

<input type="checkbox"/>	Kandidaatintutkielma
<input checked="" type="checkbox"/>	Pro gradu -tutkielma
<input type="checkbox"/>	Lisensiaatintutkielma
<input type="checkbox"/>	Väitöskirja

Oppiaine	Tietojärjestelmätiede	Päivämäärä	20.4.2022
Tekijä	Max Kuusisto	Sivumäärä	100+liitteet
Otsikko	Erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietojen hallinta		
Ohjaajat	Prof. Reima Suomi, FM Riitta Söderlund		

Tiivistelmä

Hoitotakuun avulla on monissa maissa pyritty ehkäisemään pitkiä terveydenhuollon odotusaikoja. Hoitotakuun tarkoituksena on taata potilaalle enimmäisodotusaika, jonka aikana potilaan tulee saada hoitoa tulotasoon tai ikään katsomatta. Vaikka hoitotakuu perustuu Suomessa lakiin, potilaiden odotusajat ovat ylittäneet enimmäisajan erityisesti kiireettömässä erikoissairaanhoidossa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Suomen kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen kerääminen on järjestetty ja minkälaisia haasteita tiedonhallintaan liittyy. Tutkimuksessa käytetään teoreettisena viitekehyksenä institutionaalista teoriaa. Institutionaalisen teorian ydinidea on, että instituutioihin kohdistuu kolme muospainetta – pakottava muospaine, jäljittelevät prosessit ja normatiivinen muospaine – jotka kaikki muokkaavat instituutioita toistensa kaltaisiksi.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin käyttäen niin sanottua snowballing-menetelmää, jossa analysoidaan tutkimuksessa käytetyn julkaisun lähdeluetteloa sekä viittauksia. Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin puolistrukturoitujen teemahaastatteluiden avulla. Haastatteluihin osallistui kolme henkilöä kolmesta eri viranomaislaitoksesta.

Valtaosa haastatteluissa havaituista muospaineista on pakottavia, kuten lakeja, sääntöjä ja ohjeita, jotka muodostavat kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen keräämiselle ja hallinnalle reunaehdot. Havaittuja syitä pakottaville muospaineille ovat sairaanhoitopiirien haasteet tietojen kirjaamisessa, tietojen reaaliaikaisuus ja saatavuus, konservatiiviset enimmäisodotusajat sekä verrattain hidas valvontaprosessi suhteessa nopeasti muuttuvaan palveluiden tarjoajien ympäristöön. Jäljitteleviä prosesseja ja normatiivisia muospaineita haastatteluissa ei juuri havaittu. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että tulevaisuuden muospaineet tulevat todennäköisesti pysymään pakottavina, sillä vuoden 2023 alusta siirrytään hyvinvointialueisiin ja valvonnassa tulee luultavasti tapahtumaan rakenteellisia muutoksia. Tutkimuksessa havaitut seikat ovat pääosin yhdenmukaisia aiempien tutkimusten kanssa. Suomen hoitotakuujärjestelmän toiminnasta ja hoitopääsytietojen hallinnasta tutkimus kuitenkin tuotti uutta, kiinnostavaa, tietoa.

Avainsanat	Tietojenhallinta, hoitotakuu, institutionaalinen teoria
-------------------	---------------------------------------------------------



**TURUN
YLIOPISTO**
Kauppakorkeakoulu

ERIKOISSAIRAANHOIDON YKSIKÖIDEN HOITONPÄÄSYTIETOJEN HALLINTA

Tietojärjestelmätieteen
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Max Kuusisto

Ohjaajat:
Prof. Reima Suomi
FM Riitta Söderlund

20.4.2022
Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
1.1	TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	7
1.2	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN RAKENNE.....	8
2	TUTKIMUS- JA AINEISTONKERUUMENETELMÄT	10
2.1	KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	10
2.1.1	<i>Johdanto kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä.....</i>	<i>10</i>
2.1.2	<i>Kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi</i>	<i>11</i>
2.1.3	<i>Kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruu.....</i>	<i>15</i>
2.2	LAADULLINEN TUTKIMUS	16
2.2.1	<i>Johdatus laadulliseen tutkimukseen.....</i>	<i>16</i>
2.2.2	<i>Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruumenetelmä.....</i>	<i>16</i>
2.2.3	<i>Aineiston analysointi</i>	<i>19</i>
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	21
3.1	JOHDATUS INSTITUTIONAALISEEN TEORIAAN	21
3.2	INSTITUTIONAALINEN ISOMORFISMI.....	23
3.2.1	<i>Johdanto institutionaaliseen isomorfismiin.....</i>	<i>23</i>
3.2.2	<i>Pakottava isomorfismi.....</i>	<i>24</i>
3.2.3	<i>Jäljittelevät prosessit</i>	<i>25</i>
3.2.4	<i>Normatiivinen isomorfismi</i>	<i>26</i>
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	27
4.1	HOITOTAKUU	27
4.1.1	<i>Johdanto hoitotakuujärjestelmiin.....</i>	<i>27</i>
4.1.2	<i>Hoitotakuujärjestelmät Skandinavian maissa</i>	<i>30</i>
4.1.3	<i>Suomen hoitotakuujärjestelmä</i>	<i>38</i>
4.2	ODOTUSAIKATIETOJEN MITTAAMINEN JA KANSAINVÄLINEN VERTAILU	51
4.3	HAASTEET HOITOONPÄÄSYTIETOJEN HALLINNASSA.....	55
5	HAASTATTELUAINEISTON TULOKSET	60
5.1	PAKOTTAVAT MUUTOSPAINHEET.....	61
5.1.1	<i>Säädetyt enimmäisodotusajat.....</i>	<i>61</i>
5.1.2	<i>Tiedonkeruuprosessi.....</i>	<i>64</i>
5.1.3	<i>Hoitoonpääsy tietojen saatavuus ja reaaliaikaisuus.....</i>	<i>69</i>
5.1.4	<i>Valvonta ja seuraamukset.....</i>	<i>73</i>
5.2	JÄLJITTELEVÄT PROSESSIT.....	79
5.3	NORMATIIVISET MUUTOSPAINHEET	81
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO	83

