattiryhmittäin.



Kuvio 2. Vastaajat ammattiryhmittäin ja sektoreittain.



4 Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus palveluissa

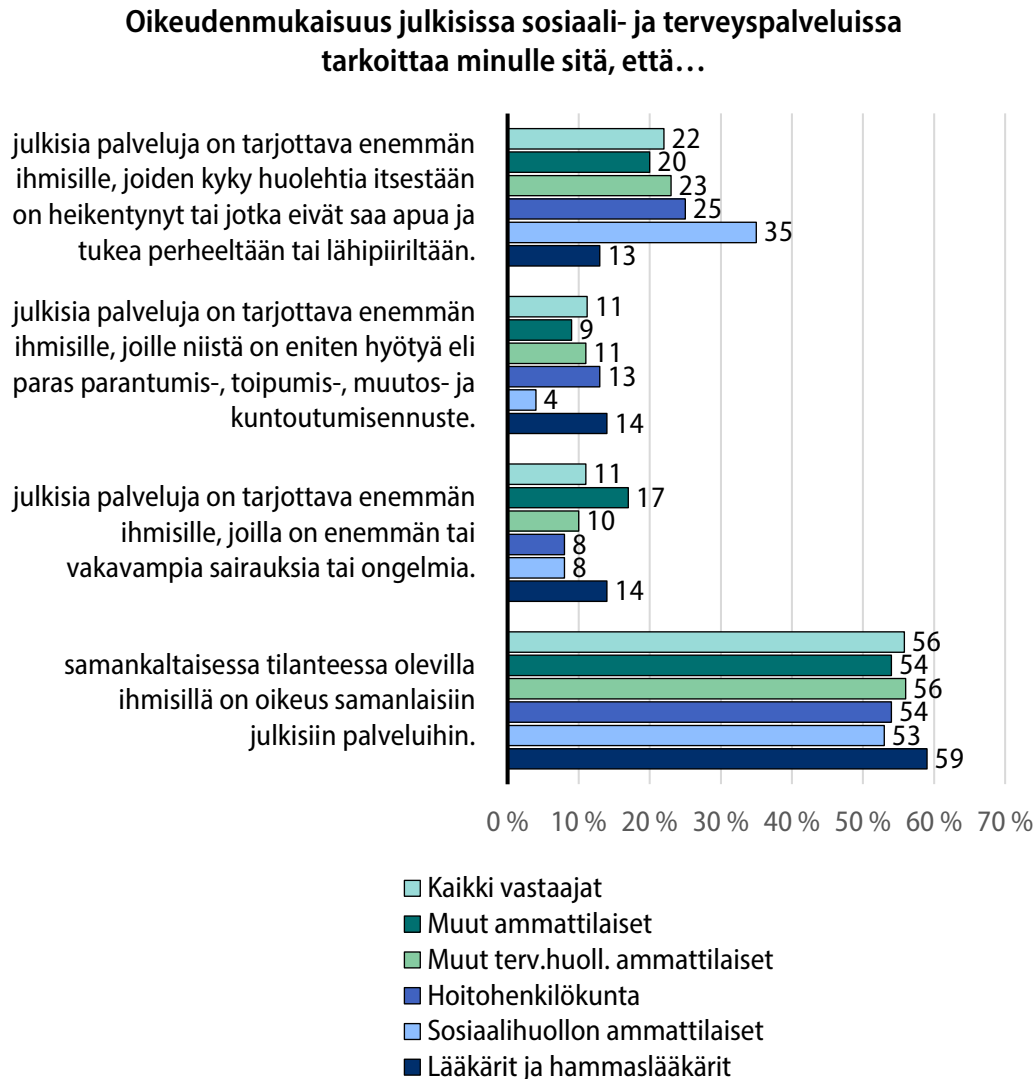
4.1 Oikeudenmukaisuus ja positiivinen erityiskohtelu

Vastaajilta kysyttiin neljän eri väittämän kautta mitä oikeudenmukaisuus julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa tarkoittaa vastaajalle. Kaikissa vastaajaryhmissä selvästi eniten kannatusta sai väittämä: samankaltaisessa tilanteessa olevilla ihmisillä on oikeus samanlaisiin julkisiin palveluihin (kuvio 3). Toiseksi eniten kannatusta sai väittämä: julkisia palveluja on tarjottava enemmän ihmisille, joiden kyky huolehtia itsestään on heikentynyt tai jotka eivät saa apua tai tukea perheeltään tai lähipiiriltään. Tämä väittämä korostui erityisesti sosiaalihuollon ammattilaisten vastauksissa, vastaavasti lääkärikunnan vastauksissa tämä vaihtoehto ei erottunut muista väittämistä eli siitä, että palveluja tulisi tarjota enemmän niille, joilla on vakavampia sairauksia tai ongelmia tai niille, joille palveluista on eniten hyötyä. Samat väittämäkysymykset kysyttiin kansalaiskyselyssä¹ alkuvuodesta 2025, siinä nousivat esiin samat kaksi kärkeen nostettua oikeudenmukaisuusväittämää.

Yhdenvertaisuus palvelujen saannissa ja heikoimmassa asemassa olevista huolehtiminen ovat tärkeitä arvoja sekä kansalaisille että ammattilaisille. Mikäli joku ihmisryhmä voisi saada enemmän palveluja kuin muut, niin eniten kannatettiin palveluita niille, joiden kyky huolehtia itsestään on heikentynyt, ja tämä korostui sairauden vakavuuteen nojaavan tarveajattelun tai palvelusta saatavan hyödyn edelle.

¹ Kansalaiskysely oli Etenen, Palkon ja STMn alkuvuodesta 2025 järjestämä verkkokysely, jonka toteutti Taloustutkimus ja johon saatiin noin 22 000 vastausta. Taloustutkimuksen otokseen vastasi noin 2 600 henkilöä ja avoimen linkin kautta saatiin noin 19 000 vastausta.

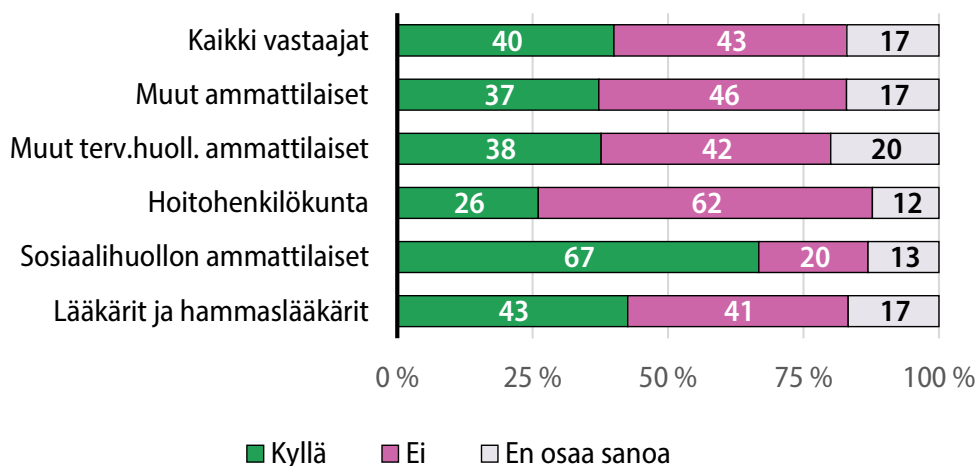
Kuvio 3. Ammattiryhmittäin osuus vastaajista, jotka ovat asettaneet kyseisen väitteen parhaiten omaa näkemystään kuvaavaksi. N=792.



Positiivista erityiskohtelua kysyttiin vielä erillisellä kysymyksellä: Vaikka kaikille väestöryhmille tarjotaan palveluja, niin voisivatko jotkut ryhmät saada mielestäsi oikeutetusti muita enemmän palveluja? Kaikista vastaajista 43 % vastasi ei, 40 % kyllä ja 17 % en osaa sanoa (kuvio 4). Samankaltainen kysymys oli myös kansalaiskyselyssä, jossa vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia: vastaajista 45 % vastasi ei ja 38 % vastasi kyllä.

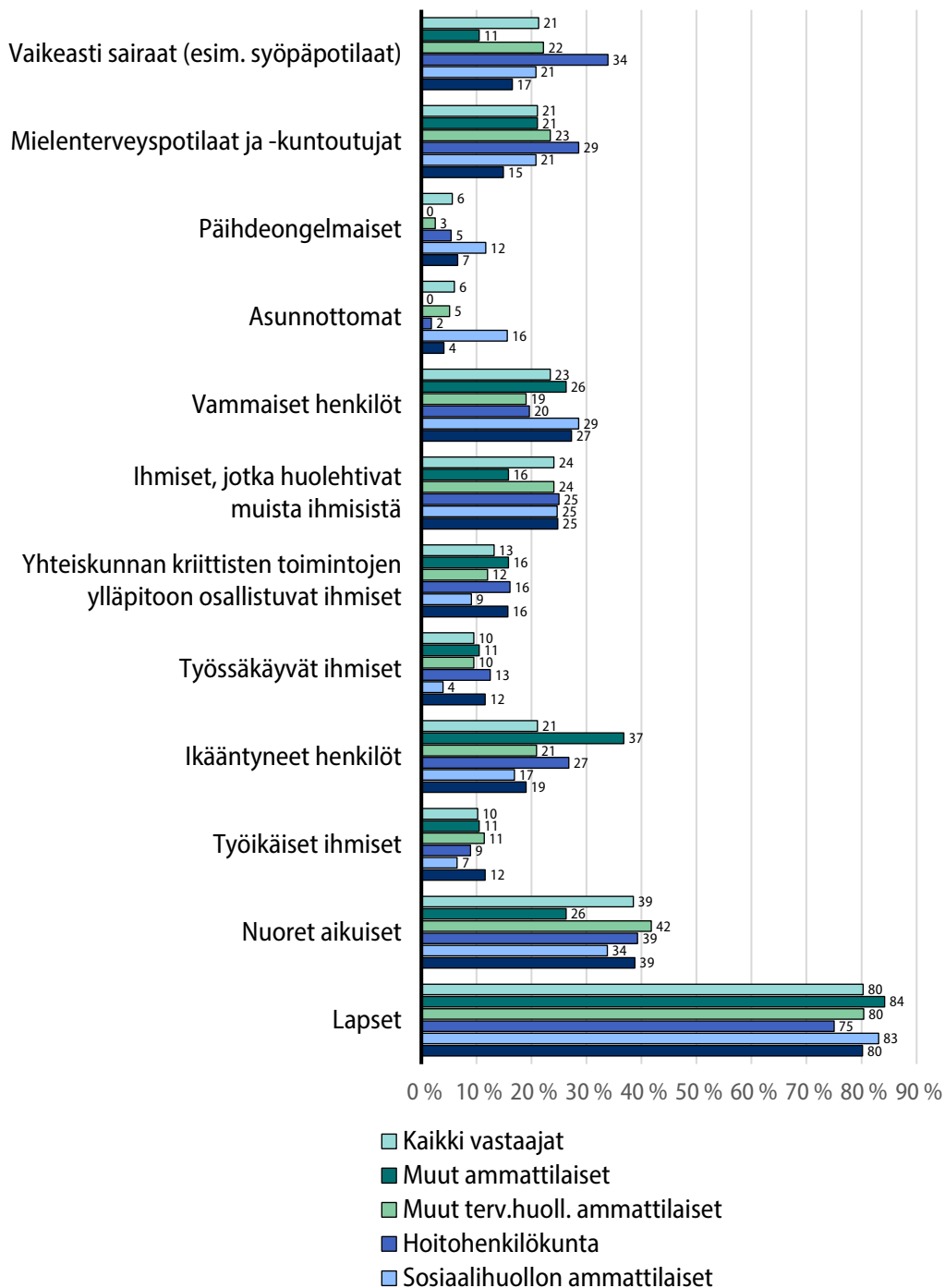
Niitä jotka vastasivat myönteisesti kysymykseen voiko jollekin väestöryhmälle tarjota muita enemmän palveluja, pyydettiin valitsemaan enintään kolme ryhmää tarjotuista vaihtoehtoista. Kaikissa ammattiryhmissä lapset (80 %) valittiin kolmen tärkeimmän ryhmän joukkoon. Seuraavaksi yleisimmin valittiin nuoret aikuiset (39 %). Kolmanneksi suosituimman ryhmän osalta vastaukset jakautuivat melko tasaisesti useaan eri ryhmään: ihmiset, jotka huolehtivat muista (24 %); vammaiset henkilöt (23 %); ikääntyneet henkilöt (21 %); mielenterveyspotilaat ja kuntoutujat (21 %); vaikeasti sairaat (21 %) (kuvio 5). Muut vaihtoehdot saivat selvästi vähemmän kannatusta. Vastauksissa saattoi korostua se asiakasryhmä, jonka kanssa ammattilainen itse tekee päivittäin työtä. Toisaalta vastausten jakautuminen kertoo myös vastaamisen vaikeudesta ja hankaluudesta asettaa eri asiakasryhmiä keskinäiseen järjestykseen. Kansalaiskyselyssäkin lapset nousivat tärkeimmäksi ryhmäksi, sen jälkeen ikääntyneet ja vammaiset henkilöt. Kansalaiskyselyssä oli hieman vähemmän vaihtoehtoja ja muun muassa mielenterveyspotilaat ja vaikeasti sairaat puuttuivat vaihtoehtoista.

Kuvio 4. Vastaukset ammattiryhmittäin kysymykseen ”Pitäisikö joidenkin väestöryhmien olla ns. ”positiivisen erityiskohtelun” piirissä eli vaikka kaikille väestöryhmille tarjotaan palveluja, niin voisivatko jotkut ryhmät saada mielestäsi oikeutetusti muita enemmän palveluja?”. Vastaajia yhteensä 792.



Kuvio 5. Vastaukset ammattiryhmittäin kysymykseen ”jos mielestäsi jotkut ryhmät ovat sellaisia, joille voitaisiin kohdentaa enemmän resursseja, niin mitkä ne ovat?”
Vastaajat saivat valita kolme ryhmää. Vastaajia yhteensä 293, vastauksia 688.

Jos mielestäsi jotkut ryhmät ovat sellaisia, joille voitaisiin kohdentaa enemmän resursseja tai palveluja, niin mitkä ne ovat?
Valitse enintään kolme (3) mielestäsi tärkeintä.

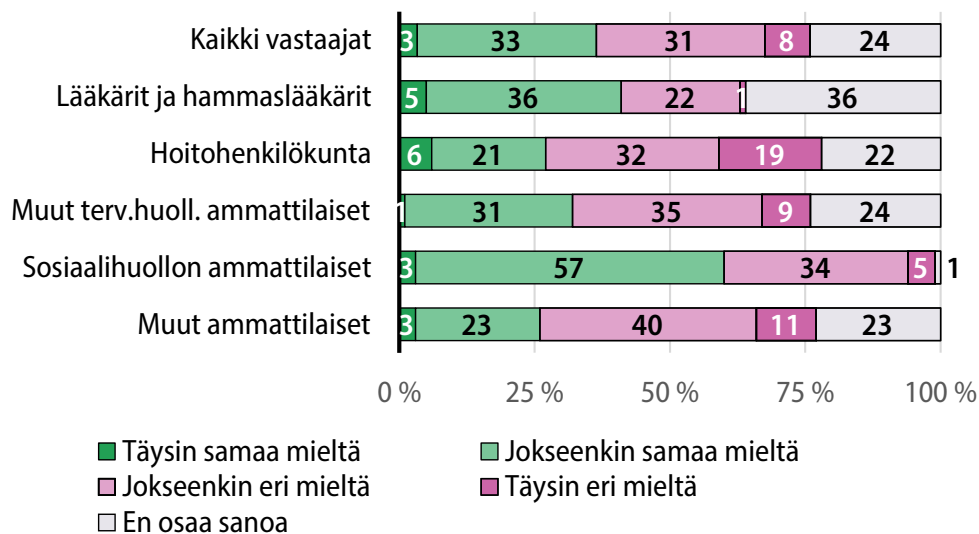


4.2 Yhdenvertaisuus palveluissa

Vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa erilaisiin julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskeviin väittämiin. Sosiaalihuoltoa koskevissa väittämissä muut kuin sosiaalihuollon ammattilaiset valitsivat melko usein ”en osaa sanoa”-vaihtoehdon.

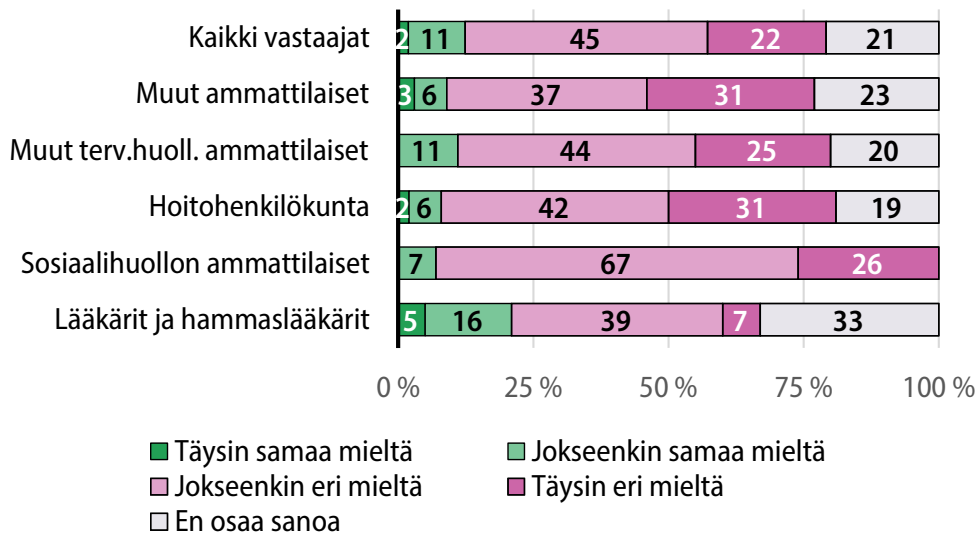
Kysyttäessä kohdellaanko ihmisiä yhdenvertaisesti julkisessa sosiaalihuollossa, näkemykset jakautuivat. Vain pieni osa kaikista vastaajista (3 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että yhdenvertaisuus toteutuu (kuvio 6). Sosiaalihuollon ammattilaisista enemmistö oli kuitenkin väitteen kanssa jokseenkin samaa mieltä (57 %). Väitteeseen ei halunnut tai osannut ottaa kantaa kaikista vastaajista lähes neljännes ja lääkäreistä yli kolmannes (36 %).