6.1	JOHTOPÄÄTÖKSET	83
6.2	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA RAJOITUKSET	87
6.3	JATKOTUTKIMUSMAHDOLLISUUDET	88
6.4	YHTEENVETO	89
LÄHTEET		91
	LAIT JA SÄÄDÖKSET	99
LIITTEET		101
	LIITE 1: STM:N TEEMAHAASTATELURUNKO.....	101
	LIITE 2: THL:N TEEMAHAASTATELURUNKO.....	102
	LIITE 3: VALVIRAN TEEMAHAASTATELURUNKO	103

KUVIOT

Kuvio 1 Snowballing-menettelymalli (mukaillen Wohlin 2014, 4).....	12
Kuvio 2 Institutionaalisen teorian isomorfismit (DiMaggio & Powell 1983, 143)	24
Kuvio 3 Terveydenhuoltolain mukaiset hoitoon pääsyn enimmäisajat erikoissairaanhoidossa (mukaillen Häkkinen 2012, 13)	39
Kuvio 4 Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy erikoisaloittain 31.12.2019 (THL Tiiviste 2022b)	40
Kuvio 5 Yli 180 vrk hoitoa odottaneiden potilaiden prosentuaaliset osuudet kaikista potilaista kirurgian, silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla (THL Tiiviste 2022c)	41
Kuvio 6 Hoitotakuuprosessista vastaavat tahot	42
Kuvio 7 Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn seurantapisteet (mukaillen Häkkinen 2012, 12)	47
Kuvio 8 Mittaustapojen ja enimmäisodotusaikojen kansainvälistä vertailua (mukaillen Lee ym. 2021, 1006)	53

TAULUKOT

Taulukko 1 Teemahaastatteluihin osallistuneet virkamiehet	19
Taulukko 2 Vertailu Skandinavian maiden kiireettömien erikoissairaanhoidon hoitotakuujärjestelmistä (mukaillen Winblad ym. 2010, 356; Winblad & Hanning 2013, 285; Kozlowski & Worthington 2015, 331; Ebbevi ym. 2021, 2–3)	32
Taulukko 3 Erikoissairaanhoidon yksiköiden haasteita hoitoonpääsytietojen toimittamisessa (THL Tilastoraportti (1/2016; 1/2017; 3/2018; 6/2019; 7/2020; 38/2020; 1/2021).....	49

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Pitkä jonotusaika terveydenhuollon palveluihin on monissa maissa yksi terveystaloudellisesti ongelmista (Siciliani ym. 2013a, 11; Manderbacka ym. 2015, 514). Erityisesti erikoissairaanhoidon elekttiivisten eli kiireettömien hoitotoimenpiteiden kysyntä ja tarjonta ovat usein epätasapainossa, minkä vuoksi jonotusajat voivat venyä kohtuuttoman pitkiksi (Hanning & Lundstram 2007, 5; Nikolova ym. 2015, 72). Kehittyneissä maissa tasa-arvoinen hoitopääsy terveydenhuollossa nähdään tärkeänä terveystaloudellisenä tavoitteena, minkä vuoksi on luotu menettelytapoja odotusaikojen lyhentämiseksi (Manderbacka ym. 2015, 514). Yksi yleisimmin käytetyistä menettelytavoista on hoitotakuu, jonka tarkoituksena on taata tasavertainen hoitopääsy ikään tai tulotasoon katsomatta. Hoitotakuun on määrä taata potilaalle enimmäisodotusaika, jonka aikana potilaan tulee saada hoitoa. (Siciliani ym. 2014, 292.) Suomessa enimmäisodotusajoista on säädetty terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Erikoissairaanhoidon hoitotakuun hoitopääsytietojen keräämisestä vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), kun taas valvonta on jakautunut sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontaviraston (Valvira) sekä aluehallintoviranomaisten (AVI) välille (STM 2020).

Vaikka Suomen terveydenhuoltolain 52 §:ssä säädetään, että erikoissairaanhoidossa potilaan odotusaika hoitotarpeen arvioinnista hoitoon pääsyyn saa olla enimmillään kuusi kuukautta, selviää THL:n Tilastoraportista (1/2021, 1), että joulukuussa 2020 sairaanhoitopiireissä oli yli puoli vuotta jonottaneita potilaita noin 8 000. Kokonaisuudessaan kiireettömään erikoissairaanhoidon jonotti yli 141 000 potilasta eli yli kuusi kuukautta jonottaneita oli noin 5,4 prosenttia koko määrästä. Yli kuusi kuukautta jonottaneiden listalla on erityisesti ortopedian sekä silmä-, korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaita. Vastaavasti perusterveydenhuollossa joulukuussa 2020 yli enimmäisodotusajan, kolme kuukautta, odottaneita potilaita oli 445, mikä vastaa alle 0,4 prosenttia kaikista käynneistä (THL Tiivistelmä 2022a).

Vaikka kiireettömään erikoissairaanhoidon jonot ovat koronapandemian vuoksi nyt suuremmat kuin koskaan, niin hoitotakuun määrärajoissa pysyminen on ollut ongelma jo ennen vuotta 2020. Vuosina 2013–2019 sairaanhoitopiirien yli puoli vuotta jonottaneiden potilaiden määrä on ollut keskimäärin noin 2 000 henkilöä. (THL Tilastoraportti 34/2021, 1.) Useat kotimaiset mediat ovatkin nostaneet hoitotakuujärjestelmän heikkouksia esille,

ja uutisartikkeleissa on pohdittu terveydenhuollon yksiköiden tietojärjestelmien vaikutuksia hoitotakuun toteutumisessa. Esimerkiksi Ylen (2020) uutisessa käy ilmi, että THL ei kykene keräämään terveydenhuollon yksiköiltä luotettavasti potilaiden hoitopääsytietoja, sillä yksiköiden potilastietojärjestelmät eivät tue tietojen ulos raportointia. Helsingin Sanomien (2020) uutinen puolestaan tuo esiin, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) lokakuussa 2020 yli 4 500 potilasta oli odottanut yli puoli vuotta erikoissairaanhoitoon pääsyä. Ruuhkautunutta tilannetta perusteltiin vallitsevalla koronatilanteella ja tietojärjestelmä Apotin puutteilla.

THL:n julkaisemista Tilastoraporteista (1/2016; 38/2020; 1/2021) selviää, että terveydenhuollon yksiköiden tietojärjestelmien erilaiset puutteet tai viat aiheuttavat ongelmia hoitopääsytietojen saatavuuteen, yhtenäisyyteen ja oikeellisuuteen. Esimerkiksi vuoden 2019 tietojen oikeellisuutta on haitannut Lifecare -potilastietojärjestelmässä ollut ohjelmistovirhe, jonka takia raportoidut tiedot hoitoa odottavien lukumäärästä ja odotusajoista olivat olleet virheellisiä. Virhe ilmeni kahdeksassa sairaanhoitopiirissä ja useissa terveystieteiden erikoissairaanhoitoyksiköissä. Tiedot saatiin oikaistua vasta vuoden 2019 lopussa, mutta oikaisua ei tehty aiemmin julkaistuihin raportteihin. Sen vuoksi raporttien vertailu ei välttämättä anna oikeata kuvaa tiedoista. Toisaalta myös sairaanhoitopiirien erilaiset tulkinnat hoitopääsytietojen kirjaamistavoista ovat aiheuttaneet puutteellisuuksia raportoituihin tietoihin.

Aikaisemmissa akateemisissa julkaisuissa hoitotakuun tutkiminen on painottunut eri maiden hoitotakuujärjestelmien rakenteisiin ja puutteisiin sekä vertailemaan näiden maiden hoitotakuujärjestelmien toimintaa keskenään. Hoitotakuujärjestelmän toiminnan tutkiminen kiireettömän erikoissairaanhoitoyksiköiden hoitopääsytietojen hallinnan näkökulmasta on jäänyt merkittävästi vähemmälle huomiolle, minkä vuoksi tässä tutkimuksessa onkin tavoitteena syventyä Suomen kiireettömän erikoissairaanhoitoyksiköiden hoitopääsytietojen tiedonhallintaprosessin nykytilaan, haasteisiin ja tulevaisuuden kehityskohtiin. Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin puolistrukturoitujen teemahaastatteluiden avulla, ja tutkimuksen tuloksia tarkastellaan DiMaggion ja Powellin (1983) luoman institutionaalisen teorian kolmen muutospaineen avulla.

1.2 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen rakenne

Tässä tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää syvällisesti Suomen hoitotakuujärjestelmän erikoissairaanhoitoyksiköiden hoitopääsytietojen luotettavuutta ja

hyödyllisyyttä päätöksenteossa. Tutkimuksen tarkoituksena on saada yleinen kuva hoitopääsytietojen hallinnasta osana hoitoviiveiden raportointia. Tutkimuksessa keskitytään kiireettömään erikoissairaanhoidon, sillä pisimmät hoitojonot ovat juuri kiireettömän erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin. Tutkimusaiheeseen ja -aukkoon perustuen tämän tutkimuksen päätutkimuskysymys on: *Minkälaisia institutionaalisia muutospaineita erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietojen hallintaan kohdistuu?* Päätutkimuskysymykseen pyritään vastaamaan kirjallisuuskatsauksessa käsiteltävien apututkimuskysymysten avulla:

- Miten hoitotakuusta on säädetty Suomessa ja Skandinavian maissa?
- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietoja mitataan ja hallitaan?

Skandinavian maiden hoitotakuujärjestelmät valikoituivat tarkasteluun, koska näiden maiden terveydenhuollon rakenne on samankaltainen kuin Suomessa. Lisäksi akateeminen tutkimus on painottunut näihin maihin, minkä myötä kirjallisuuskatsaukseen saatiin monipuolinen ja kattava kuva hoitotakuujärjestelmien toteutuksista.

Tutkimuksen rakenne on johdantoluvun jälkeen seuraava: Luvussa kaksi esitellään valittuja tutkimusmenetelmiä. Luvussa kolme kuvaillaan teoreettisena viitekehyksenä käytettävää institutionaalista teoriaa. Luvussa neljä käsitellään kirjallisuuskatsauksen tulokset, jotka sisältävät Suomen ja Skandinavian maiden hoitotakuujärjestelmien toiminnan tarkastelua sekä kansainvälistä vertailua koskien hoitopääsytietojen mittaamis- ja hallintatapoja. Luvussa viisi pohditaan kolmen institutionaalisen isomorfismin eli muutospaineen avulla tutkimuksen haastatteluiden tuloksia. Luku kuusi sisältää johtopäätökset, tutkimuksen rajoitukset, jatkotutkimusmahdollisuudet ja yhteenvedon.

2 TUTKIMUS- JA AINEISTONKERUUMENETELMÄT

2.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

2.1.1 Johdanto kirjallisuuskatsaukseen tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksien avulla pystytään kehittämään teorioita sekä selvittämään, mihin aiheisiin aiemmat tutkimukset ovat keskittyneet ja mitkä aihealueet kaipaivat vielä tutkimista (Webster & Watson 2002, 13). Salmisen (2011, 1) mukaan kirjallisuuskatsausta voidaan yleisesti luonnehtia metodiksi ja tutkimustekniikaksi, jossa tutkitaan aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksissa kootaan aiempien tutkimuksien tuloksia, jotka toimivat perustana uusille tutkimustuloksille.

Websterin ja Watsonin (2002, 14) mukaan on olemassa kahdenlaisia kirjallisuuskatsauksia. Ensimmäinen vaihtoehto on, että tutkitaan aihealuetta, josta on jo kertynyt lukuisia tutkimuksia. Tällöin perusteellisesti tehty kirjallisuuskatsaus voi laajentaa jo olemassa olevaa tutkimusta käsitteellisen mallin avulla. Toinen vaihtoehto on, että käsitellään esille nousutta ongelmaa, jota ei ole vielä tutkittu teoreettisten perusteluiden avulla. Myös Wohlin ja Jalalin (2012, 29) ovat samoilla linjoilla Websterin ja Watsonin kanssa, sillä he linjaavat kirjallisuuskatsauksien olevan joko uusia tutkimuksia tietystä aiheesta tai tiivistettyjä tutkimuksia aiheen nykytilasta. Jälkimmäisen avulla voidaan erottaa tutkimusaukkoja tai korostaa osa-alueita, jotka tarvitsisivat vielä lisähuomiota, mutta on kuitenkin huomioitava, että kyseiset tutkimukset vaativat kokonaisvaltaisia kirjallisuushakuja. Salminen (2011, 6) jakaa kirjallisuuskatsaukset puolestaan kolmeen eri tyyppiin: systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin.