Kuvio 6. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”julkisessa sosiaalihuollossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti”. N=792.



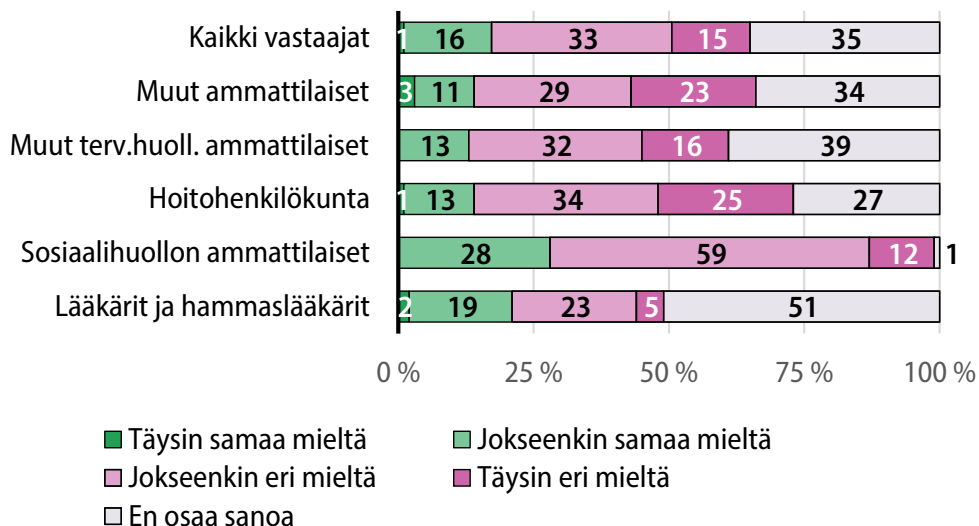
Kysyttäessä saavatko ihmiset riittävät palvelut julkisessa sosiaalihuollossa enemmistö kaikista ammattilaisista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä (67 %) väitteen kanssa (kuvio 7). Sosiaalihuollon ammattilaisista vielä muita ammattilaisia suurempi osuus eli 93 % oli eri mieltä väitteen kanssa. Merkittävä osuus muista kuin sosiaalihuollon ammattilaisista valitsi väittämään ”en osaa sanoa”-vaihtoehdon.

Kuvio 7. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”julkisessa sosiaalihuollossa ihmiset saavat riittävät palvelut”. N=792.



Vastaajien näkemykset sosiaalihuollon kyvystä vastata erilaisiin tuen tarpeisiin yhdenvertaisesti jakautuivat vastaajaryhmittäin (kuvio 8). Suurin osa sosiaalihuollon ammattilaisista (71 %) oli jokseenkin tai täysin eri mieltä väitteen kanssa. Yli puolet lääkäreistä (51 %) ei osannut sanoa kantaansa väitteeseen.

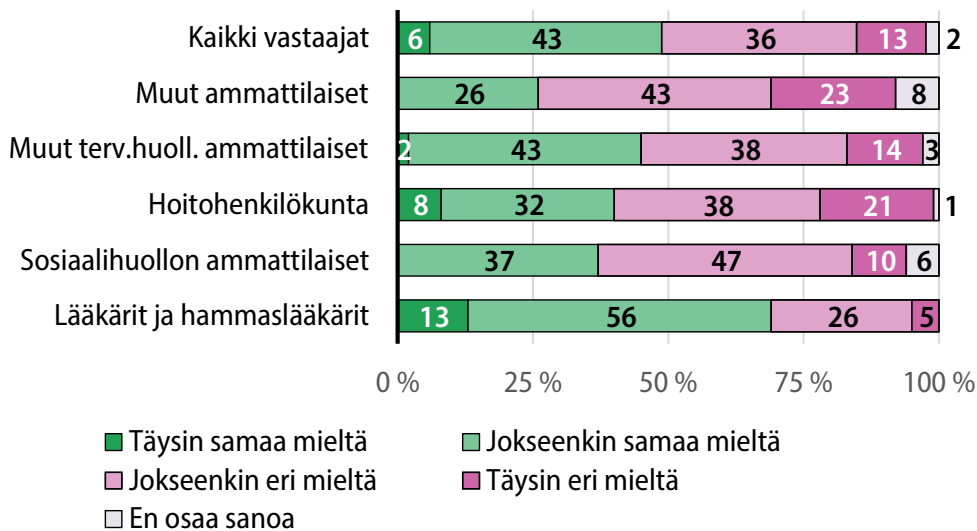
Kuvio 8. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”sosiaalihuollossa erilaisiin tuen tarpeisiin vastataan yhdenvertaisesti”. N=792.



Yleisesti ottaen kaikki ammattiryhmät suhtautuivat kriittisesti siihen, saavatko ihmiset tällä hetkellä riittävästi sosiaalipalveluja tai kyetäänkö erilaisiin tuen tarpeisiin vastaamaan yhdenvertaisesti. Samanaikaisesti erityisesti sosiaalihuollon ammattilaiset kokivat, että ihmisiä kohdellaan palveluissa yhdenvertaisesti. Yhdenvertaisuuteen liittyvä kritiikki saattaakin kohdentua etupäässä palvelujen saatavuuteen tai palveluihin pääsyyn.

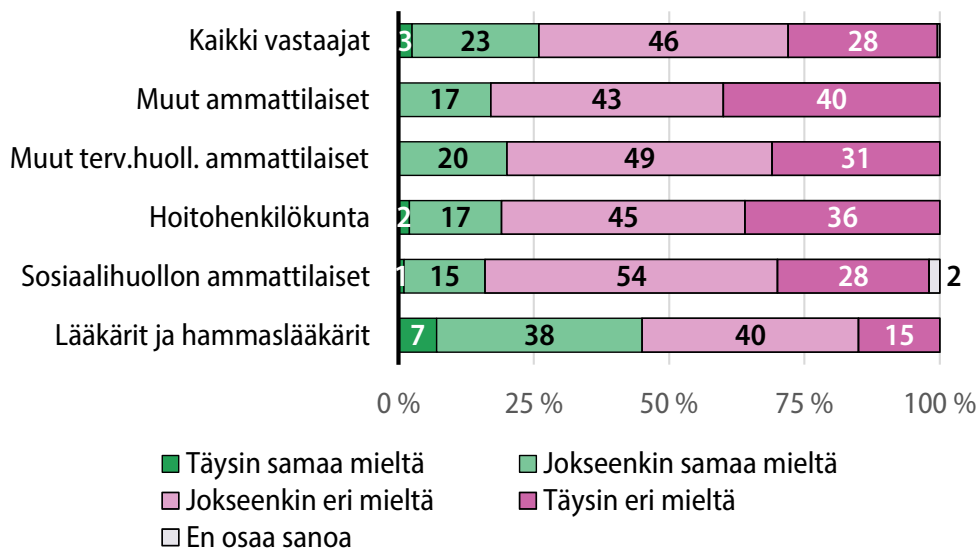
Yhdenvertaisuutta terveydenhuollossa kysyttiin samoilla kysymyksillä kuin sosiaalihuollossa. Näkemykset yhdenvertaisuuden toteutumisesta julkisessa terveydenhuollossa jakautuivat (kuvio 9). Suurin osa lääkäreistä (69 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti. Muissa ammattiryhmissä enemmistö oli jokseenkin tai täysin eri mieltä yhdenvertaisuuden toteutumisesta terveydenhuollossa.

Kuvio 9. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”julkisessa terveydenhuollossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti”. N=792.



Merkittävä osa kaikista vastaajista oli eri mieltä sen suhteen saavatko ihmiset riittävät palvelut julkisessa terveydenhuollossa (kuvio 10). Täysin eri mieltä oli 28 % vastanneista ja jokseenkin eri mieltä 46 % vastanneista. Lääkäreistä 45 % oli kuitenkin täysin tai jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa, eli he näkivät tilanteen muita ammattiryhmiä positiivisempana.

Kuvio 10. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”julkisessa terveydenhuollossa ihmiset saavat riittävät palvelut”. N=792.

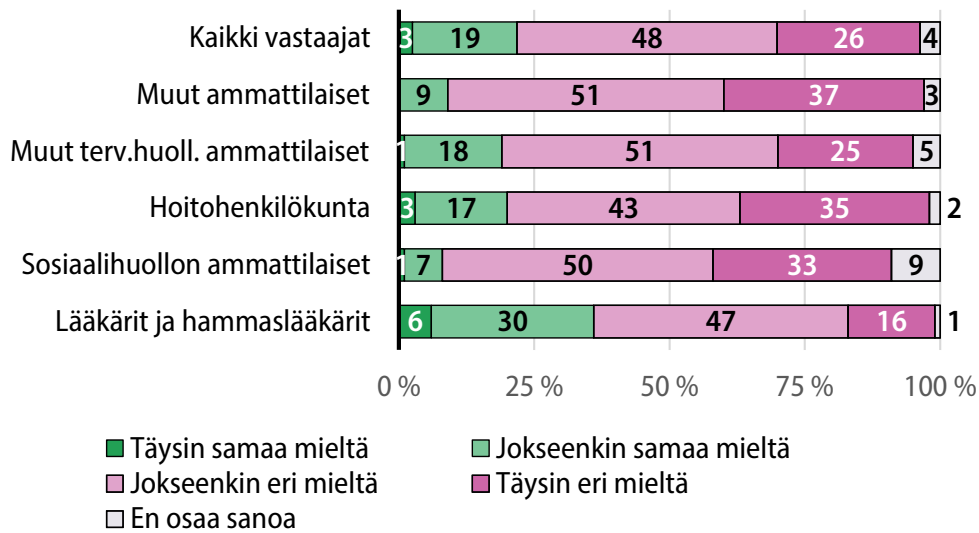


Väitteeseen hoidetaanko eri sairauksia tai terveysongelmia yhdenvertaisesti, suhtauduttiin niin ikään kriittisesti (kuvio 11). Vain viidennes vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhdenvertaisuus toteutuu. Lääkärit olivat tässäkin väittämässä muita ammattiryhmiä optimistisempia sen suhteen, että eri sairauksia ja terveysongelmia hoidetaan yhdenvertaisesti.

Vuoden 2022 terveydenhuollon priorisointi -kyselyssä² lääkärit olivat näkemyksissään kriittisempiä kuin kansanedustajat tai kansalaiset sen suhteen, saavatko ihmiset riittäviä palveluja tai hoidetaanko heitä tasapuolisesti. Lääkäreiden käsityksissä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta vuodesta 2020, mutta muut sote-ammattilaiset olivat tässä kyselyssä vielä lääkäreitäkin useammin eri mieltä yhdenvertaisuutta koskevien väitteiden kanssa.

2 Helsingin yliopisto, Etuma & Innolink 2022: Terveydenhuollon priorisointi -kysely.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164298/VNTEAS_22_53.pdf

Kuvio 11. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”eri sairauksia tai terveysongelmia hoidetaan yhdenvertaisesti”. N=792.

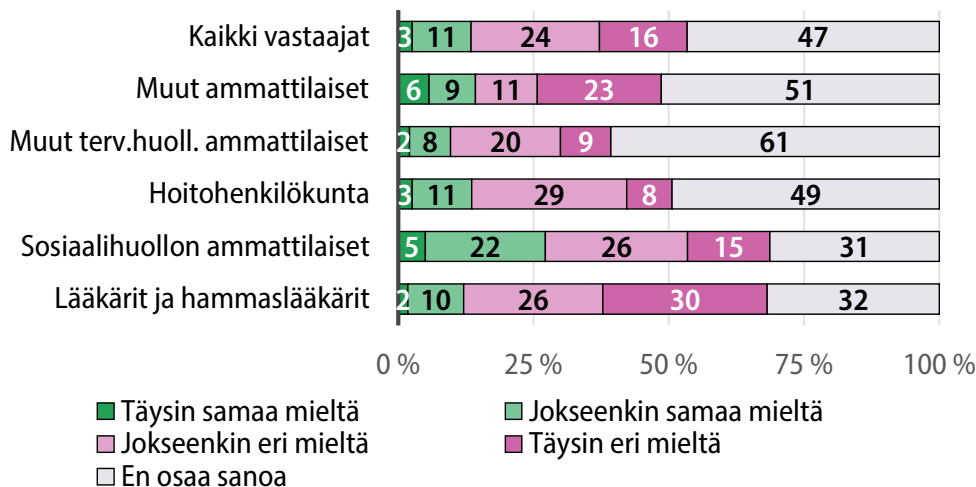


Terveydenhuollon osalta riittävyyteen ja palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen eri sairausryhmien välillä suhtauduttiin eri ammattiryhmissä eri tavalla, mutta enemmistö vastaajista oli kuitenkin väitteiden kanssa jokseenkin tai täysin eri mieltä. Yhdenvertainen kohtelu palveluissa jakoi mielipiteitä. Lääkäreillä oli jonkin verran muita ammattiryhmiä positiivisempi näkemys kaikista väittämistä.

5 Vastaajien näkemykset priorisoinnista ja sen tarpeellisuudesta

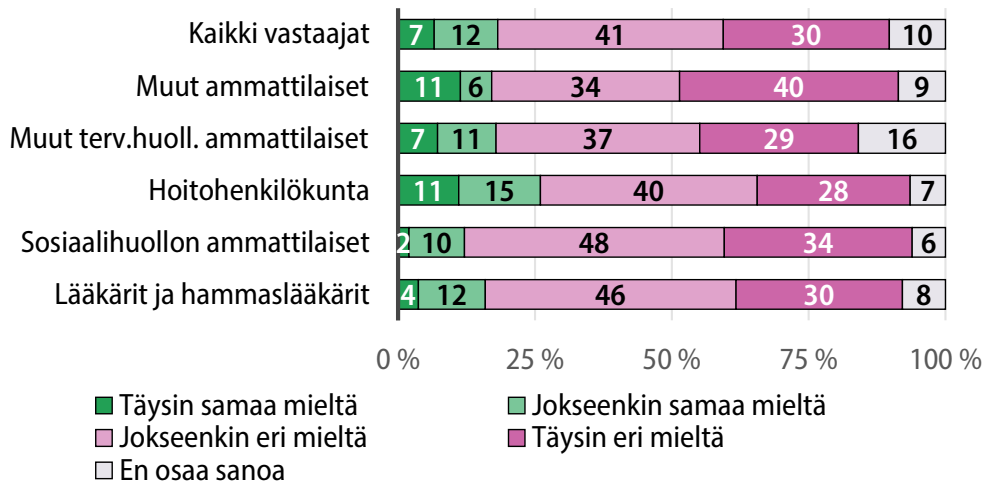
Vain 3 % kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä väitteen ”priorisoinnin periaatteet löytyvät jo nyt lainsäädännöstä” kanssa (kuvio 12). Sosiaalihuollon ammattilaisista 22 % oli jokseenkin samaa mieltä, mutta lääkäreistä ja muista ammattialaista vain noin joka kymmenes. Täysin eri mieltä olevien osuus vaihteli 8 % ja 30 % välillä, ja se oli suurin lääkäreiden keskuudessa. En osaa sanoa -vastauksia oli valittu eniten, se vaihteli 32 % ja 61 % välillä.

Kuvio 12. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisoinnin periaatteet löytyvät jo nyt lainsäädännöstä”. N=792.



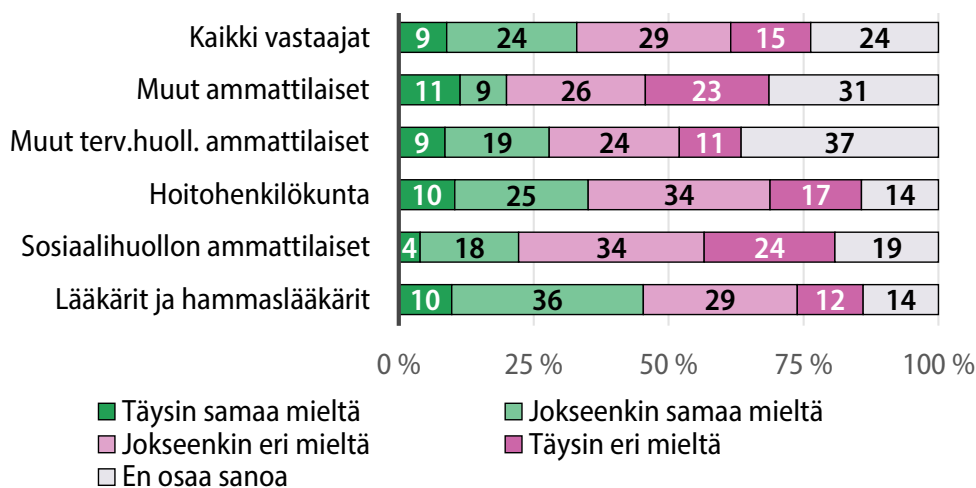
Vastaajilta kysyttiin erilaisten väitteiden avulla, miten he arvioisivat julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvaa priorisointia. Suurin osa vastaajista (41 %) oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä (30 %) siitä, että priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia ja avoimia (kuvio 13). Vastaajista 12 % oli jokseenkin samaa mieltä ja vain 7 % täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Ammattiryhmien välillä ei ollut juurikaan eroa suhtautumisessa väitteeseen. Terveystenhuollon priorisointi -kyselyssä² vuodelta 2022 noin puolet lääkäreistä oli eri mieltä vastaavan väitteen kanssa.

Kuvio 13. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia ja avoimia”. N=792.



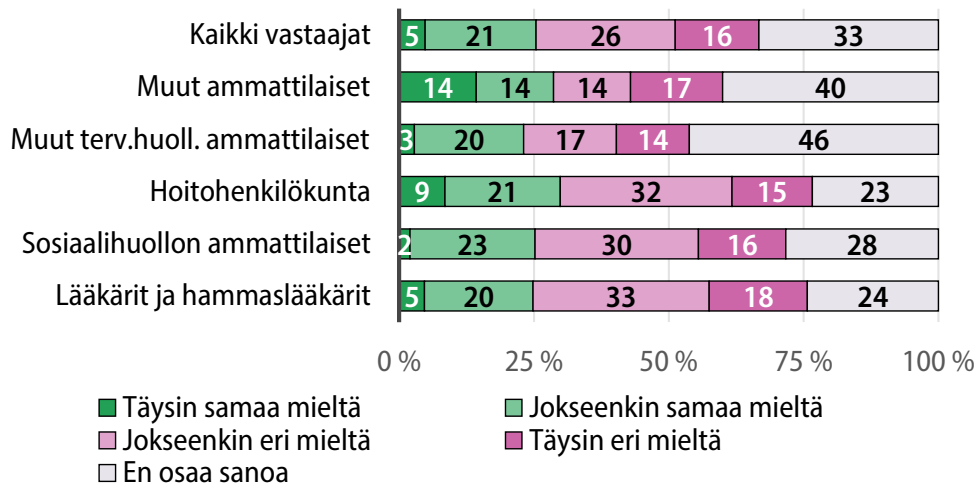
Priorisointipäätökset perustuvat yleisesti hyväksyttäviin, järkeviin ja oikeudenmukaisiin periaatteisiin väitteen kanssa täysin samaa mieltä olevien osuus oli hyvin pieni kaikissa ammattilaisryhmissä, vaihdellen 4 % ja 11 % välillä (kuvio 14). Lääkäreistä 36 % oli jokseenkin samaa mieltä, muiden ammattilaisten keskuudessa tämä näkemys vaihteli 9 % ja 25 % välillä. Terveystieteiden priorisointi -kyselyssä vuodelta 2022 suurin osa lääkäreistä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä vastaavan väitteen kanssa. Jokseenkin ja täysin eri mieltä olevien osuus oli muissa ammattilaisryhmissä suurin. Erityisesti näkemys korostui sosiaalihuollon ammattilaisten keskuudessa. Merkittävä osa vastaajista ei halunnut ottaa väitteeseen kantaa.

Kuvio 14. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisointipäätökset perustuvat periaatteisiin, jotka ovat yleisesti hyväksyttyjä, järkeviä ja oikeudenmukaisia”. N=792.



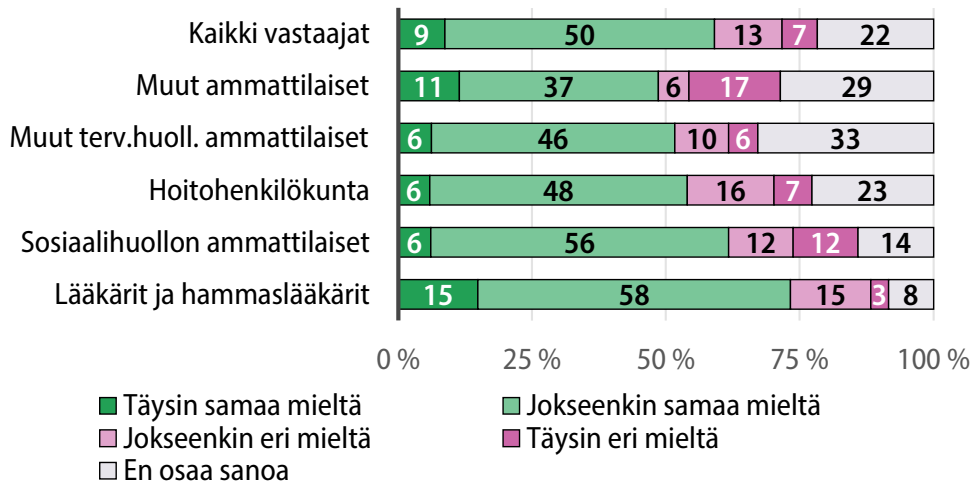
Priorisointipäätösten tekemiseen on olemassa pelisäännöt omassa organisaatiossani ja niitä noudatetaan -väite jakoi näkemyksiä (kuvio 15). Kolmannes vastaajista ei osannut ottaa kantaa väitteeseen. Täysin samaa mieltä olevien osuus oli varsin pieni, ja jokseenkin samaa mieltä olevien osuus 21 %. Jokseenkin eri mieltä oli 26 % vastanneista ja täysin eri mieltä 16 % vastanneista.

Kuvio 15. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisointipäätösten tekemiseen on omassa organisaatiossani olemassa pelisäännöt ja niitä noudatetaan”. N=792.



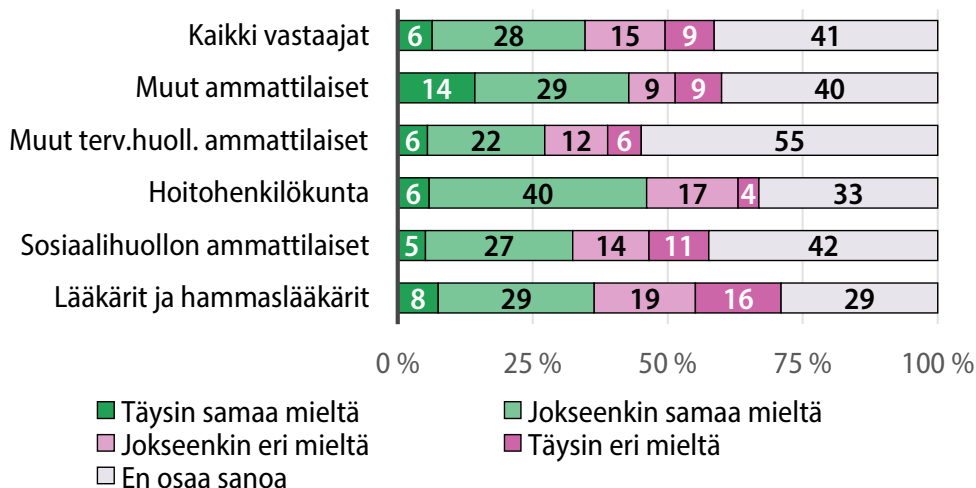
Yli puolet vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä sen kanssa, että priorisointia tehdään nykyisin ammattikuntien omien ohjeiden ja suositusten perusteella (kuvio 16). Lääkärien kohdalla näkemys korostui hieman muita ammattiryhmiä enemmän. Vastaavasti ”en osaa sanoa”-vastauksia oli lääkäreiden keskuudessa selvästi (8 %) vähemmän kuin muissa ammattiryhmissä.

Kuvio 16. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisointia tehdään ammattikuntien omien ohjeiden ja suositusten perusteella”. N=792.



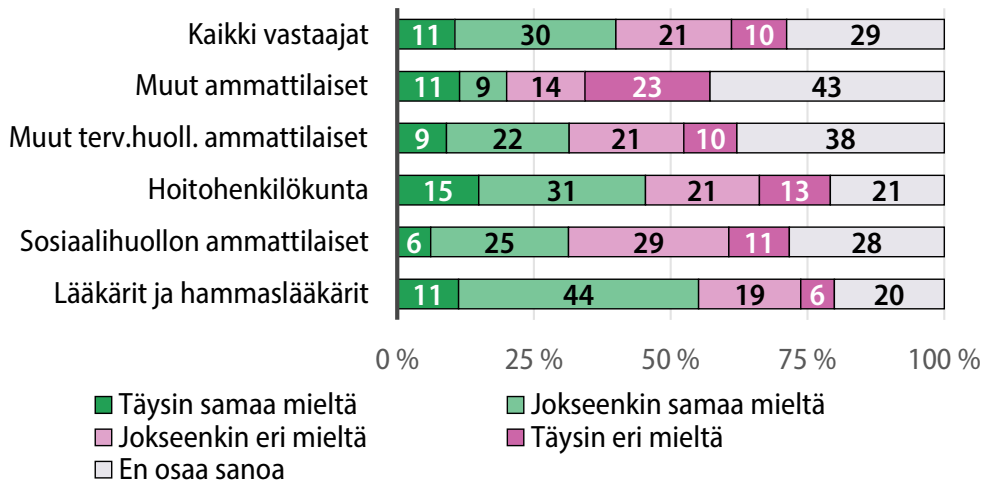
Priorisoinnille on jo olemassa periaatteet, mutta soveltamisohjeita ei ole riittävästi -väitteen kanssa täysin samaa mieltä olevien osuus vaihteli 5 % ja 14 % välillä (kuvio 17). Hoitajista 40 % oli jokseenkin samaa mieltä, kun taas muiden ammattilaisten keskuudessa jokseenkin samaa mieltä olevien osuus vaihteli 22 % ja 29 % välillä. Jokseenkin eri mieltä olevien osuus vaihteli 9 % ja 19 % välillä. Täysin eri mieltä olevien osuus vaihteli 4 % ja 16 % välillä. En osaa sanoa -vastauksia oli eniten muussa terveydenhuollossa (55 %) ja vähiten lääkäreiden keskuudessa (29 %).

Kuvio 17. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisoinnille on jo olemassa periaatteet, mutta ei riittävästi soveltamisohjeita”. N=792.



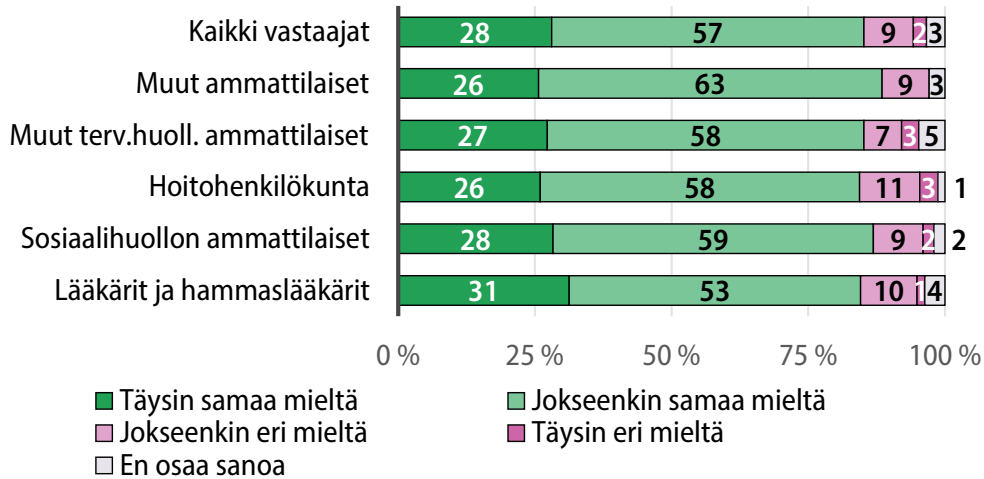
Priorisointipäätöksiä on mahdollista kyseenalaistaa ja mahdolliset virheelliset päätökset voidaan korjata esimerkiksi uuden tiedon perusteella -väittämä jakoi vastaajien mielipiteitä (kuvio 18). Vastanneista 29 % ei osannut ottaa kantaa, 31 % oli täysin ja jokseenkin eri mieltä ja vastaavasti 41 % oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä. Lääkärit ja hoitajat olivat jonkin verran enemmän samaa mieltä väitteen kanssa kuin muut ammattiryhmät. Merkittävä osa vastaajista ei osannut ottaa väitteeseen kantaa, osuus vaihteli 20 % ja 43 % välillä.

Kuvio 18. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”priorisointipäätöksiä on mahdollista kyseenalaistaa ja mahdolliset virheelliset päätökset on mahdollista korjata”. N=792.



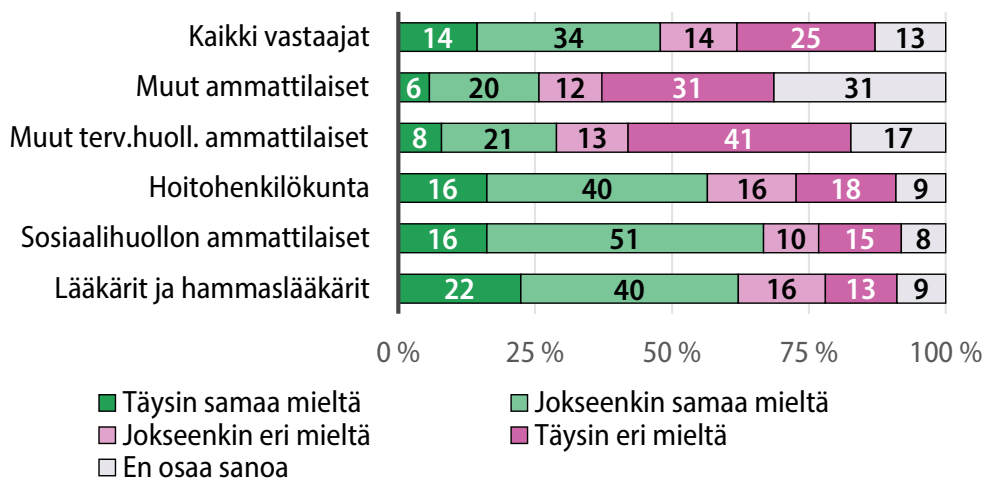
Vastaajilta kysyttiin voiko vaatimalla saada parempaa hoitoa ja palvelua (kuvio 19). Lähes kolmannes vastaajista oli täysin samaa mieltä ja noin 57 % jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa. Vain pieni osa vastaajista oli täysin eri mieltä tai ei osannut sanoa. Eri ammattiryhmien välillä ei ollut juurikaan eroa vastauksissa. Vastaajien enemmistön mielestä vaatimalla voi saada parempaa hoitoa tai palvelua.

Kuvio 19. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”vaatimalla voi saada parempaa hoitoa tai palvelua”. N=792.



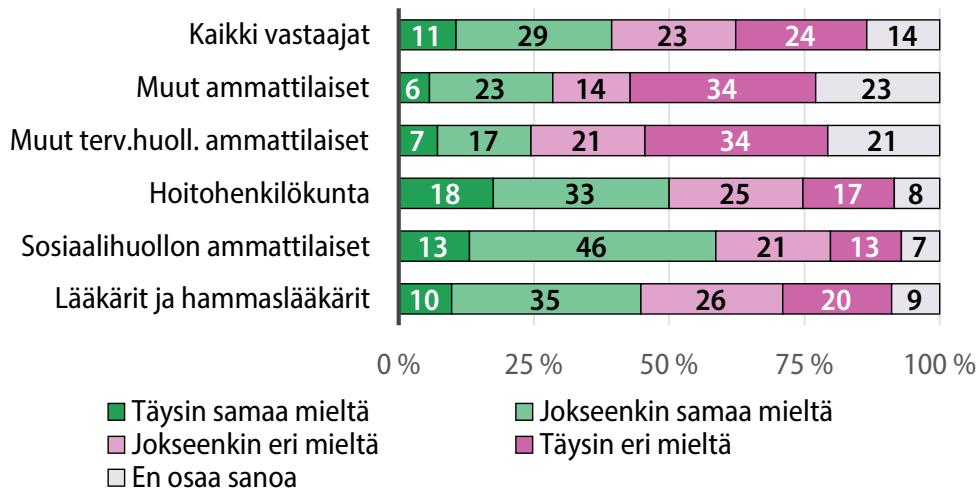
Kysymyksen ”teen työssäni joka päivä piilopriorisointipäätöksiä” kanssa lähes puolet (48 %) vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä (kuvio 20). Jokseenkin eri mieltä oli 14 % ja täysin eri mieltä 25 % vastanneista. Samaa mieltä olevissa ammattiryhmissä korostuivat sosiaalihuollon (67 %) ja lääkäreiden (62 %) sekä hoitajien (56 %) ammattiryhmät.

Kuvio 20. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”teen työssäni joka päivä piilopriorisointipäätöksiä”. N=792.



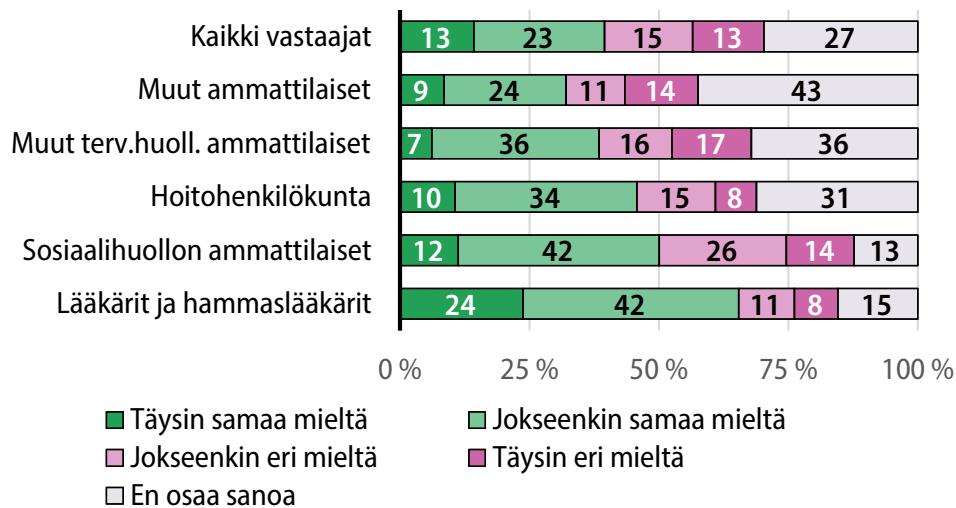
Väitteen ”koen paljon kuormitusta omassa työssäni priorisointipaineiden vuoksi” kanssa sosiaalihuollon ammattilaisista 59 % oli joko enkin tai täysin samaa mieltä, lääkäreistä 45 % ja hoitohenkilökunnasta 51 % (kuvio 21). Täysin eri mieltä olevien osuus vaihteli 13 % ja 34 % välillä. Eniten kuormitusta kokivat sosiaalihuollon ammattilaiset ja hoitohenkilökunta, joista yli puolet olivat samaa mieltä. Lääkäreiden näkemykset jakautuivat ja muut ammattilaiset olivat enimmäkseen eri mieltä.