Tämä tutkielma toteutetaan integroituna kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tieteellisten artikkeleiden hakustrategiana sovelletaan niin sanottua snowballing-metodia (ks. Wohlin 2014), jonka eri vaiheita pyritään kuvaamaan mahdollisimman tarkasti seuraavassa luvussa. Tutkimus ei kuitenkaan ole systemaattinen kirjallisuuskatsaus, koska kirjallisuuskatsauksessa ei kuvata tarkasti tutkimusprosessin eri vaiheita ja koska lähteinä käytetään lakeja, säännöksiä sekä terveystieteiden julkaisuja tieteellisten artikkelien lisäksi. Salminen (2011, 6–8) luonnehtii kuvailevaa kirjallisuuskatsausta yleiskatsaukseksi, johon ei sisälly tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittavaa ilmiötä kyetään tarkastelemaan laaja-alaisesti, mutta kuitenkin tutkittavan ilmiön ominaisuuksia havainnoiden. Integroidussa

kirjallisuuskatsauksessa pyritään puolestaan kriittisesti arvioimaan katsaukseen otettuja tutkimuksia. Integroidulla kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella on myös samankaltaisuuksia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kanssa, sillä sen avulla kyetään kuvailemaan tutkittua aihetta monipuolisesti ja siten tuottamaan uutta tietoa jo olemassa olevien tutkimusten pohjalta. Integroivassa katsauksessa ei kuitenkaan ole yhtä tarkkoja kriteerejä tutkimusaineiston valinnassa, minkä vuoksi tutkittavasta aiheesta on mahdollista kerätä isompi otos kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Toisaalta vaihteittain kuvattuna integroitu kirjallisuuskatsaus ei juuri poikkea systemaattisesta katsauksesta.

2.1.2 Kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessi

Jotta kirjallisuuskatsausta voidaan pitää luotettavana ja kyetään vetämään olemassa olevista tutkimuksista johtopäätöksiä, tarvitaan ohjeita ja pelisääntöjä (Salminen 2011, 1). Wohlinin (2014, 2) mukaan ohjesääntöjen tarkoituksena on auttaa tunnistamaan kaikki tutkimuksen kannalta oleelliset lähteet, vaikkakin käytännössä kaikkien lähteiden tunnistaminen on epätodennäköistä. Tärkeintä on siis saada mahdollisimman hyvä otanta aihealueen tutkimuksista, mihin vaikuttaa olennaisesti hakustrategia.

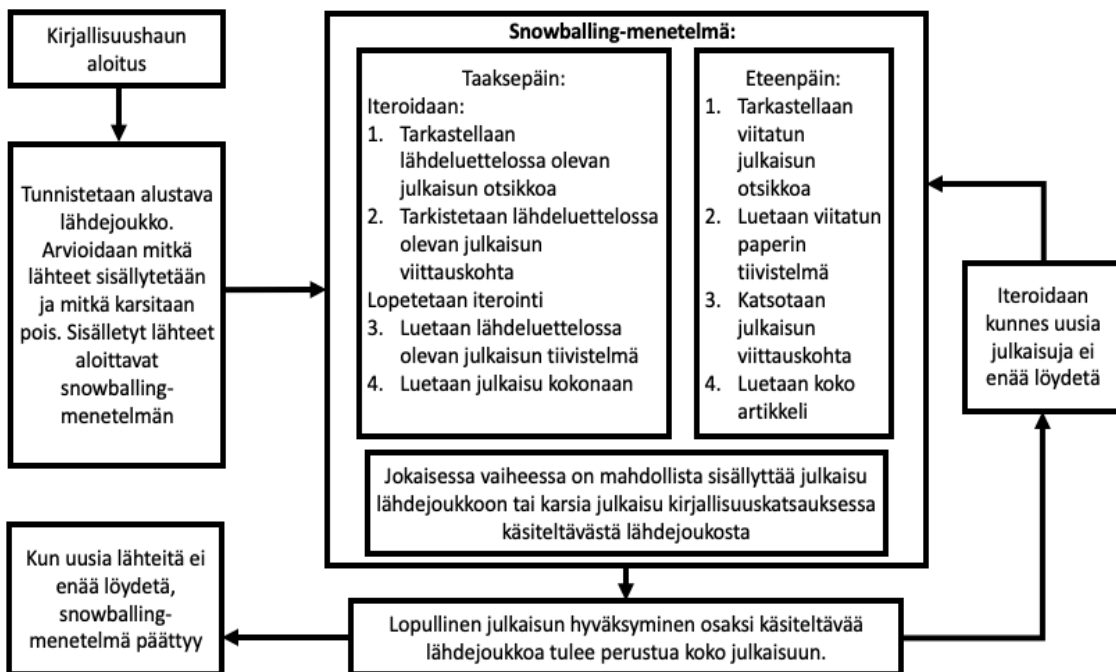
Tässä tutkimuksessa sovelletaan hakustrategiana snowballing-metodia. Jalali ja Wohlin (2012, 36) vertaavat tutkimuksessaan kahta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakustrategiaa – snowballing-metodia (jatkossa SB-metodi) ja tietokantahakua. Tutkimuksen tuloksena he havaitsivat, että valtaosa löydettyistä lähteistä oli samoja, ja tutkimuksista tehtävät havainnot ja johtopäätökset noudattivat samaa linjaa. Badampudi ym. (2015, 11) puolestaan toteavat, että SB-metodia voidaan pitää yhtä luotettavana kuin tietokantahakua ja jopa tehokkaampana, mutta luotettavuus on hyvin riippuvainen hyvästä aloituslähdejoukosta. Wohlinin (2014, 1) mukaan SB-metodia käytetään usein ohjelmistokehitykseen liittyvissä systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa. Jalalin ja Wohlinin (2012, 29) mukaan SB-metodi sopii myös tietojärjestelmätieteen kirjallisuuskatsauksiin.

Wohlin (2014) sekä Wohlin ja Jalalin (2012) viittaavat tutkimuksissaan Websterin ja Watsonin (2002) tietojärjestelmätieteen julkaisuun, joka esittelee luotettavan tavan kerätä lähteitä kirjallisuuskatsausta varten. SB-metodin ohjeet nojautuvatkin osaksi Websterin ja Watsonin (2002, 15–16) laatimiin ohjeisiin siitä, kuinka kirjallisuuskatsaukseen saadaan tietyn aihealueen oleellimmat artikkelit mahdollisimman laaja-alaisesti. Tällä pyritään siihen, että katsauksessa on mukana artikkeleita, joissa on käytetty eri

tutkimusmenetelmiä, eri julkaisupaikkoja ja eri maantieteellisiä sijainteja. Nämä ohjeet ovat tiivistetysti:

1. Tärkeimmät tieteelliset julkaisut ovat luultavasti alan johtavissa joulleissa, minkä vuoksi ensimmäiset havainnot tehdään tarkastelemalla valitun joullein sisällysluetteloa. Myös luotettavien konferenssijulkaisujen läpikäyminen on suositeltavaa. Tunnistetaan ja pyritään valitsemaan oleellimmat artikkelit.
2. Arvioidaan valittujen artikkelien lähdeluetteloa ja pyritään tunnistamaan tutkimuksen kannalta merkittävimmät artikkelit.
3. Arvioidaan valittujen artikkelien viittauksia ja pyritään tunnistamaan merkittävimmät artikkelit. Viittausten tarkastelussa käytetään apuna jotakin tietokantaa.

SB-metodilla tarkoitetaan tutkimukseen valittujen lähteiden lähdeluetteloiden ja viittausten analysoimista lisälähteiden tunnistamiseksi (Wohlin 2014, 1). Lähdeluettelon tutkimista ja analysoimista kutsutaan backward snowballingiksi (jatkossa BSB), kun taas viittausten tutkimista kutsutaan forward snowballingiksi (jatkossa FSB). Tutkimuksessa käytetään apuna Wohlinin (2014) esittämiä SB-metodin menettelytapoja (kuvio 1).



Kuvio 1 Snowballing-menettelymalli (mukaillen Wohlin 2014, 4)

SB-metodi alkaa aloituslähdejoukon luomisesta (Badampudi ym. 2015, 4). Lähdejoukko pyritään muodostamaan keskeisten termien hakutuloksesta. Wohlinin (2014, 2) mukaan hyvään aloituslähdejoukkoon kohdistuu seuraavia tunnusmerkkejä ja sääntöjä:

- Mikäli relevantteja julkaisuja voi olla eri yhteisöiltä tai aloilta, tulee niitä käsitellä aloituslähdejoukossa. Julkaisut voivat olla klustereittain, ja on tärkeää saada aloituslähdejoukkoon julkaisuja kaikista relevanteista klustereista, jotta valitut lähteet eivät vain viittaa toisiinsa.
- Aloituslähteiden määrä ei saa olla liian pieni. Otollinen määrä on kuitenkin tutkimusaihekohtaista.
- Mikäli valituilla hakusanoilla tulee tietokannasta liikaa tuloksia, relevanttien julkaisujen tunnistamiseen voidaan käyttää vaihtoehtoisesti viittausmääriä ja vertaisarviointia.
- Aloituslähdejoukon tulee olla monipuolinen sisältäen eri julkaisijoita, julkaisuvuosia ja tutkimuksen tekijöitä.
- Aloituslähdejoukon tulee vastata tutkimuskysymyksiin. Haussa tulee ottaa myös käsitteiden synonyymit huomioon, jotta hiukan erilaista terminologiaa käyttävät tutkimukset eivät jäisi huomaamatta.

Ennen aloituslähdejoukon muodostamista kootaan niin sanottu alustava lähdejoukko, joka perustuu valitussa tietokannassa tehtyihin hakutuloksiin. Vasta kun alustavan lähdejoukon julkaisu on todennettu tutkimuksen kannalta relevantiksi, se kuuluu aloituslähdejoukkoon. (Wohlin 2014, 2.) Badampudin ym. (2015, 4) mukaan alustavista lähteistä arvioidaan aluksi otsikko, tiivistelmä ja johdanto, minkä jälkeen potentiaalisista aloituslähdejoukon artikkeleista karsitaan osa pois ja osa siirtyy toiseen vaiheeseen. Toisessa vaiheessa potentiaaliset lähteet luetaan alusta loppuun ja tutkimuksen kannalta oleellisimmat hyväksytään. Wohlinin (2014, 4) mukaan kirjallisuuskatsaukseen valittujen lähteiden oleellisten tietojen poimiminen ja kokoaminen yhteen voidaan tehdä jo siinä vaiheessa, kun ne luetaan arviointivaiheessa läpi.

Varsinainen BSB ja FSB alkaa aloituslähdejoukon tunnistamisen jälkeen. Wohlinin (2014, 3) mukaan jokainen iterointi on tärkeää tehdä järjestyksessä, jotta valitut lähteet kyetään jäljittämään. Lisäksi lähteet tulee analysoida huolellisesti ennen niiden sisällyttämistä lähdejoukkoon. Mikäli lähdejoukkoon on päätyntä erehdyksessä

epäoleellinen julkaisu, iteroinnissa tulee palata taaksepäin ja poistaa epäoleellisen julkaisun kautta löydetty julkaisut lähdejoukosta.

BSB:ssä lähdeluettelon avulla kyetään analysoimaan aiemmin julkaistuja julkaisuja (Wohlin 2014, 3; Badampudi ym. 2015, 4). Ensimmäinen vaihe lähdeluettelon analysoimisessa on karsia sellaiset lähteet, jotka eivät täytä asetettuja kriteereitä, kuten julkaisuvuotta, julkaisukieltä tai julkaisutyyppiä. Seuraava vaihe on karsia listalta lähteet, jotka ovat jo aiemmin olleet käsittelyssä nykyisessä tai aiemmassa iteraatiossa. Loppuja lähdeluetteloön jäljelle jääviä julkaisuja analysoidaan tarkemmin:

- Onko otsikko alustavasti tutkimusaiheeseen liittyvä?
- Onko julkaistu foorumissa, jota voidaan pitää tutkimuksen kannalta merkittävänä?
- Ovatko tekijät julkaisseet muita oleellisia julkaisuja aiheesta aiemmin?