Kuvio 21. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”koen paljon kuormitusta työssäni priorisointipaineiden vuoksi”. N=792



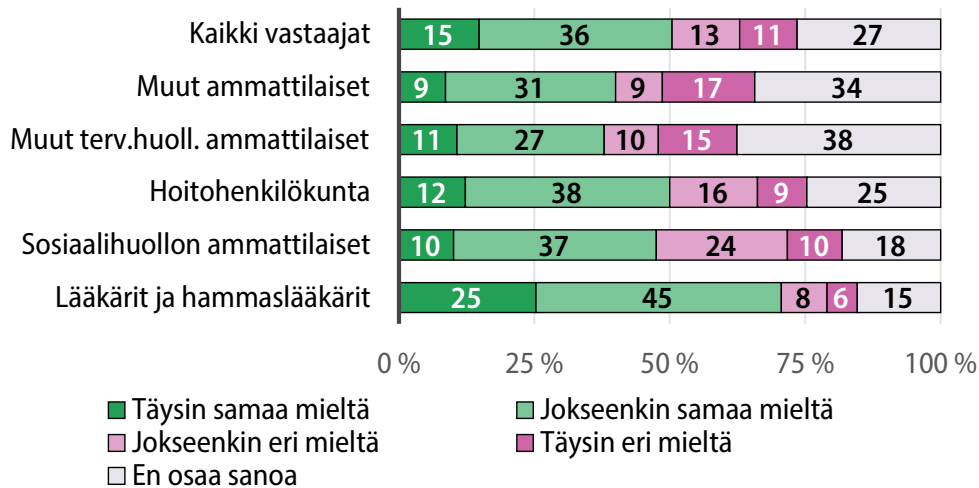
Vastaajilta kysyttiin kokevatko he, että laissa säädetyt priorisoinnin periaatteet auttaisivat tekemään valintoja omassa työssäni. Lääkärit olivat väitteen kanssa muita ammattiryhmiä useammin sekä täysin että jokseenkin samaa mieltä (66 %) (kuvio 22). Vastaavasti sosiaalihuollon ja hoitohenkilökunnan vastaajista noin puolet oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Täysin eri mieltä olevien osuus vaihteli 8 % ja 17 % välillä. En osaa sanoa -vastauksia oli eniten muissa ammattilaisissa (43 %) ja muussa terveydenhuollossa (36 %) sekä vähiten lääkäreiden keskuudessa (15 %). Laissa säädettyjen periaatteiden hyödyllisyys suhteessa omaan työhön sai eniten kannatusta lääkärinkunnassa. Sosiaalihuollon osalta näkemykset jakautuivat. Muissa ammattilaisryhmissä merkittävä osa ei halunnut ottaa kantaa.

Kuvio 22. Vastaajien näkemyksiä väitteeseen ”koen, että laissa säädetyt priorisoinnin periaatteet auttaisivat tekemään valintoja omassa työssäni”. N=792.



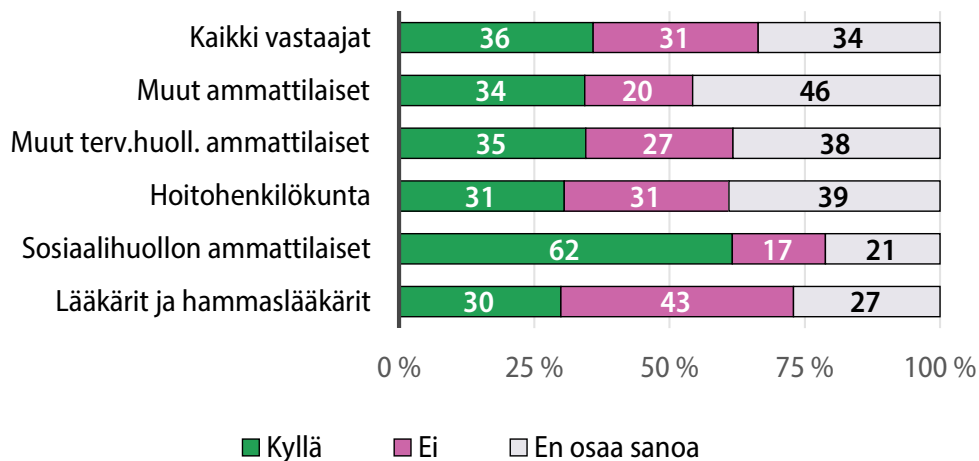
Vastaajilta kysyttiin kokevatko he, että priorisoinnin soveltamisohjeet voisivat lieventää työssä koettua kuormitusta. Lääkäreistä neljännes oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä, mikä oli ammattiryhmistä suurin osuus (kuvio 23). Samaa mieltä lääkäreistä oli 70 %, hoitohenkilökunnasta 50 %, sosiaalihuollon ammattilaisista 47 %. Täysin eri mieltä olevien osuus vaihteli 6 % ja 17 % välillä. En osaa sanoa -vastauksia oli eniten muussa terveydenhuollossa (38 %) ja vähiten lääkäreiden keskuudessa (15 %). Ajatus priorisoinnin soveltamisohjeiden hyödyllisyydestä oli vahvinta terveydenhuollossa ja erityisesti lääkäreiden keskuudessa, mutta myös sosiaalihuollossa lähes puolet ajattelivat, että ohjeet voisivat vähentää kuormitusta.

Kuvio 23. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”koen, että priorisoinnin soveltamisohjeet lieventäisivät omassa työssäni kokemaani kuormitusta”. N=792.



Vastaajilta kysyttiin huolestuttaako heitä se, että laissa säädetyt periaatteet voisivat kaventaa liikaa omaa ammatillista autonomiaa. Sosiaalihuollon ammattilaisista 62 % oli huolissaan asiasta, kun taas lääkäreistä vain 30 % (kuvio 24). Hoitajista 39 % ei osannut sanoa, miten asia vaikuttaisi heidän työhönsä. Muussa terveydenhuollossa 35 % oli huolissaan, ja muiden ammattilaisten keskuudessa 46 % taas ei ollut huolissaan. Kaiken kaikkiaan 36 % kaikista vastaajista oli huolissaan ammatillisen autonomian kaventumisesta, kun 31 % ei ollut ja 34 % ei osannut sanoa.

Kuvio 24. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”minua huolestuttaa, että laissa säädetyt periaatteet kaventaisivat liikaa ammatillista autonomiaani”. N=792.



Vastaajien näkemykset priorisoinnista ja sen tarpeellisuudesta vaihtelivat ammattiryhmittäin. Vain muutama prosentti vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että priorisoinnin periaatteet löytyvät jo nyt lainsäädännöstä. Merkittävä osa ammattilaisista ei osannut sanoa, löytyvätkö priorisoinnin periaatteet lainsäädännöstä. Sosiaalihuollossa priorisoinnin periaatteet yhdistettiin nykyiseen lainsäädäntöön hiukan muita ammattiryhmiä useammin. Suurin osa vastaajista oli jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä siitä, että priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia ja avoimia. Lääkäreistä lähes puolet oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että priorisointipäätökset perustuvat yleisesti hyväksyttäviin, järkeviin ja oikeudenmukaisiin periaatteisiin, mutta muiden ammattilaisten keskuudessa näkemys vaihteli ja oli selvästi matalammalla tasolla.

Kolmannes vastaajista ei ottanut kantaa siihen, onko priorisointipäätösten tekemiseen olemassa pelisäännöt omassa organisaatiossaan ja noudatetaanko niitä. Yli puolet vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että priorisointia tehdään ammattikuntien omien ohjeiden ja suositusten perusteella. Lääkäreistä lähes puolet oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että priorisoinnin soveltamisohjeet lieventäisivät heidän työssään kokemaa kuormitusta. Sosiaalihuollon ammattilaisista samaa mieltä oli hiukan pienempi osuus.

Huoli ammatillisen autonomian kaventumisesta jakoi vastaajia. Sosiaalihuollon ammattilaisista yli puolet oli huolissaan siitä, että laissa säädetyt periaatteet kaventaisivat liikaa ammatillista autonomiaa, kun taas lääkäreistä vain alle kolmannes oli samaa mieltä. Kaiken kaikkiaan 36 % kaikista vastaajista oli huolissaan ammatillisen autonomian kaventumisesta, kun samalla 30 % ei ollut huolissaan. Sidosryhmäkeskusteluissa tämä huoli on noussut esiin, mutta tämän ammattilaiskyselyn perusteella erilaiset odotukset sääntelyn hyödyistä korostuvat enemmän kuin huolet.

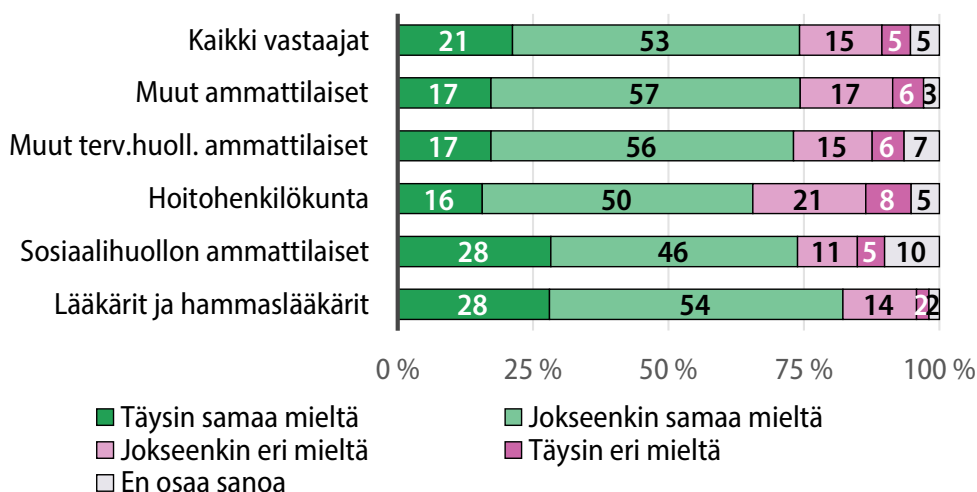
6 Millaisia priorisointiperiaatteita hyväksytään ja mitä painotetaan?

Vastaajilta kysyttiin erilaisten väittämien avulla, mitä mieltä he olivat sosiaali- ja terveydenhuollon priorisointiperiaatteista tai -käytänteistä.

6.1 Yksilön ja väestön tarpeet ja resurssit

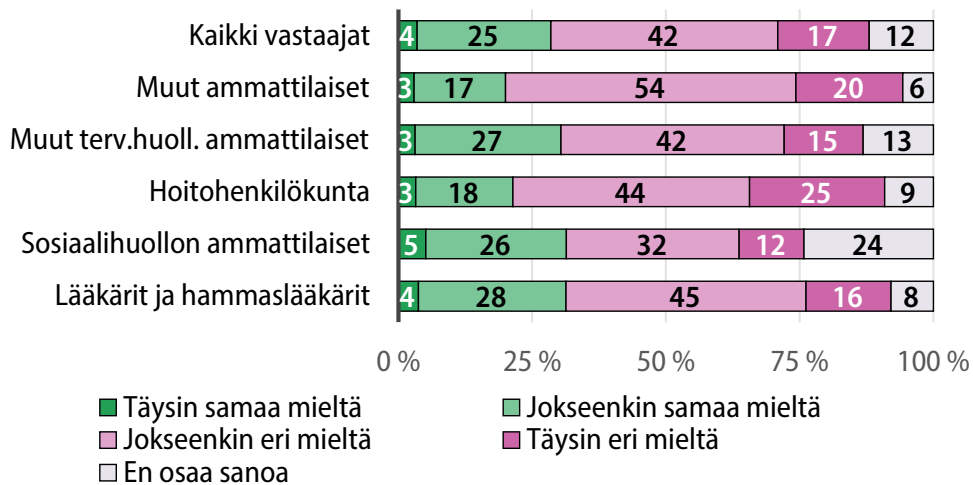
Vakavasti sairas potilas pitää hoitaa, vaikka resursseja ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen -väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 21 % kaikista vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä oli 53 % vastaajista (kuvio 25). Jokseenkin eri mieltä oli 15 % ja täysin eri mieltä 5 %. En osaa sanoa -vaihtoehdon valitsi 5 % vastaajista. Lääkärit olivat eniten samaa mieltä, ja hoitajat vähiten samaa mieltä väitteen kanssa. Selvä enemmistö kaikista ammattiryhmistä kannatti väitettä.

Kuvio 25. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”vakavasti sairas potilas pitää hoitaa, vaikka resursseja ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen”. N=792.



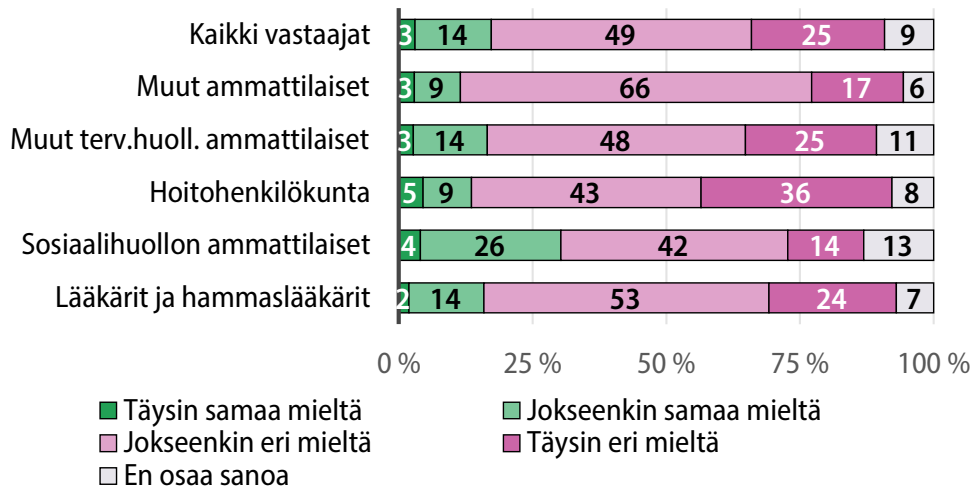
Yhdelle vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis hoito, vaikka moni lievemmin sairas potilas jäisi sen takia ilman hoitoa -väitteen kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 29 % vastaajista (kuvio 26). Jokseenkin eri mieltä oli 42 % ja täysin eri mieltä oli 17 %. Vastaajista 12 % vastasi, ettei osaa sanoa. Eri vastaajaryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa.

Kuvio 26. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”yhdele vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis hoito, vaikka moni lievemmin sairas jäisi sen takia ilman hoitoa”. N=792.



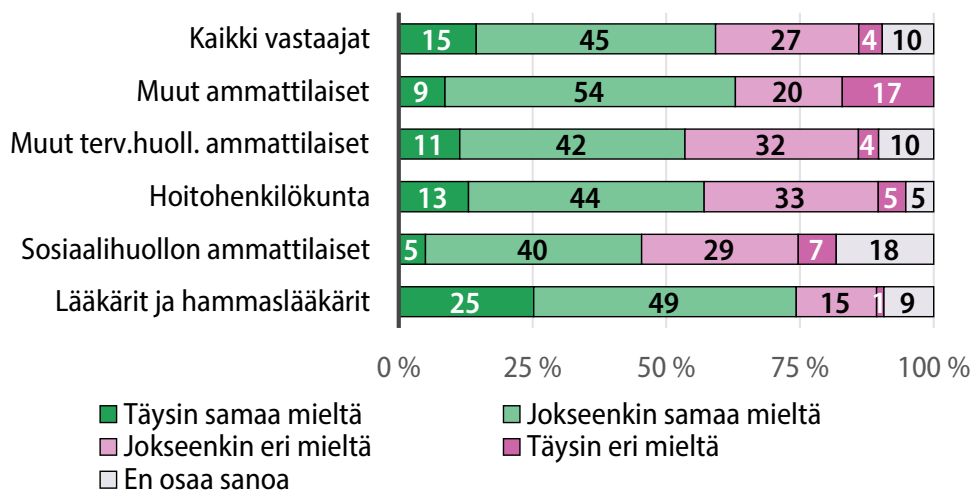
Yhtä erittäin vaikeassa elämäntilanteessa olevaa asiakasta pitää auttaa kustannuksista välittämättä, vaikka useampi väliaikaisesti haastavassa tilanteessa oleva jäisi sen takia ilman palveluja. Tämän väitteen kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 17 % vastaajista (kuvio 27). Jokseenkin eri mieltä oli 49 % ja täysin eri mieltä oli 25 %. En osaa sanoa valitsi 9 % vastaajista. Selvä enemmistö kaikissa ammattiryhmissä oli eri mieltä väitteen kanssa. Yhden henkilön kallis hoito tai palvelu voi viedä resurssit useamman ihmisen palveluista. Näin esitettynä vaihtoehtois-kustannusten tarkastelua näyttäisi kannattavan enemmistö vastanneista. Ylipäätään vastausten voi tulkita heijastavan sitä, että priorisoinnissa on mahdollista tarkastella myös väestötason tarpeita eikä ainoastaan yksilötason tarpeita.

Kuvio 27. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”yhtä erittäin vaikeassa elämäntilanteessa olevaa asiakasta pitää auttaa kustannuksista välittämättä, vaikka useampi väliaikaisesti haastavassa tilanteessa oleva jäisi sen takia ilman palveluja”. N=792.



Terveystenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon -väitteen kanssa täysin tai tai jokseenkin samaa mieltä oli 60 % vastaajista (kuvio 28). Jokseenkin eri mieltä oli 27 % ja täysin eri mieltä oli 4 %. En osaa sanoa valitsi 10 % vastaajista. Lääkärit olivat muita ammattilaisia useammin samaa mieltä väitteen kanssa.

Kuvio 28. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”terveydenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon”. N=792.



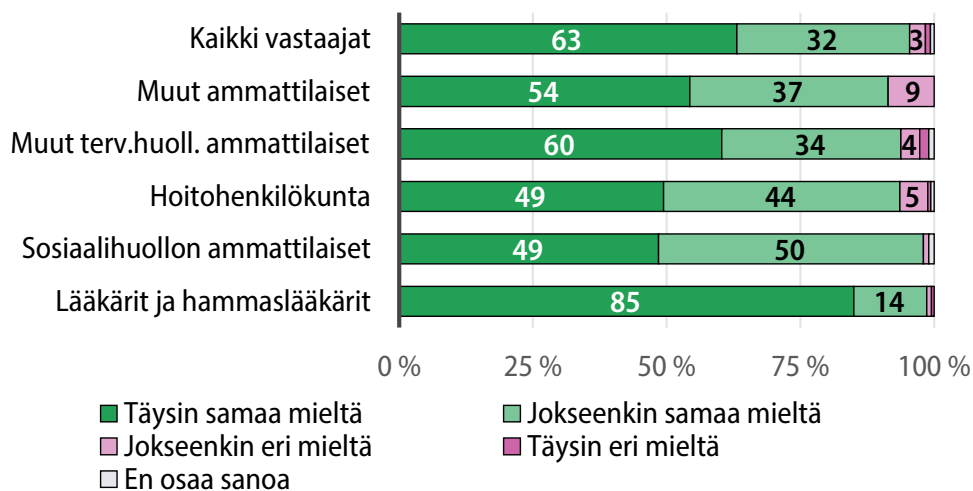
Väestötason tarpeiden ja hyvinvoinnin sekä yksilön tarpeiden tyydyttämisen välistä jännitettä kysyttiin useamman eri väittämän avulla. Ammattilaisten näkemyksissä painottui koko väestön terveys ja tarpeet suhteessa yksittäisen asiakkaan kalliiseen hoitoon. Enemmistö vastaajista kannatti vakavasti sairaiden priorisointia. Sen sijaan väitteet, joissa korostettiin yksittäisen potilaan kalliin hoidon oikeutusta useamman lievemmin sairaan kustannuksella, saivat vähemmän kannatusta. Tämä viitanee siihen, että ammattilaiset pitävät tärkeänä resurssien oikeudenmukaista jakamista myös koko väestötason näkökulmasta ja vaihtoehtokustannusten huomioimista.

Väestötason näkökulma sai laajaa kannatusta erityisesti silloin, kun kysymys muotoiltiin väestön terveyden parantamisen kautta. Lääkärit olivat johdonmukaisesti muita ammattiryhmiä useammin samaa mieltä väestötason priorisoinnista. Kysymysten muotoilu vaikutti kuitenkin merkittävästi mielipiteiden voimakkuuteen, mikä osoittaa, että priorisointiin liittyvät arvovalinnat ovat hyvin kontekstiherkkiä.

6.2 Priorisointijärjestys

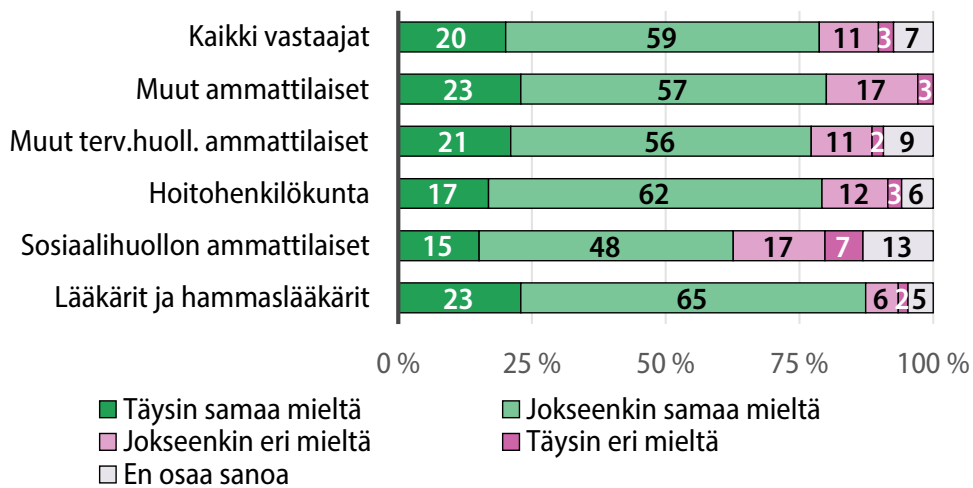
Terveydenhuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille -väitteen kanssa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä 95 % vastaajista (kuvio 29). Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli vain 4 % vastaajista. Lääkäreistä 85 % oli väitteen kanssa täysin samaa mieltä. Kaikki ammattilaiset kannattivat tätä väitettä.

Kuvio 29. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”terveydenhuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille”. N=792.



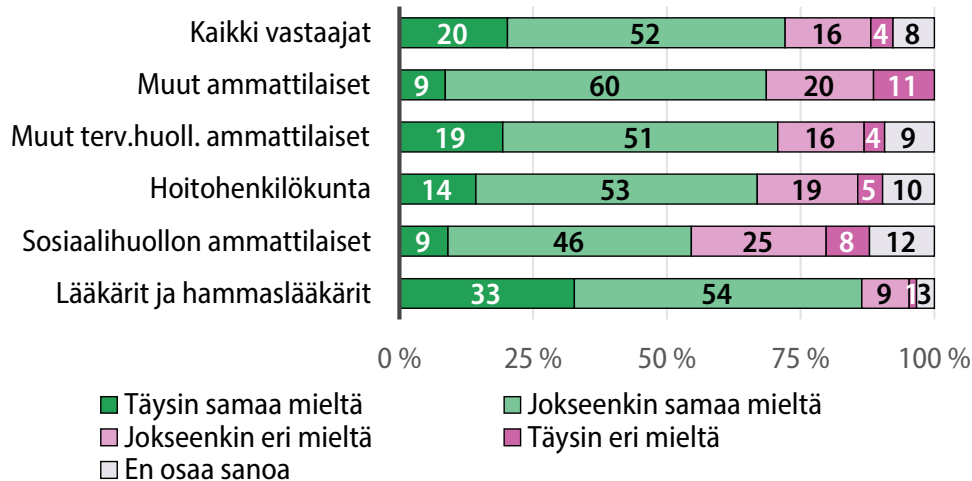
Ensin pitää hoitaa vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansiosta. Väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 20 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä oli 59 % (kuvio 30). Jokseenkin eri mieltä oli 11 % ja täysin eri mieltä oli 3 %. En osannut sanoa valitsi 7 % vastaajista. Lääkärit olivat eniten samaa mieltä, kun taas sosiaalihuollon työntekijät olivat vähiten samaa mieltä väitteen kanssa.

Kuvio 30. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”ensin pitää hoitaa vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansiosta”. N=792.



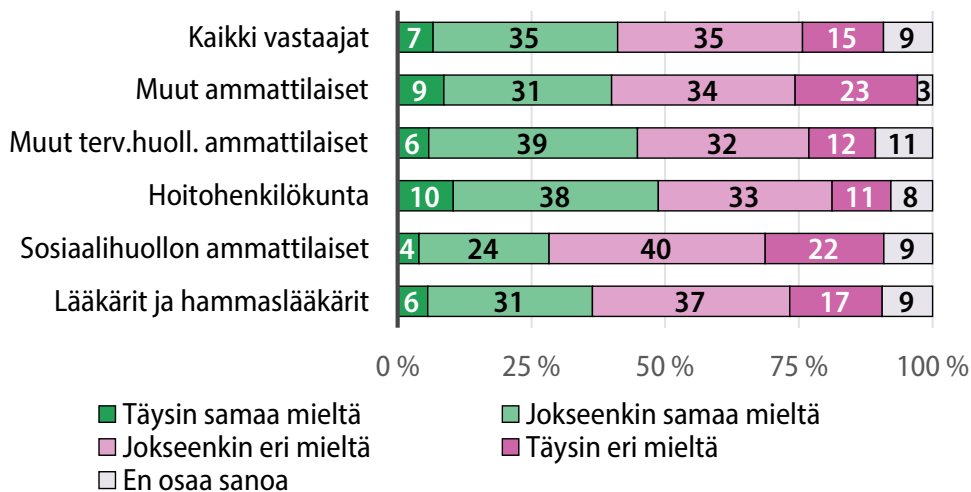
Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joille voidaan hoidon avulla antaa eniten terveitä elinvuosia. Väitteen kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä oli 72 % (kuvio 31). Jokseenkin eri mieltä oli 16 % ja täysin eri mieltä oli 4 %. En osaa sanoa 8 % vastaajista. Lääkärit olivat eniten samaa mieltä, kun taas sosiaalihuollon työntekijät olivat vähiten samaa mieltä väitteen kanssa.

Kuvio 31. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joille voidaan hoidon avulla antaa eniten terveitä elinvuosia”. N=792.



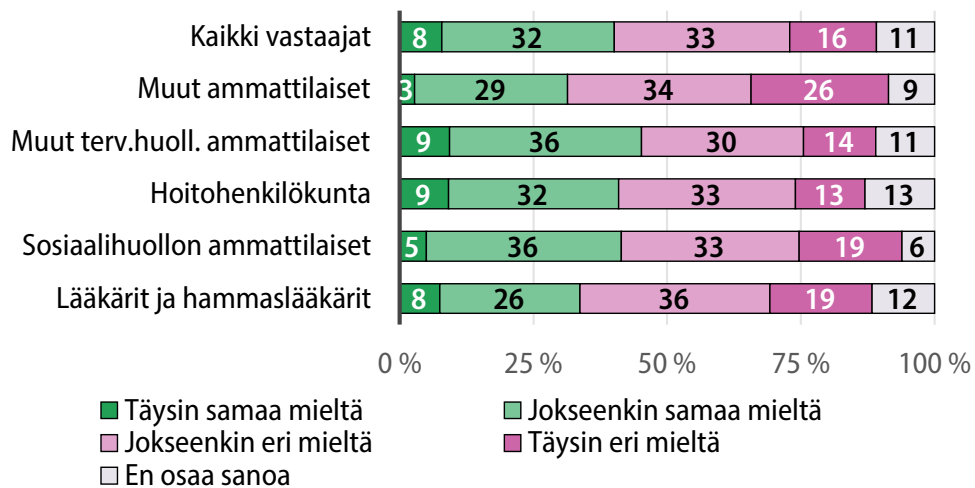
Ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset -väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 7 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 35 % (kuvio 32). Jokseenkin eri mieltä oli 35 % ja täysin eri mieltä oli 15 %. En osaa sanoa valitsi 9 % vastaajista. Hoitajat olivat eniten samaa mieltä, kun taas sosiaalihuollon työntekijät olivat vähiten samaa mieltä. Väite jakoi vastaajia.

Kuvio 32. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset”. N=792.



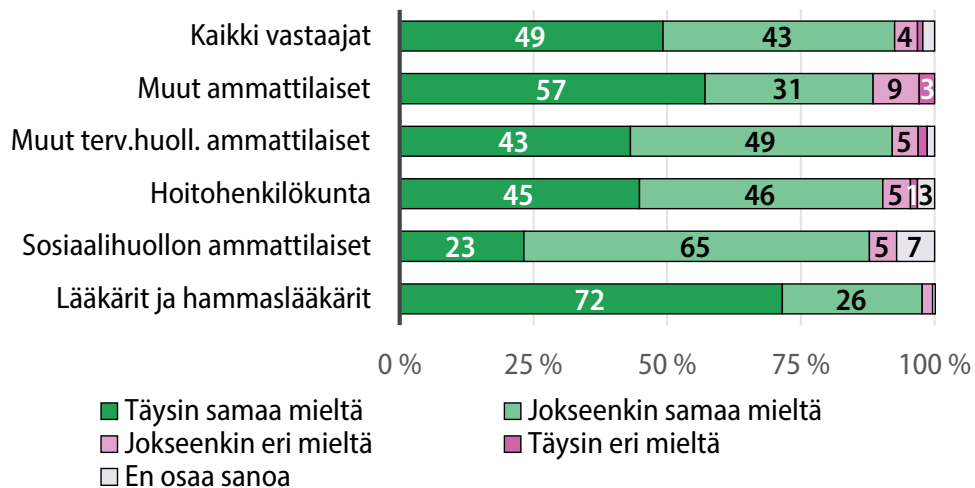
Ensimmäiseksi pitää hoitaa ja auttaa niitä henkilöitä, jotka pystyvät auttamaan muita -väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 8 % vastaajista, kun taas jokseenkin samaa mieltä oli 32 % (kuvio 33). Jokseenkin eri mieltä oli 33 % ja täysin eri mieltä 16 %. Vastaajista 11 % ei osannut sanoa. Sosiaalihuollon työntekijät olivat eniten samaa mieltä, kun taas muut ammattilaiset olivat vähiten samaa mieltä. Ammattiryhmien välillä ei ollut isoa eroa näkemyksissä.

Kuvio 33. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”ensimmäiseksi pitää hoitaa ja auttaa niitä henkilöitä, jotka pystyvät auttamaan muita”. N=792.



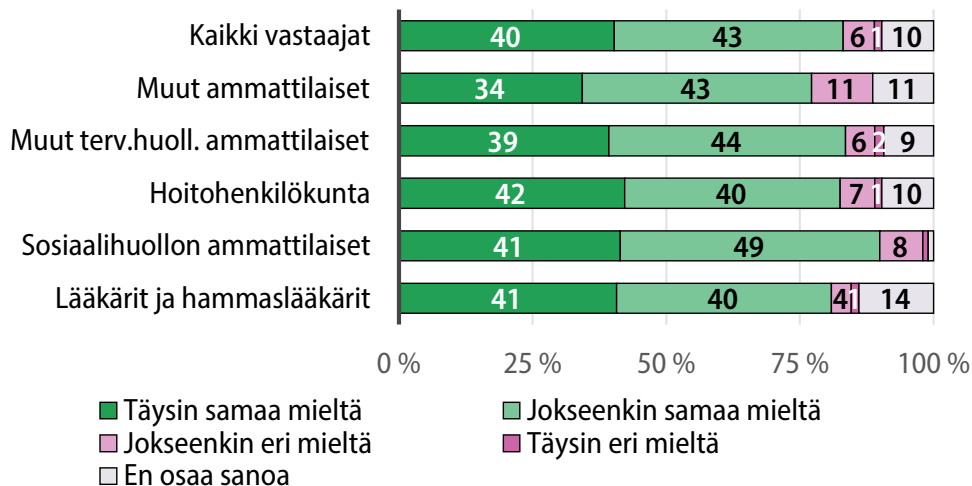
Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit pitää kohdentaa sellaisiin hoitoihin ja menetelmiin tai interventioihin, joiden teho ja vaikuttavuus on osoitettu. Kaikki ammattilaiset olivat väitteen kanssa pääasiassa samaa mieltä (kuvio 34). Täysin samaa mieltä oli 49 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 43 %. Jokseenkin tai täysin eri mieltä vain 5 %. En osaa sanoa -vaihtoehdon valitsi 2 % vastaajista. Lääkärit olivat väitteen kanssa vielä hieman muita ammattiryhmiä useammin täysin samaa mieltä.

Kuvio 34. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit pitää kohdentaa sellaisiin hoitoihin ja menetelmiin tai interventioihin, joiden teho ja vaikuttavuus on osoitettu”. N=792.



Sosiaalihuollon pitää priorisoida sellaisia työmenetelmiä, tapoja ja interventioita, jotka vähentävät asuinalueiden ongelmia ja edistävät yhteiskunnallista turvallisuutta- väitteen kanssa oli täysin samaa mieltä 40 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 43 % (kuvio 35). Jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 7 % vastaajista. En osaa sanoa vastasi 10 %. Kaikki ammattiryhmät olivat väitteen kanssa enimmäkseen samaa mieltä.

Kuvio 35. Sosiaalihuollon pitää priorisoida sellaisia työmenetelmiä, tapoja ja interventioita, jotka vähentävät asuinalueiden ongelmia ja edistävät yhteiskunnallista turvallisuutta. N=792.

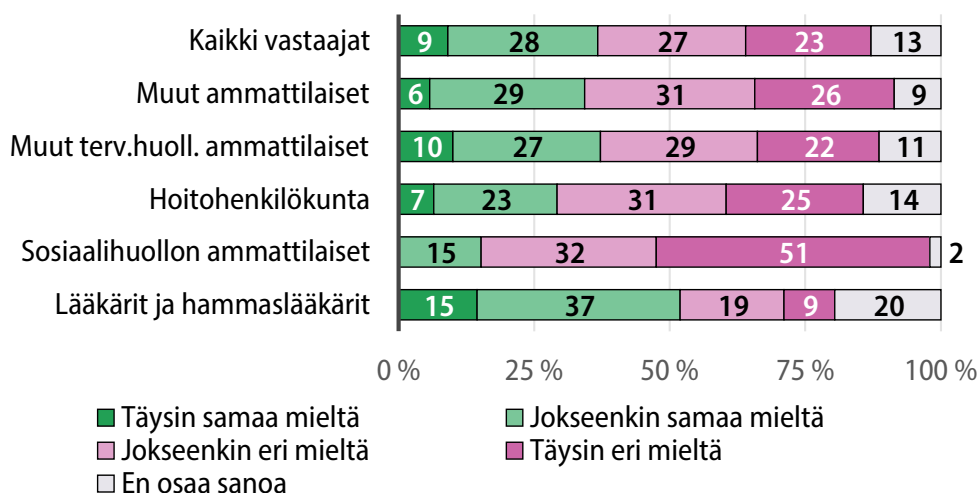


Priorisointijärjestystä koskeissa väitteissä korostui vahva tuki hoitojen vaikuttavuuden ja hyödyllisyyden perusteella tehtävälle priorisoinnille. Ammatilaiset olivat lähes yksimielisiä siitä, että ensisijaisesti tulisi hoitaa vakavasti sairaita, joiden toimintakyky säilyy tai joille voidaan antaa eniten terveitä elinvuosia. Priorisointi sen perusteella käykö henkilö työssä tai auttaako hän muita henkilöitä jakoi mielipiteitä, mutta ne eivät saaneet enemmistön kannatusta. Kaikki ammattiryhmät kannattivat resurssien kohdentamista vaikuttaviin hoitoihin ja interventioihin. Myös sosiaalihuollon osalta nähtiin tärkeänä, että työmenetelmät tukevat yhteiskunnallista turvallisuutta ja alueellisten ongelmien vähentämistä.

6.3 Kustannusraja asiakas- tai palvelukohtaisesti

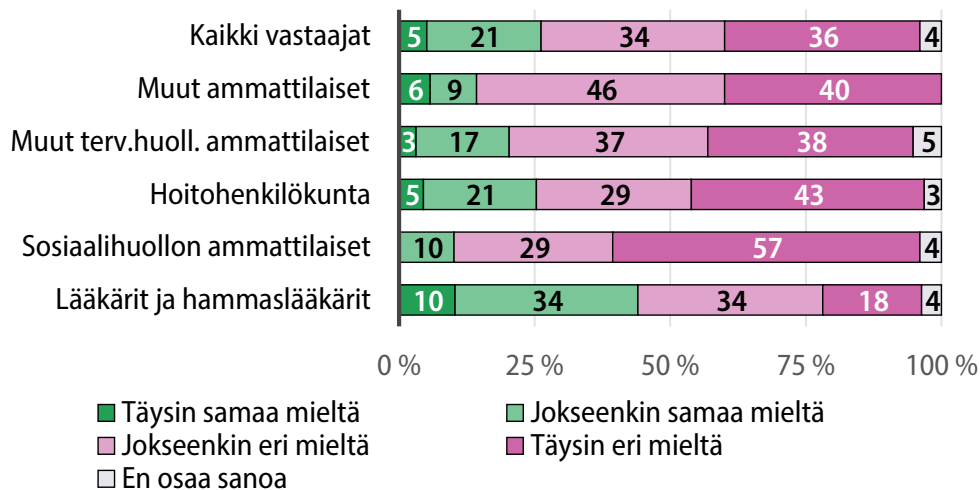
Yksittäisen asiakkaan sosiaalipalveluihin käytettävissä oleville resursseille pitäisi olla yläraja. Sosiaalihuollon työntekijöistä kukaan ei ollut väitteen kanssa täysin samaa mieltä, ja muista ammattiryhmistä 6–15 % oli täysin samaa mieltä (kuvio 36). Sosiaalihuollon ammatilaisista täysin tai jokseenkin eri mieltä oli 83 % vastaajista. Muissa ammattiryhmissä näitä vastauksia oli pienempi osuus, mutta toisaalta myös en osaa sanoa -vaihtoehtoa valittiin selvästi sosiaalihuoltoa enemmän. Väittämä jakoi voimakkaasti mielipiteitä.