Mikäli tutkimuksen tekijä on aiemmin jo julkaissut tämän tutkimuksen kannalta merkittäviä julkaisuja, julkaisu voidaan mahdollisesti sisällyttää käsiteltävään lähdejoukkoon. Tuntematon tekijä ei kuitenkaan ole syy karsia julkaisua. Kun julkaisu läpäisee yllä olevat kriteerit (otsikko, julkaisija ja tekijät), se siirtyy seuraavaan vaiheeseen, jossa analysoidaan, miten ja missä julkaisuun on viitattu. Kun lähdeluettelo ja viittauskohta on analysoitu ja lähde täyttää asetut kriteerit, on aika etsiä julkaisu, analysoida aluksi tiivistelmä ja sen jälkeen muut julkaisun osat. Tämän jälkeen tehdään lopullinen päätös julkaisun sisällyttämisestä tutkimukseen. (Wohlin 2014, 3.)

FSB:ssä puolestaan analysoidaan viittausten avulla käsiteltävän julkaisun jälkeen julkaistuja tutkimuksia. Viittaukset voidaan esimerkiksi hakea Google Scholarista tai muusta tietokannasta. (Wohlin 2014, 3; Badampudi ym. 2015, 4.) Jokainen alkuperäistä lähdetä viittaava julkaisu analysoidaan, ja lähestymistapa on samankaltainen kuin BSB:ssä. Ensimmäinen tarkastus tehdään valitun tietokannan avulla, mutta mikäli sen pohjalta ei pystytä tekemään päätöstä, viitattavaa julkaisua tulee analysoida tarkemmin. Julkaisusta analysoidaan jälleen aluksi tiivistelmä, minkä jälkeen arvioidaan viittauskohta. Mikäli päätöstä karsimisesta tai sisällyttämisestä tutkimukseen ei voida vielä tehdä, analysoidaan julkaisun muut osat. (Wohlin 2014, 3.)

Kun BSB:n tai FSB:n kautta löydetty uudet lähteet on hyväksytty osaksi lähdejoukkoa, alkaa niiden pohjalta uusi iterointikierrös, jolloin uusista julkaisuista analysoidaan jälleen lähdeluettelo ja viittaukset. Prosessi toistetaan niin kauan kuin

annettujen ehtojen puitteissa löytyy julkaisuja analysoitavaksi. Kun uusia tutkimuksia ei enää löydy, on tutkimuksen lopullinen kirjallisuuskatsauksessa käytettävä lähdejoukko koossa. (Badampudi ym. 2015, 4.)

2.1.3 Kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruu

Wohlinin (2014) esittämästä snowballing-menettelymallista poiketen tässä tutkimuksessa ei luotu alustavaa lähdejoukkoa, mutta tietokantahakujen kautta valikoituneiden artikkelien lähdeluettelot ja viittaukset analysoitiin mallin ohjeiden mukaisesti. Tietokantahaut tehtiin sekä Scopuksessa että Web of Sciencessä. Scopus valittiin viitetietokannaksi sen vuoksi, että se sisältää useita tutkimuksen kannalta relevantteja tietokantoja. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi Web of Science valittiin varmistamaan hakutulosten laaja kattavuus.

Viimeiset viitetietokantahaut suoritettiin 1.2.2022, joten sen jälkeen julkaistuja tutkimuksia ei oteta tässä tutkimuksessa huomioon. Kirjallisuutta varten tehtiin kaksi erillistä hakua. Hoitotakuuta koskevaa kirjallisuutta haettiin seuraavilla hakusanoilla: *”healthcare guarantee”*, *”treatment guarantee”*, *”care guarantee”* ja *”waiting time guarantee”*. Odotusaikojen hallintaa koskevaa kirjallisuutta puolestaan seuraavien hakusanojen eri yhdistelmillä: *”waiting list”*, *”waiting time”*, *”information management”*, *”database management system”*, *”queue management”* ja *”quality”*. Hakuketjun hyväksymiskriteerit olivat, että tutkimuksen tulee olla englanninkielinen ja se on julkaistu vuoden 1995 jälkeen. Karsintaperusteena käytettiin artikkelien oleellisuutta tutkimuksen kannalta. Esimerkiksi, mikäli tutkimus ei käsitellyt hoitotakuuta, vaan termi esiintyi otsikossa, tiivistelmässä tai johdannossa muussa tarkoituksessa tai mikäli tiivistelmän ja johdannon lukemisen jälkeen oli selvää, ettei julkaisu käsitellyt hoitotakuuta, julkaisu poistettiin lähdejoukosta.

Mikäli analysoitu artikkeli hyväksyttiin osaksi kirjallisuuskatsausta, niin BSB ja FSB suoritettiin heti tutkimusprosessin tehostamiseksi. BSB:ssä analysoitiin aluksi lähdeluettelon tutkimusten julkaisuvuosia, julkaisukieltä sekä julkaisutyyppejä. Julkaisut, jotka eivät täyttäneet edellä mainittuja kriteerejä tai jotka oli jo aiemmin analysoitu, poistettiin käsiteltävästä lähdejoukosta. Kriteerit täyttäneistä julkaisuista pyrittiin välittömästi analysoimaan otsikkoa, tekijöitä ja julkaisupaikkaa. Mikäli julkaisu läpäisi kaikki asetetut kriteerit, tutkittiin viittauskohta, eli missä merkityksessä lähde oli analysoitavassa artikkelissa. Jos julkaisu vaikutti oleelliselta tutkimuksen kannalta, etsittiin se viitetietokannasta ja tallennettiin odottamaan analysointia. FSB:n osalta

prosessi toteutui samankaltaisesti: mikäli julkaisu hyväksyttiin osaksi tutkimusta, viittaukset analysoitiin, ja jos viitattu julkaisu todettiin oleelliseksi tutkimuksen kannalta, se tallennettiin odottamaan seuraavaa iterointia.