Kuvio 36. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”yksittäisen asiakkaan sosiaalipalveluihin käytettävissä oleville resursseille pitäisi olla yläraja”. N=792



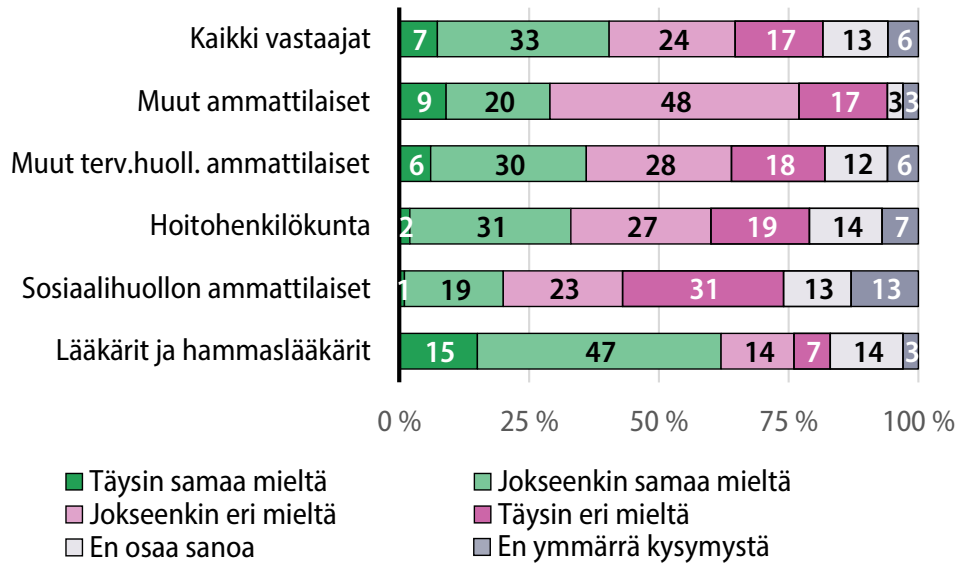
Yksittäisen potilaan hoitoihin käytettäville resursseille pitäisi määritellä yläraja. Väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli vain 5 % vastaajista, jokseenkin samaa mieltä 21 % ja jokseenkin tai täysin eri mieltä oli 70 % vastaajista (kuvio 37). En osaa sanoa -vaihtoehdon valitsi 4 % vastaajista. Lääkärit suhtautuivat hieman muita ammattiryhmiä myönteisemmin tähän väitteeseen ja sosiaalihuollon edustajat kielteisemmin.

Kuvio 37. Vastaajien näkemykset väitteeseen ”yksittäisen potilaan hoitoihin käytettäville resursseille pitäisi määritellä yläraja”. N=792.



Vastaajilta kysyttiin, tulisiko julkisille terveystalustoille määritellä tai olisiko hyväksyttävää asettaa kustannusvaikuttavuuden kynnsarvo, esimerkiksi suurin hyväksytty kustannus saavutettua laatuainotettua lisäelinuotta kohti, €/QALY. Väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli vain 7 % vastaajista, kun taas jokseenkin samaa mieltä oli 33 % (kuvio 38). Jokseenkin eri mieltä oli 24 % ja täysin eri mieltä oli 17 %. Vastaajista 13% ei osannut sanoa. Lisäksi tarjottiin vaihtoehto ”en ymmärrä kysymystä”, jonka valitsi 6 %. Väittämä jakoi mielipiteitä. Lääkärit olivat muita ammattiryhmiä useammin väitteen kanssa samaa mieltä, mikä johtunee myös siitä, että kustannusvaikuttavuuden kynnsarvo ja laatuainotetut lisäelinuodot ovat terveydenhuollon palvelujen yhteydessä käytettyjä käsitteitä, eikä niitä käytetä esimerkiksi sosiaalihuollossa. Kustannusvaikuttavuuden kynnsarvoja käytetään joissain maissa (Norja, Alankomaat, Iso-Britannia) osana uusien hoitojen arviointia, mutta ne eivät kuitenkaan ole sitovia.

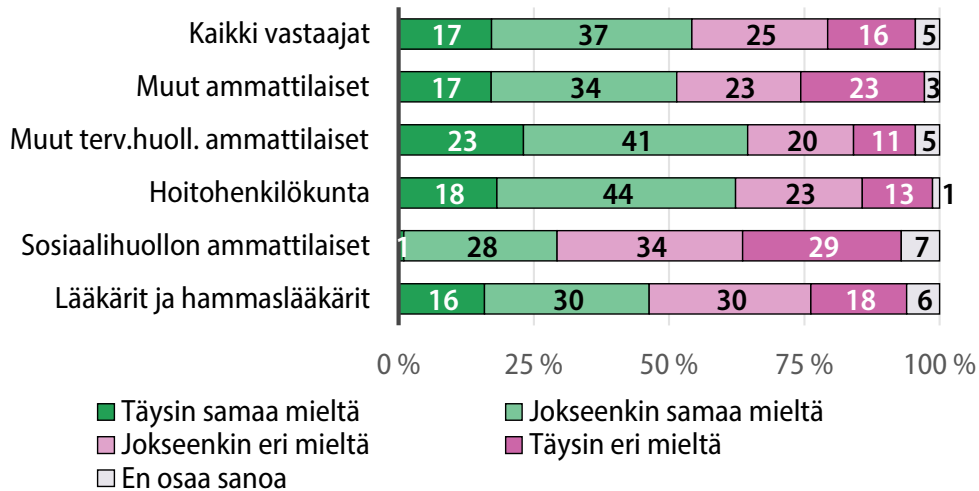
Kuvio 38. Vastaajien näkemyksiä väitteeseen ”julkisille terveystalouksille tulisi määritellä tai on hyväksyttävää asettaa kustannusvaikuttavuuden kynnysarvo, esimerkiksi suurin hyväksytty kustannus saavutettua laatuainutettua lisäelinuotta kohti, €/QALY”.



6.4 Oma vastuu ja omat valinnat

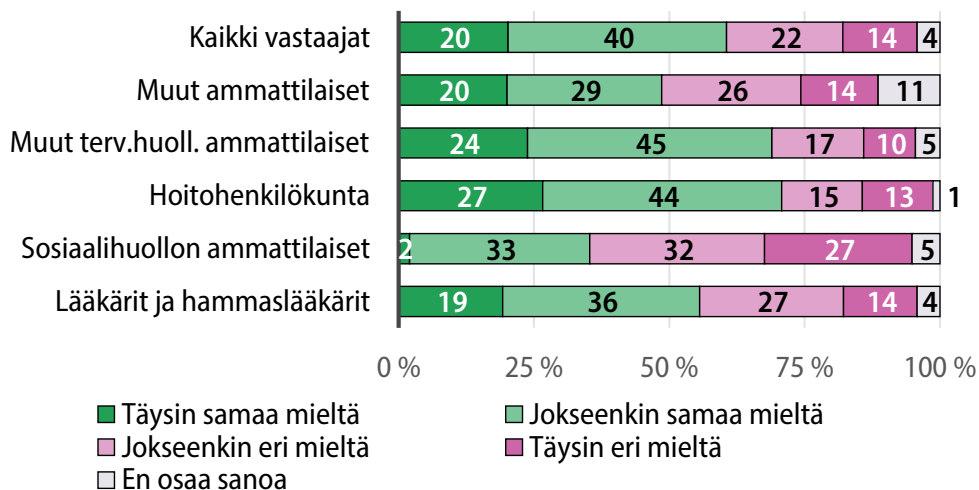
Jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 17 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 37 % vastaajista (kuvio 39). Jokseenkin eri mieltä oli 25 % ja täysin eri mieltä oli 16 %. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 5 %. Sosiaalihuollon työntekijät olivat ammattiryhmistä vähiten samaa mieltä väitteen kanssa.

Kuvio 39. Vastaajien näkemyksiä väitteeseen ”jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan”. N=792.



Jos ihminen kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä tai ei sitoudu hoitoon ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan -väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 20 % vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä oli 40 % (kuvio 40). Jokseenkin eri mieltä oli 22 % ja täysin eri mieltä oli 14 %. En osaa sanoa valitsi 4 % vastaajista. Sosiaalihuollon työntekijät olivat ammattiryhmistä vähiten samaa mieltä väitteen kanssa.

Kuvio 40. Vastaajien näkemyksiä väitteeseen ”jos ihminen kieltäytyy ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä tai ei sitoudu hoitoon ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan”. N=792.



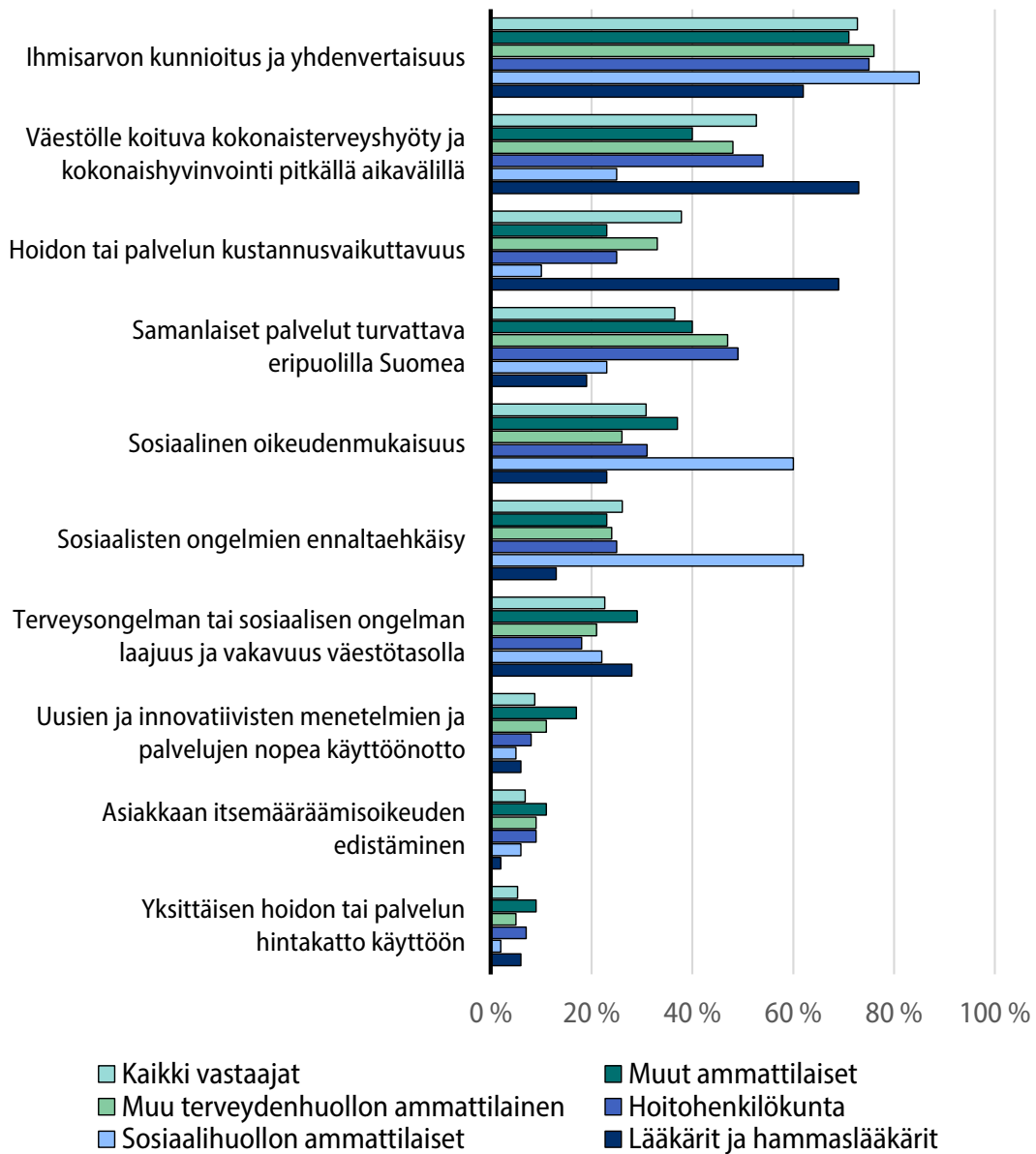
Väitteet, jotka liittyivät keskusteluun palveluiden käyttäjän omasta vastuusta, jakoi-
vat ammattiryhmien näkemyksiä. Hieman yli puolet terveydenhuollon ammat-
tilaisista oli väitteiden kanssa samaa mieltä ja vastaavasti hieman yli puolet
sosiaalihuollon ammattilaisista eri mieltä. Väitteet tuovat kuitenkin erilaista näkö-
kulmaa keskusteluun yksilön vastuusta. Kysymyksissä myös esitettiin, että hoidosta
pitäisi maksaa enemmän eikä esimerkiksi ehdotettu, ettei hoitoa saisi lainkaan. Täl-
laistakin vaihtoehtoa avoimessa palautteessa toivottiin. Elintavat koetaan yleensä
hyvin vaikeiksi priorisointiperiaatteiksi, koska elintapoihin usein liitetyt sairaudet
eivät aina liity yksilön omiin valintoihin vaan johtuvat myös esimerkiksi perimästä ja
ympäristöstä. Mitä selvemmin yksilön oma toiminta ja sen seuraukset voidaan tul-
kita yksilön tietoisien valinnan seurauksiksi, sitä helpommin niitä voidaan yhdistää
myös priorisointikeskusteluun.

6.5 Priorisoinnin periaatteet järjestelmätasolla

Vastaajia pyydettiin valitsemaan kolme merkittävintä priorisoinnin periaatetta
järjestelmätasolla. Ihmisarvon kunnioitus ja yhdenvertaisuus oli tärkein periaate:
73 % vastaajista valitsi sen kolmen tärkeimmän joukkoon (kuvio 41). Väestölle koi-
tuva kokonaisterveys ja kokonaishyvinvointi (53 %) sekä hoidon tai palvelun kus-
tannusvaikuttavuus (38 %) ja samanlaiset palvelut turvattava eri puolilla Suomea
(36 %) olivat myös tärkeitä periaatteita.

Ammattiryhmien painottamissa periaatteissa oli jonkin verran eroja. Lääkärit pai-
nottivat eniten kustannusvaikuttavuutta, kun taas sosiaalihuollon työntekijät koros-
tivat sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyä.
Hoitajat painottivat muita enemmän alueellista yhdenvertaisuutta palvelujen
saatavuudessa.

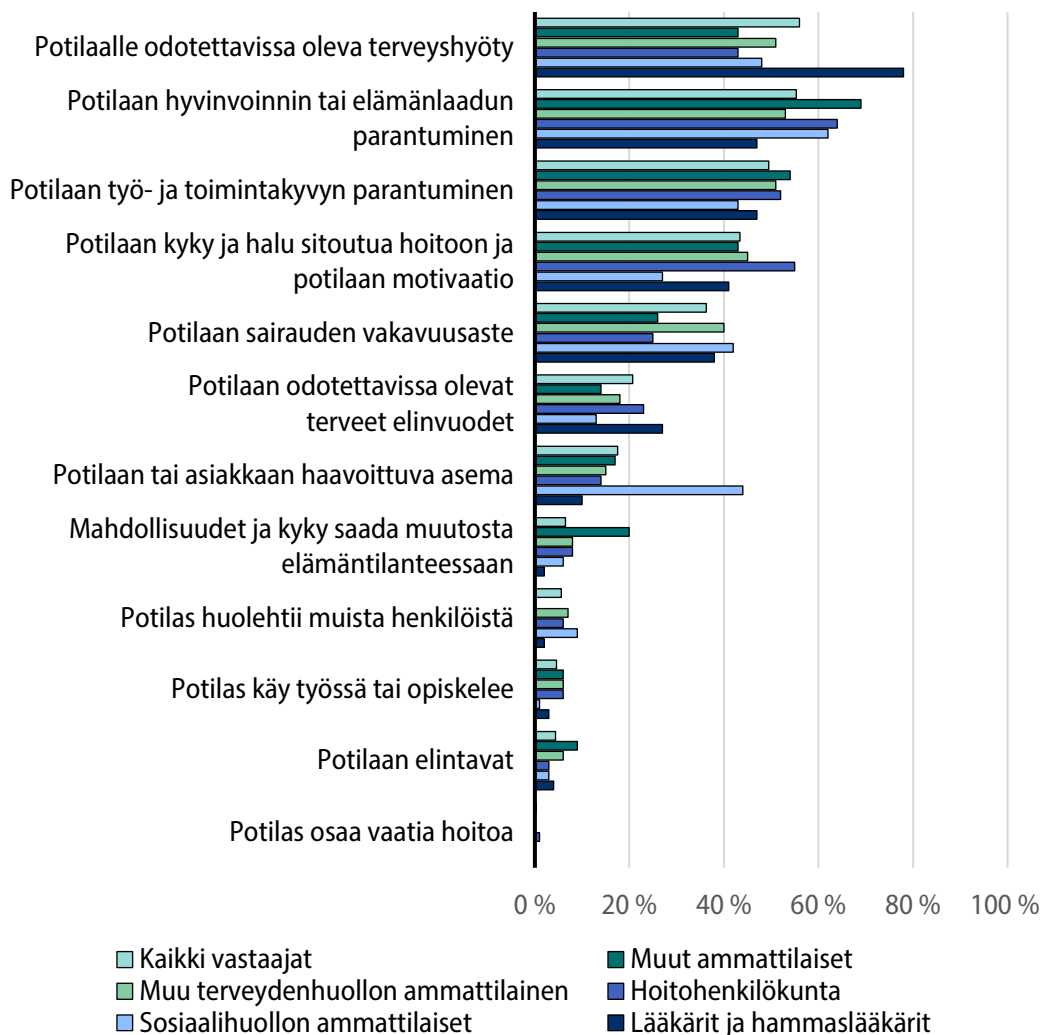
Kuvio 41. Vastaajien näkemyksiä kysymykseen siitä, minkä asioiden tulisi olla priorisoinnin tärkeimpiä periaatteita järjestelmätasolla. N=792.