2.2 Laadullinen tutkimus

2.2.1 Johdatus laadulliseen tutkimukseen

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus antaa tutkijalle mahdollisuuden tutkia haastavia moniulotteisia prosesseja ja ilmiöitä omassa kontekstissaan. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan pyrkiä luomaan uutta tietoa siitä, miten tietyt prosessit ja ilmiöt toimivat todellisuudessa ja miksi prosessit tai ilmiöt toimivat kuvatulla tavalla. Laadullinen tutkimus soveltuu myös yhteiskunnan tai organisaatioiden ydinprosessien kriittiseen ja reflektiiviseen tarkasteluun. (Eriksson & Kovalainen 2008, 5.) Myers (2021) puolestaan nostaa esiin, että laadullisen tutkimuksen avulla tutkija kykenee ymmärtämään ihmisten sosiaalisia ja kulttuurillisia konteksteja.

Tämän tutkimuksen menetelmäsuuntaukseksi valikoitui laadullinen tutkimus, koska tarkoituksena on ymmärtää syvällisemmin Suomen hoitotakuujärjestelmän hoitoonpääsy tietojen todellista hallintaprosessia erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Jotta hoitoonpääsy tietojen hallintaprosessia voidaan syvällisesti tarkastella, arvioidaan tutkimuksessa myös kriittisesti tietojen hallintaprosessissa mukana olevien organisaatioiden näkemyksiä hoitotakuujärjestelmän toiminnasta. Seuraavissa luvuissa kuvaillaan tarkemmin tutkimukseen valittuja menetelmiä, aineiston analysointia ja tutkimuksen validiteettia.

2.2.2 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruumenetelmä

Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valikoitui tapaustutkimus, sillä Myersin (2021) mukaan tapaustutkimuksissa yleisesti tutkitaan nykyajan ilmiöitä sen todellisessa kontekstissa, minkä lisäksi tapaustutkimus lähtökohtaisesti soveltuu hyvin tietojärjestelmätieteen tutkimukseen. Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 116) mukaan tapaustutkimuksissa pääasiallisena tarkoituksena on yleensä tutkia tapausta joko historiallisessa, taloudellisessa, teknologisessa, kulttuurisessa tai sosiaalisessa kontekstissaan. Myers (2021) huomauttaa, että ilmiön tai kontekstin rajat eivät kuitenkaan aina ole täysin selkeät.

Tapaustutkimusten avulla pystytään selvittämään monimutkaisia ja vaikeasti ymmärrettäviä liiketoiminnallisia ongelmia helposti saatavilla olevassa ja maanläheisessä muodossa. Liiketoimintaan liittyvät tapaustutkimukset ovatkin usein käytännönläheisiä ja tutkimusetiikaltaan normatiivisia. (Eriksson & Kovalainen 2008, 117.) Runeson ym. (2012, 3) puolestaan täydentävät, että tapaustutkimuksen avulla ei tuotetakaan pelkästään uutta tietoa, vaan voidaan myös nopeuttaa tietyn ilmiön muutoksen aikaansaamista kuten esimerkiksi sosiaalihuollon parantamista.

Runesonin ym. (2012, 5) mukaan tapaustutkimukset eivät vaadi tiukkaa rajaa tutkimuskohteen ja sen ympäristön välillä. Tapaustutkimukset eivät siis tuota selviä tuloksia syy-seuraussuhteista, kuten kontrolloidut kokeet tuottavat, vaan pikemmin tarjoavat syvällisen ymmärryksen tutkittavasta ilmiöstä. Tapaustutkimukset ovat saaneet kritiikkiä muun muassa siitä, että saatuja tuloksia on mahdoton yleistää, tutkijan puolueellisuudesta ja tutkimustulosten empiirisestä arvosta verrattuna analyttisempiin ja kokeellisempiin tutkimusstrategioihin. Eriksson ja Kovalainen (2008, 117) puolestaan esittävät tapaustutkimuksiin kohdistuvan kritiikin kohdistuvan menetelmän anekdoottisuuteen ja tietynlaisten tieteellisten kurinalaisuuksien puuttumiseen.

Tässä tutkimuksessa tapauksena on Suomen kiirettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen hallinta. Aiemmin esitettyjen tutkimuskysymysten avulla pyritään rakentamaan ja ymmärtämään syvällisesti tapausta. Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin käyttäen puolistrukturoituja teemahaastatteluita. Haastattelut ovatkin yksi useimmiten käytetyistä aineistonkeruutavoista niin laadullisissa tutkimuksissa kuin tapaustutkimuksissa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34; Eriksson & Kovalainen 2008, 126; Runeson ym. 2012, 50; Myers 2021).

Haastattelut nähdään hyvin joustavana menetelmänä ja soveltuvan moniin erilaisiin tarkoituksiin. Haastatteluiden etuna on, että haastateltava nähdään tutkimustilanteessa subjektiivisena, jolloin haastateltavalla on vapaus tuoda esiin omasta mielestään tärkeitä asioita. Lisäksi haastattelut antavat mahdollisuuden syventää ja selventää tutkimuksen tietoja. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–35.) Alasuutari (2011, 111) huomauttaa, että haastatteluissa on tärkeää myös pohtia, miten haastattelutilanne vaikuttaa haastateltavaan ja sitä kautta kerätyn tiedon luonteeseen ja luotettavuuteen.

Yleisesti voidaan havaita, että haastattelut on jaettu kolmeen eri lajiin niiden rakenteen perusteella. Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 44) kolme haastattelulajia ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja strukturoimaton haastattelu. Myös Eriksson ja

Kovalainen (2008, 82) sekä Runeson ym. (2012, 51) ovat jakaneet haastattelut kolmeen eri joukkoon haastatteluiden strukturoinnin tason perusteella.