6.6 Priorisoinnin periaatteet yksilötasolla

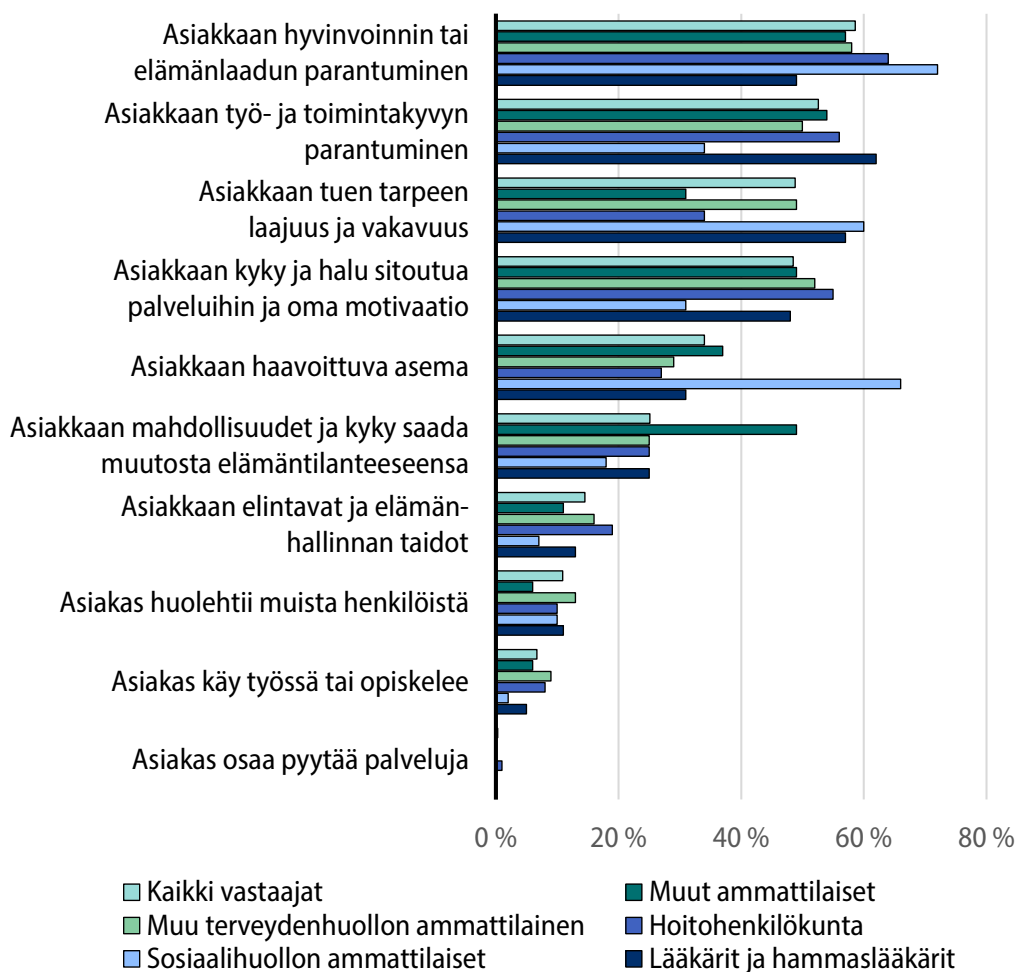
Vastaajilta kysyttiin myös, mitä yksilöön liittyviä priorisoinnin periaatteita tulisi käyttää julkisessa terveydenhuollossa, jos voi valita vain kolme merkittävintä. Eniten kannatusta saivat vaihtoehdot: potilaalle odotettavissa oleva terveyshyöty (56 %), potilaan hyvinvoinnin tai elämänlaadun parantuminen (55 %), potilaan työ- ja toimintakyvyn parantuminen (49 %), ja kyky sekä halu sitoutua hoitoon (43 %) sekä sairauden vakavuusaste (36 %) (kuvio 42). Lääkärit painottivat eniten odotettavissa olevaa terveyshyötyä, hoitajat hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantumista, kun taas sosiaalihuollon työntekijät korostivat sairauden vakavuusastetta ja potilaan haavoittuvaa asemaa. Ammattiryhmien painotuksissa oli eroja.

Kuvio 42. Vastaajien näkemyksiä kysymykseen siitä, minkä asioiden tulisi olla priorisoinnin tärkeimpiä yksilöön liittyviä periaatteita julkisessa terveydenhuollossa. N=792.



Kysyttäessä, mitä yksilöön liittyviä priorisoinnin periaatteita tulisi käyttää julkisessa sosiaalihuollossa valittiin sosiaalihuollon ammattilaisten vastauksissa tärkeimmiksi asiakkaan hyvinvoinnin tai elämänlaadun parantuminen, tuen tarpeen laajuus ja vakavuus sekä haavoittuva asema (kuvio 43). Sosiaalihuollon työntekijät painottivat eniten hyvinvoinnin parantumista, kun taas lääkärit korostivat työ- ja toimintakyvyn parantumista. Muiden kuin sosiaalihuollon ammattilaisten vastauksissa merkittävempien joukkoon nousi myös asiakkaan kyky ja halu sitoutua palveluun. Ammattiryhmien painotuksissa oli eroja, ja sosiaalihuollon ammattilaisten vastauksissa painottuivat hieman eri asiat kuin muiden ammattilaisten valinnoissa.

Kuvio 43. Vastaajien näkemyksiä kysymykseen siitä, minkä asioiden tulisi olla priorisoinnin tärkeimpiä yksilöön liittyviä periaatteita julkisessa sosiaalihuollossa. N=792.



7 Kyselyn palaute ja kommentit

Noin neljännes vastaajista jätti palautetta tai kommentteja kyselyyn liittyen.³ Vastaa-
jia ei voi tunnistaa muuten kuin ryhminä itse ilmoitetun ammatin, sukupuo-
len, iän ja työnantajasektorin osalta. Kysely sai sekä positiivista (14 %) että kriittistä
(22 %) palautetta, mutta pääosa palautteesta oli kyselyn suhteen neutraalia ja koh-
distui etupäässä palvelujen nykytilaan ja niiden haasteisiin tai priorisoinnin tapoihin
(64 %).

Usea palautteen antaja koki kysymykset eettisesti haastaviksi ja monitulkintaisiksi,
ja osa vastaajista kuvasi periaatteita ja priorisointikysymyksiä epämääräisiksi. Osa
palautteen antajista koki kysymykset johdattelevina ja asenteellisina, mikä herätti
epäluottamusta kyselyn tarkoituksia kohtaan. Priorisointi saatettiin suoraviivai-
sesti yhdistää vain säästämiseen, ja kyselyn tarjoama mielikuva palvelujärjestelmän
nykytilasta nähtiin negatiivisena. Muutamassa kommentissa priorisointi koettiin yli-
päättään epäeettisenä ja eriarvoistavana eikä priorisoinnille nähty tarvetta.

Joissakin vastauksissa kyselyä pidettiin turhan suoraviivaisena tai vaikeana, esimer-
kiksi sen vuoksi, ettei kyselyssä ollut mahdollisuutta antaa avovastauksia eikä vas-
tauksissa voinut huomioida asiakkaiden ja potilaiden monimutkaisia ja yksilöllisiä
tilanteita. Kyselyä kritisoitiin myös siitä, että kysymysten yhteydessä ei voinut tuoda
esiin omia näkemyksiä tai syitä esimerkiksi sille, miksi hoitoon tai palveluun ei sitou-
duta. Potilaan motivaation merkitys nähtiin olennaisena niissä tilanteissa, joissa teh-
dään yksilötason hoitopäätöksiä. Osa vastaajista oli huolissaan myös siitä, jaetaanko
ihmisiä jatkossa tuottaviin, itsestään huolehtiviin ja muihin.

3 Kyselyyn vastanneista sosiaalialan ammattilaisista ja muista ammattilaisista 30 % jätti
palautetta, lääkäreistä 25 % ja hoitajista sekä muista terveydenhuollon ammattilaisista
18 %. Yhteensä 181 avovastausta.

Monet vastaajista pitivät mahdollisuutta osallistua ja tuoda esiin omia näkemyksiä tärkeänä ja merkityksellisenä. Kiitosta sai erityisesti se, että ammattilaisilta kysyttiin tästä asiasta. Lisäksi aihepiiriä pidettiin mielenkiintoisena ja tärkeänä. Osa vastaajista toi esiin, että kyselyssä oli enemmän inhimillisyyttä ja sosiaalista oikeudenmukaisuutta kuin aikaisemmassa saman teeman kansalaiskyselyssä. Kyselyn tärkeys ja merkitys korostui erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten vastauksissa, vaikka samanaikaisesti aihetta itsessään pidettiin haastavana. Keskusteluihin aiheesta toivottiin mukaan laajasti eri toimija- ja ihmisryhmiä.

Sosiaalihuollon ammattilaisten palautteessa tuotiin esiin tarve keskustella henkilöstön sijoittumisesta ehkäisevään ja reaktiiviseen työhön ja näiden toimintojen keskinäisestä priorisoinnista. Todettiin myös, että priorisointi on kirjattu lakiin erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden määrittelyssä, kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa sekä perustuslaissa ja siksi priorisointi tulisi johtaa niistä. Sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisen virkavastuun nähtiin vaikuttavan keskeisesti palvelujen priorisointiin. Samalla vastauksissa epäiltiin, että eri alueilla voi myös olla erilaisia omia omia ohjeistuksia tai työryhmiä, joiden ohjeet saattavat jopa poiketa lainsäädännöstä.

Lääkäreiden ja terveydenhuollon palautteessa tuotiin esiin huolta siitä, että priorisointi on jäänyt ammattilaisten harteille. Lisäksi pidettiin haastavana, että varakat, kovaäänisimmät ja vaativat asiakkaat saavat muita enemmän palveluja. Priorisointikeskustelua ja -kriteerejä pidettiin tarpeellisena, jopa välttämättömänä ja kiireellisenä asiana. Samalla kuitenkin korostettiin, että kaikkien ihmisten tulisi saada tarvitsemansa hoito, riippumatta taloudellisesta asemasta tai työkyvystä. Vammaispalvelujen osalta muistutettiin, ettei palvelujen tavoitteena voi aina olla asiakkaan itsenäinen elämä, vaan myös osallisuutta turvaavia palveluja tarvitaan. Lapset ja heidän perheensä nousivat useassa vastauksessa esiin erityistä huomiota tarvitsevana ryhmänä. Vastauksissa ehdotettiin myös esimerkkinä lyhennettyä työviikkoa yhtenä keinona edistää työikäisten terveitä elinvuosia ja ennaltaehkäistä näin priorisointitarvetta. Ylipäättään olennaisena nähtiin muilla sektoreilla tehtyjen päätösten vaikutukset ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin ja vastaavasti tuotiin esiin terveystalouden rajallinen mahdollisuus vaikuttaa niihin.

Priorisointi ja sen tarve tuotiin joissakin vastauksissa esiin lähtökohtaisesti hyvin erilaisena asiana sosiaalihuollossa kuin perusterveydenhuollossa ja erityisesti erikoissairaanhoidossa. Priorisointikeskusteluun ehdotettiin mukaan myös työterveyshuoltoa, koska monikanavarahoitus nähtiin yhtenä nykyjärjestelmän eri-arvoisuutta tuottavana rakenteena. Muutamassa vastauksessa todettiin, että yksityisellä sektorilla ei tarvitse tehdä lainkaan priorisointia. Yhdeksi priorisointiperiaatteeksi ehdotettiin tulotasoa. Joissakin vastauksissa korostettiin ihmisten omaa vastuuta ja haettiin tiukkaa linjaa elintapojen ja palvelujen tarjoamisen välille.

Toisaalta avovastausten kautta tuotiin myös esiin, että haastavat elämäntilanteet eivät useinkaan ole ihmisen omien valintojen seurauksia, vaan ne liittyvät myös esimerkiksi elinolosuhteisiin ja perimään. Omaa vastuuta pohdittiin myös sellaisen tilanteen kautta, jossa ihminen ei käytä lääkkeitä ohjeiden mukaisesti tai ei sitoudu hoitoon. Voitaisiinko palveluja tällöin rajata tai voisivatko ne olla niissä tilanteissa kalliimpia hänelle? Yhdessä palautteessa todettiin, että yksilöt eli asiakkaat voisivat tehdä priorisointia itse, mikäli eutanasia olisi mahdollista.

Nykyisen järjestelmän ja palveluiden kustannusvaikuttavuuden mittaaminen koettiin palautteessa tärkeäksi lähtökohdaksi, yhdessä palautteessa jopa ehdottomaksi perusasiaksi terveydenhuollossa. Samalla kuitenkin pelättiin, että kustannusvaikuttavuuden korostaminen voi johtaa epäoikeudenmukaiseen priorisointiin tai joidenkin ihmisryhmien aseman heikkenemiseen. Terveystieteiden mittaamisessa nähtiin haasteita, käsitteen määrittelyssä ja ymmärtämisessä oli hajontaa. Laatusuoritusarvoja elinvuosia arvioitiin lisäelinvuosia korkeammalle, vaikka niidenkin mittaamisessa nähtiin ongelmia. Vastauksissa arveltiin, ettei uusia ja kalliita hoitoja voitaisi enää lainkaan aloittaa, mikäli laatusuoritusarvot otettaisiin priorisoinnin kriteerinä käyttöön. Uusien hoitojen ohella tutkimus- ja kehittämisresursseista kannettiin huolta. Ammattilaisten liikkumavara yksilöllisissä tilanteissa nostettiin myös tärkeänä asiana esiin.

Iso osa kriittisestä palautteesta kohdistui palvelujen nykytilaan: resurssipulaan, jonoihin, henkilöstön vaihtuvuuteen ja puutteelliseen ammattitaitoon, palveluiden epätasa-arvoiseen saatavuuteen eri alueiden ja eri ammattilaisten välillä sekä asiakasmaksujen vaikutukseen hoitoon hakeutumisessa tai lääkkeiden käytössä. Kritiikkiä sai myös organisaatioiden johtaminen ja palvelutuotanto. Lisäksi esitettiin, ettei hoitosuosittelun tai hoitotakuun noudattamatta jättämisestä seuraa minäkäänlaisia sanktioita palvelujen järjestäjille ja tuottajille. Ammattilaisista erityisesti sosiaalialan työntekijät kokivat työnsä kuormittavaksi ja toivat esiin, että resurssien riittämättömyys vaikeuttaa työntekoa. Myös työn arvostuksen puute ja huono palkkaus nousivat palautteessa esiin, niiden nähtiin vaikuttavan työmotivaatioon ja alan houkuttelevuuteen. Lisäksi kannettiin huolta palveluihin ja rahoitukseen liittyvän leikkauspolitiikan vaikutuksista yhteiskuntarauhaan sekä sosiaaliseen koheesioon. Kritiikki ei tällöin suoraan kohdistunut palveluvalikoiman periaatteisiin, avoimeen priorisointiin tai itse kyselyyn.

8 Johtopäätökset

Kyselyyn vastanneiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemykset priorisoinnista, sen periaatteista ja käytännöistä ovat moninaisia ja osin ristiriitaisia. Vaikka suuri osa vastaajista tunnistaa priorisoinnin tarpeellisuuden sosiaali- ja terveydenhuollossa, sen toteutustavat ja oikeudenmukaisuus herättävät myös epävarmuutta ja huolia. Vain pieni osa vastaajista koki, että priorisoinnin periaatteet on jo nyt selkeästi määritelty lainsäädännössä, mutta merkittävä osa vastaajista ei osannut ottaa kantaa tähän väitteeseen. Tämä voisi viitata siihen, ettei nyky-lainsäädännöstä löytyviä eri laeissa säädettyjä periaatteita mielletä priorisointiperiaatteiksi. Tämä tukee ajatusta siitä, että lainsäädännöstä löytyviä ja väestön arvopohjaan sopivia periaatteita kannattaa koota yhteen ja säätää nimenomaisesti priorisointiin vaikuttavista palveluvalikoiman periaatteista.

Priorisointipäätösten avoimuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumiseen nykytilassa suhtauduttiin varsin kriittisesti. Lisäksi erityisesti sosiaalihuollon ammattilaiset kokivat kuormitusta priorisointipaineiden vuoksi. Oman organisaation priorisointiohjeiden sijaan priorisoinnissa merkityksellisemmäksi tunnistettiin ammattikuntien omat ohjeet ja suositukset. Piilopriorisointipäätöksiä päivittäin mielsi tekevänsä lähes puolet kyselyyn vastanneista ammattilaisista. Eniten kuormitusta priorisointipaineista kokivat sosiaalihuollon ammattilaiset ja hoitohenkilökunta, kun lääkärin näkemykset priorisointipaineiden kuormittavuudesta vaihtelivat. Lääkärikunta kuitenkin koki laissa säädettävät periaatteet ja soveltamisohjeet oman työnsä kannalta hyödyllisemmäksi kuin muut ammattiryhmät. Vastaavasti sosiaalihuollon työntekijät ilmaisivat muita enemmän huolta esimerkiksi ammatillisen autonomian kaventumisesta.

Terveysdenhuollon osalta priorisoinnista on puhuttu Suomessa kansallisella tasolla 1990-luvulta lähtien, joten keskustelua on käyty pidempään ja laajemmin kuin vastaavaa keskustelua sosiaalihuollon puolella. Käsitteet, keskustelu ja esimerkinomaisten soveltamisohjeiden tarve ymmärretään todennäköisesti terveydenhuollon ammattikunnassa paremmin kuin sosiaalihuollossa. Terveysdenhuollon priorisointikysymyksiä on lisäksi mietitty vuosikymmenten mittaan eri komiteoissa ja työryhmissä ja käyty periaatteellista keskustelua priorisoinnista.

Enemmistö vastaajista ajatteli, että vaatimalla voi saada parempaa hoitoa ja palvelua. Tällaisen palvelujen tarpeisiin nähden toissijaisen syyn varsin merkittävä osuus viittaisi jonkinlaiseen epätasa-arvoon palvelujen saannissa. Kyselyssä ei kysytty ammattilaisten näkemystä muiden toissijaisten syiden kuten koulutuksen, varallisuuden tai asuinpaikan merkityksestä palveluiden saannissa.

Yhdenvertaisuuden toteutuminen palveluissa nähtiin vastaajien parissa puutteellisenä, erityisesti sosiaalihuollon osalta, ja palvelujen riittävyys kyseenalaistettiin laajasti. Samalla kuitenkin korostettiin, että palveluja tulisi kohdentaa erityisesti niille, joiden kyky huolehtia itsestään on heikentynyt, mikä viittaa sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen vahvana arvona. Toisaalta erityisesti sosiaalihuollon ammattilaiset kokivat, että ihmisiä kuitenkin kohdellaan palveluissa yhdenvertaisesti. Yhdenvertaisuuteen liittyvä kritiikki saattaakin kohdentua etupäässä palvelujen saatavuuteen ja palveluihin pääsyyn. Terveystieteiden palvelujen osalta lääkäreillä oli jonkin verran muita ammattiryhmiä positiivisempi näkemys palvelujen riittävydestä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta.

Ammattilaisten näkemyksissä yksilön ja väestön tarpeiden sekä resurssien kohdentamisen välillä esiintyi jännitettä. Ammattilaiset painottivat priorisoinnissa sekä yksilön tarpeita että väestön hyvinvointia, mutta korostivat erityisesti hoidon vaikuttavuutta ja oikeudenmukaista resurssien käyttöä. Selvä enemmistö vastaajista kannatti vakavasti sairaiden priorisointia lievemmin sairaiden edelle. Samalla yksittäisen potilaan kalliin hoidon asettaminen useamman lievemmin sairaan edelle sai vähemmän tukea. Priorisointijärjestystä koskevissa väitteissä nähtiin tärkeimpänä hoitaa vakavasti sairaita tai eniten terveitä elinvuosia saavia potilaita sekä potilaita, joiden toimintakykyä pystytään hoidon avulla säilyttämään. Sen sijaan työssäkäyvien tai muita auttavien henkilöiden priorisointi jakoi mielipiteitä. Näkemykset osoittavat osaltaan, että priorisointi ei ole yksiselitteinen kysymys, vaan vaatii tasapainottelua eettisten, taloudellisten ja yhteiskunnallisten tavoitteiden ja näkemysten välillä.

Väestötason yleisissä priorisointiperiaatteissa painottuivat ihmisarvon kunnioitus ja väestön kokonaishyvinvointi ja kokonaisterveys. Lääkäreiden vastauksissa nousi esiin erityisesti kustannusvaikuttavuus ja hoitajien vastauksissa alueellinen yhdenvertaisuus. Sosiaalihuollon ammattilaiset korostivat sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyä. Yksilötasolla tärkeimmiksi kriteereiksi nousivat terveydenhuollossa odotettavissa oleva terveyshyöty, elämänlaadun parantuminen ja toimintakyvyn säilyminen. Lisäksi lähes yhtä tärkeinä nähtiin hoitoon sitoutuminen ja sairauden vakavuusaste. Sosiaalihuollossa yksilötason kriteereinä korostui hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantuminen, tuen tarpeen vakavuus

ja laajuus sekä asiakkaan haavoittuva asema. Kustannusrajoihin ja yksilön vastuuseen liittyvät väitteet jakoivat ammattilaisten mielipiteitä, ja erityisesti sosiaalihuollon työntekijät suhtautuivat niihin hyvin kriittisesti.

Avoin palaute kyselyyn osoitti, että priorisointiin liittyy eettisiä jännitteitä ja huolta siitä, että päätöksenteko voi johtaa eriarvoisuuteen. Samalla kuitenkin tunnistettiin tarve avoimelle keskustelulle ja selkeille periaatteille. Ammatillaiset toivoivat enemmän osallistumismahdollisuuksia ja toivat esiin, ettei priorisointia voi irrottaa laajemmasta yhteiskunnallisesta kontekstista, kuten resurssien riittävyydestä, palvelujen saatavuudesta ja henkilöstön jaksamisesta. Ammatillaiskysely tuo näkyväksi, että priorisointi on monisyinen ja myös herkkä aihe, joka vaatii jatkuvaa vuoropuhelua, ohjeistusta sekä eri ammattiryhmien näkökulmien huomioimista.

Liitteet

Ammattilaiskysely sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista

Sosiaali- ja terveysministeriön kysely sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Kyselyn tavoitteena onkartoittaa ammattilaisten arvopohjaa ja näkemyksiä palvelujen nykytilasta, tavoitetilasta sekä priorisoinnista ja sen periaatteista. Kysely koskee niitä periaatteita, joilla palveluja tai menetelmiä tulisi priorisoida tai asettaa järjestykseen julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Priorisoinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon eri menetelmien ja palvelujen asettamista tärkeysjärjestykseen, koska sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit eivät riitä kaikkeen mahdolliseen.

Julkisilla sote-palveluilla tarkoitetaan sellaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa, jonka kulut maksetaan pääosin verovaroilla. Näitä ovat erityisesti hyvinvointialueiden toiminta sekä niiden lisäksi myös esimerkiksi ne yksityiset terveyspalvelut, joista saa sairausvakuutuskorvauksen.

Kysymyksistä jotkut voivat olla tulkinnanvaraisia ja vaikeita. Ne tuovat toisaalta esiin myös sitä vaikeaa eettistä pohdintaa, joka priorisointiin aina liittyy. Kyselyn tuloksia hyödynnetään palveluvalikoiman periaatteiden säädösvalmistelussa, mutta mitään linjauksia ei tehdä yksinomaan tämän kyselyn perusteella.

Kyselyssä ei ole avoimia kysymyksiä rajallisten analysointiresurssien vuoksi. Kyselyn lopussa on kuitenkin avoin palauteosio, jossa voit tuoda esiin palautetta itse kyselystä sekä muita asiaan liittyviä toiveita, ajatuksia tai huolia.

Vastaajan taustatiedot – valitse seuraavista parhaiten tilannettasi tällä hetkellä kuvaava vaihtoehto

1. Toimiala *

- ☐ Sosiaalihuolto
- ☐ Terveydenhuolto
- ☐ Sosiaali- ja terveydenhuolto
- ☐ Muu ala

2. Ammatti *

- ☐ Sosiaalityöntekijä
- ☐ Sosionomi, geronomi, kuntoutuksen ohjaaja
- ☐ Muu sosiaalihuollon ammattihenkilö
- ☐ Lääkäri tai hammaslääkäri
- ☐ Hoitohenkilökunnan edustaja
- ☐ Muu terveydenhuollon ammattilainen
- ☐ Muu ammattilainen

3. Työnantajasektori *

- ☐ Yksityinen
- ☐ Julkinen
- ☐ Kolmas sektori (esimerkiksi järjestö, yhdistys, säätiö)
- ☐ En halua sanoa

4. Sukupuoli *

- ☐ Nainen
- ☐ Mies
- ☐ Muu
- ☐ En halua sanoa

5. Ikä

Vuosina *

6. Ota kantaa seuraaviin julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskeviinväittämiin: *

	4 Täysin samaa mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	1 Täysin eri mieltä	0 En osaa sanoa
Julkisessa sosiaalihuollossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.					
Julkisessa terveydenhuollossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.					
Julkisessa sosiaalihuollossa ihmiset saavat riittävät palvelut.					
Julkisessa terveydenhuollossa ihmiset saavat riittävät palvelut.					
Eri sairauksia tai terveysongelmia hoidetaan yhdenvertaisesti.					
Sosiaalihuollossa erilaisiin tuen tarpeisiin vastataan yhdenvertaisesti.					
Vaativalla voi saada parempaa hoitoa ja palvelua.					

7. Oikeudenmukaisuus julkisissa sosiaali- ja terveystoimissa tarkoittaa minulle sitä, että...

(Listaa alla kuvatut vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen niin, että yksi (1) on asiaa mielestäsi parhaiten kuvaava, kaksi (2) on seuraavaksi parhaiten kuvaava, kolme (3) kolmanneksi parhaiten kuvaava ja neljä (4) neljänneksi parhaiten oikeudenmukaisuutta kuvaava vaihtoehto.) *

samankaltaisessa tilanteessa olevilla ihmisillä on oikeus samanlaisiin julkisiin palveluihin.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
julkisia palveluja on tarjottava enemmän ihmisille, joilla on enemmän tai vakavampia sairauksia tai ongelmia.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
julkisia palveluja on tarjottava enemmän ihmisille, joille niistä on eniten hyötyä eli paras parantumis-, toipumis-, muutos- ja kuntoutumisennuste.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
ulkisia palveluja on tarjottava enemmän ihmisille, joiden kyky huolehtia itsestään on heikentynyt tai jotka eivät saa apua ja tukea perheeltään tai lähipiiriltään.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Ota kantaa seuraaviin julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskeviin väittämiin: *

	4	3	2	1	0
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Julkisessa sosiaalihuollossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.					
Julkisessa terveydenhuollossa ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti.					
Hoitojen ja palveluiden priorisointi on mahdotonta, ja siksi jokaista potilasta ja asiakasta on autettava kaikin keinoin.					

	4 Täysin samaa mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	1 Täysin eri mieltä	0 En osaa sanoa
Yksittäisen asiakkaan sosiaali- palveluihin käytettävissä oleville resursseille pitäisi olla yläraja					
Yksittäisen potilaan hoitoihin käytettäville resursseille pitäisi määritellä yläraja.					
Yhtä erittäin vaikeassa elämäntilanteessa olevaa asiakasta pitää auttaa kustannuksista välittämättä, vaikka useampi väliaikaisesti haastavassa tilanteessa oleva jäisi sen takia ilman palveluja.					
Yhdelle vakavasti sairaalle potilaalle voidaan maksaa kallis hoito, vaikka moni lievemmin sairas potilas jäisi sen takia ilman hoitoa.					
Vakavasti sairas potilas pitää hoitaa, vaikka resursseja ei sen takia jäisi minun lievän vaivani hoitamiseen.					
Jos ihminen omalla toiminnallaan edistää sairauden kehittymistä (esimerkiksi ottaa riskejä, ei noudata hoito-ohjeita), niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.					
Jos ihminen kieltäytyy ennalta- ehkäisevistä toimenpiteistä (esimerkiksi ei mene tarjottuun tutkimukseen, ei ota rokotusta) tai ei sitoudu hoitoon ja tämän vuoksi sairastuu, niin hänen pitäisi maksaa enemmän omasta hoidostaan.					

9. Ota kantaa seuraaviin julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskeviin väittämiin: *

	4 Täysin samaa mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	1 Täysin eri mieltä	0 En osaa sanoa
Terveydenhuollossa pitää priorisoida sellaisia hoitoja, joiden tiedetään olevan hyödyllisiä potilaille.					
Sosiaalihuollon pitää priorisoida sellaisia työmenetelmiä, -tapoja ja interventioita, jotka turvaavat itsenäisen elämän mahdollistaman toimintakyvyn.					
Sosiaalihuollon pitää priorisoida sellaisia työmenetelmiä, tapoja ja interventioita, jotka vähentävät asuinalueiden ongelmia ja edistävät yhteiskunnallista turvallisuutta.					
Terveydenhuollon priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon.					
Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit pitää kohdentaa sellaisiin hoitoihin ja menetelmiin tai interventioihin, joiden teho ja vaikuttavuus on osoitettu.					
Ensimmäiseksi pitää hoitaa ne vakavasti sairaat ihmiset, joille voidaan hoidon avulla antaa eniten terveitä elinvuosia.					
Ensimmäiseksi pitää hoitaa työssä käyvät vakavasti sairaat ihmiset.					
Ensin pitää hoitaa vakavasti sairaat henkilöt, joiden toimintakyky säilyy hoidon ansioista.					

10. Minkä asioiden tulisi olla priorisoinnin tärkeimpiä periaatteita

- ☐ Sosiaalinen oikeudenmukaisuus
- ☐ Ihmisarvon kunnioitus ja yhdenvertaisuus
- ☐ Asiakkaan itsemääräämisoikeuden edistäminen
- ☐ Hoidon tai palvelun kustannusvaikuttavuus
- ☐ Väestölle koituva kokonaisterveyshyöty ja kokonaishyvinvointi pitkällä aikavälillä
- ☐ Terveysongelman tai sosiaalisen ongelman laajuus ja vakavuus väestötasolla
- ☐ Sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy
- ☐ Samanlaiset palvelut turvattava eripuolilla Suomea
- ☐ Uusien ja innovatiivisten menetelmien ja palvelujen nopea käyttöönotto
- ☐ Yksittäisen hoidon tai palvelun hintakatto käyttöön

11. Mitä yksilöön liittyviä priorisoinnin periaatteita tulisi käyttää julkisessa terveydenhuollossa, valitse kolme (3) mielestäsi merkittävintä?

- ☐ Potilaan sairauden vakavuusaste
- ☐ Potilaalle odotettavissa oleva terveyshyöty
- ☐ Potilaan kyky ja halu sitoutua hoitoon ja potilaan motivaatio
- ☐ Potilaan hyvinvoinnin tai elämänlaadun parantuminen
- ☐ Potilaan työ- ja toimintakyvyn parantuminen
- ☐ Potilaan elintavat
- ☐ Potilas huolehtii muista henkilöistä
- ☐ Potilas käy työssä tai opiskelee
- ☐ Potilaan odotettavissa olevat terveet elinvuodet
- ☐ Mahdollisuudet ja kyky saada muutosta elämäntilanteessaan
- ☐ Potilaan tai asiakkaan haavoittuva asema
- ☐ Potilas osaa vaatia hoitoa

12. Mitä yksilöön liittyviä priorisoinnin periaatteita tulisi käyttää sosiaalihuollossa, valitse kolme (3) mielestäsi merkittävintä?

- ☐ Asiakkaan tuen tarpeen laajuus ja vakavuus
- ☐ Asiakkaan kyky ja halu sitoutua palveluihin ja oma motivaatio
- ☐ Asiakkaan hyvinvoinnin tai elämänlaadun parantuminen
- ☐ Asiakkaan työ- ja toimintakyvyn parantuminen
- ☐ Asiakkaan elintavat ja elämäntilanteen taidot
- ☐ Asiakas huolehtii muista henkilöistä
- ☐ Asiakas käy työssä tai opiskelee
- ☐ Asiakkaan mahdollisuudet ja kyky saada muutosta elämäntilanteeseensa
- ☐ Asiakkaan haavoittuva asema
- ☐ Asiakas osaa pyytää palveluja

13. Pitäisikö joidenkin väestöryhmien olla ns. ”positiivisen erityiskohtelun” piirissä eli vaikka kaikille väestöryhmille tarjotaan palveluja, niin voisivatko jotkut ryhmät saada mielestäsi oikeutetusti muita enemmän palveluja? *

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

14. Jos mielestäsi jotkut ryhmät ovat sellaisia, joille voitaisiin kohdentaa enemmän resursseja tai palveluja, niin mitkä ne ovat? Valitse enintään kolme (3) mielestäsi tärkeintä.

- ☐ Lapset
- ☐ Nuoret aikuiset
- ☐ Työikäiset ihmiset
- ☐ Ikääntyneet henkilöt
- ☐ Työssäkäyvät ihmiset
- ☐ Yhteiskunnan kriittisten toimintojen ylläpitoon osallistuvat ihmiset (esim. turvallisuudesta vastaavat, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta)
- ☐ Ihmiset, jotka huolehtivat muista ihmisistä (esimerkiksi pienten lasten vanhemmat, vammaisten henkilöiden omaiset, omaishoitajat)
- ☐ Vammaiset henkilöt
- ☐ Asunnottomat
- ☐ Päihdeongelmaiset
- ☐ Mielenterveyspotilaat ja -kuntoutujat
- ☐ Vaikeasti sairaat (esim. syöpäpotilaat)
- ☐ Jokin muu ihmisryhmä, mikä?

15. Julkisille terveystalveuille tulisi määritellä tai on hyväksyttävää asettaa kustannusvaikuttavuuden kynnysarvo, esimerkiksi suurin hyväksytty kustannus saavutettua laatu-painotettua lisäelinvuotta kohti, €/QAL Oletko väittämän kanssa.... *

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä
- ☐ En osaa sanoa
- ☐ En ymmärrä kysymystä

16. Miten arvioisit nykyisin julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvaa priorisointia seuraavista näkökulmista? *

	4 Täysin samaa mieltä	3 Jokseenkin samaa mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	1 Täysin eri mieltä	0 En osaa sanoa
Priorisointipäätökset ja niiden perusteet ovat julkisia ja avoimia.					
Priorisointipäätökset tukeutuvat periaatteisiin, jotka ovat yleisesti hyväksyttäviä, järkeviä ja oikeudenmukaisia.					
Priorisoinnin periaatteet löytyvät jo nyt lainsäädännöstä.					
Priorisointia tehdään ammattikuntien omien ohjeiden ja suositusten perusteella.					
Priorisointipäätöksiä on mahdollista kyseenalaistaa ja mahdolliset virheelliset päätökset voidaan korjata esimerkiksi uuden tiedon perusteella.					
Priorisointipäätösten tekemiseen on olemassa pelisäännöt omassa organisaatiossani ja niitä noudatetaan.					
Priorisoinnille on jo olemassa periaatteet, mutta soveltamisohjeita ei ole riittävästi.					
Teen työssäni joka päivä piilopriorisointipäätöksiä.					

17. Koen paljon kuormitusta omassa työssäni priorisointipaineiden vuoksi?

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä
- ☐ En osaa sanoa

18. Koen, että laissa säädetyt priorisoinnin periaatteet auttaisivat tekemään valintoja omassa työssäni? *

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä
- ☐ En osaa sanoa

19. Koen, että priorisoinnin soveltamisohjeet lieventäisivät omassa työssäni kokemaani kuormitusta? *

- ☐ Täysin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin samaa mieltä
- ☐ Jokseenkin eri mieltä
- ☐ Täysin eri mieltä
- ☐ En osaa sanoa

20. Minua huolestuttaa, että laissa säädetyt periaatteet kaventaisivat liikaa ammatillista autonomiaani? *

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei
- ☐ En osaa sanoa

21. Lopuksi voit jättää palautetta kyselystä tai aiheesta, lämmin kiitos ajastasi!

ISSN pdf: 2242-0037
ISBN pdf: 978-952-00-4436-7



Sosiaali- ja
terveysministeriö

stm.fi/julkaisut
julkaisut.valtioneuvosto.fi