Teemahaastatteluita pidetään yleensä lomakehaastatteluiden ja strukturoimattomien haastatteluiden välimuotona, sillä teemahaastatteluissa on usein tietty runko ja teemat, joita haastattelu seuraa antaen haastateltavalle kuitenkin vapauden vastata omin sanoin. Puolistrukturoitujen teemahaastatteluiden etu on siinä, että ennalta on usein määritelty oleellimmat aihealueet, joiden varassa haastattelu etenee. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Vaikka puolistrukturoidussa teemahaastattelussa runko on ennalta suunniteltu, se sallii haastattelijan improvisoinnin ja syvällisemmän paneutumisen haastattelussa esiin tulleisiin asioihin (Runeson ym. 2012, 51). Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 82–84) mukaan teemahaastatteluiden avulla pystytään usein vastaamaan kysymyksiin, jotka alkavat sanoilla ”kuinka” tai ”mitä”. Teemahaastatteluiden hyöty onkin siinä, että, vaikka haastatteluilla on selkeä runko, haastattelutilanne on melko keskusteleva ja epävirallinen. Haastattelijä voi halutessaan ohjata keskustelua haluamaansa suuntaan, jolloin jokainen haastattelu on erilainen. Haasteena on, että haastattelijalla ei ole tarpeeksi kokemusta ja taitoja haastatteluista, minkä takia kaikki teemat eivät tule käsitellyiksi tarpeeksi syvällisesti. Toisaalta myös ennalta määritellyt kysymykset voivat estää haastateltavaa ottamasta esiin hänelle tärkeitä aiheita.

Haastattelupyynnöt lähetettiin kolmelle eri organisaatiolle: Sosiaali- ja terveysministeriölle (STM), Terveystieteiden tutkimuskeskukseen (THL) ja Valviralle. Täten tutkimukseen saatiin erilaisia näkemyksiä hoitopääsytietojen hallinnasta, sillä STM vastaa hoitotakuun strategisesta suunnittelusta Suomessa, kun taas THL vastaa operatiivisesta toteutuksesta. Valvira puolestaan toimii erikoissairaanhoidon hoitopääsyn valvovana viranomaisena. Jokaista kohdeorganisaatiota varten luotiin omat kysymysrungot, jotka löytyvät liitteistä (liite 1, liite 2 ja liite 3). Haastatteluihin osallistui kolme henkilöä, yksi kustakin organisaatiosta. Taulukossa 1 on esitetty haastateltavien organisaatio, työskentely-yksikkö, titteli, nimi, haastattelun kesto sekä haastattelupäivämäärä.

Taulukko 1 Teemahaastatteluihin osallistuneet virkamiehet

Organisatio	Yksikkö	Titteli	Nimi	Kesto	Päivämäärä
STM	Palvelujärjestelmäyksikkö	Lääkintöneuvos	Sirkku Pikkujämäsä	46min	17.11.2021
THL	Sote-tieto ja tiedonhallinta	Kehittämispäällikkö	Pia Tuominen	37min	30.11.2021
Valvira	Terveystieteiden tutkimuskeskus ja terveysvalvonta	Lakimies	Reijo Jormanainen	42min	8.2.2022

Haastateltavia lähestyttiin sähköpostitse, minkä jälkeen haastattelut käytiin Microsoft Teamsissa. Ennen jokaista haastattelua haastateltavilta pyydettiin lupa nauhoittamiseen sekä siihen, että he esiintyvät tutkimuksessa omalla nimellään. Haastattelukutsuja lähetettiin myös kolmelle muulle henkilölle, jotka kokivat, etteivät he ole oikeita henkilöitä vastaamaan haastattelun teemoihin.

2.2.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointivaiheessa pyritään ymmärtämään, mitä tapaustutkimuksessa on todella tapahtunut. Haastatteluiden avulla kerätyn aineiston analysointi alkaa usein jo aineistonkeruuvaiheessa, kun tutkija esimerkiksi litteroi haastattelut. Tämän jälkeen tutkija tyypillisesti pyrkii koodaamaan kerätyn aineiston, minkä avulla puolestaan pyritään löytämään haastatteluista toistuvasti esiin nousevia asioita. (Runeson ym. 2012, 61.) Tässä tutkimuksessa aineiston analysointi toteutettiin soveltamalla Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 156) diskurssianalyysin ohjeita sekä Runesonin ym. (2012, 62–63) laadullisen aineiston analysointiohjeita:

1. Haastatteluiden tallenteet pyrittiin litteroimaan mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen, sillä Hirsjärven ja Hurmeen (2008, 185) mukaan se parantaa haastattelun laatua. Apuna litteroinnissa käytettiin Microsoft Wordin selainpohjaista puheentunnistustyökalua.

2. Litteroidut haastattelut tarkistettiin kuuntelemalla tallenteet vielä kerran. Haastatteluiden litteroinnit pyrittiin pitämään alkuperäisessä muodossaan eli tekstin kielioppivirheitä ei muokattu tai täytesanoja poistettu.
3. Litteroitujen tekstien koodaaminen aloitettiin ja teemoja alettiin luonnostella. Koodaamisessa käytettiin apuna teemoja, jotka määrittyivät teoreettisena viitekehyksenä käytettävän institutionaalisen teorian mukaisesti pakottaviin paineisiin, jäljitteleviin prosesseihin ja normatiivisiin muutospaineisiin.
4. Koodatusta aineistosta alettiin muodostaa hypoteeseja, jotka koostuivat teemojen mukaisista havainnoista. Aineistoa luettiin ja analysoitiin useaan otteeseen, minkä lisäksi tulkintoja uudelleen kirjoitettiin useamman kerran kriittisesti arvioiden. Analyysin eri vaiheita iteroitiin niin kauan, kunnes koossa oli lopullinen versio. Tulokset löytyvät luvusta 5.
5. Lopuksi haastatelluille henkilöille annettiin mahdollisuus korjata tutkimuksessa käytettyjä lainauksia ja asiasisältöä. Haastateltavien pyyntöjen pohjalta lainauksien kirjoitusasua muokattiin helpommin luettavaksi ja ymmärrettäväksi. Pyyntöjen pohjalta poistettiin täytesanoja ja toistavia sanoja sekä muokattiin sanojen lyhenteitä.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Institutionaalinen teoria on muodostunut yhdeksi merkittävimäksi teoreettiseksi viitekehyyksi, kun tarkoituksena on tutkia ja selittää organisaatioiden ja yksilöiden käyttäytymistä. Sen voidaan katsoa soveltuvan lyhyen ja pitkän aikavälin tarkasteluun ja käytettäväksi niin omana viitekehyyksenä kuin rinnakkain useiden viitekehysten kanssa. Institutionaalisen teorian avulla kyetään myös arvioimaan ja seuraamaan muutoksia organisaatioiden toiminnassa mikro- ja makrotasolla. (Dacin ym. 2002, 45.) Granlund ja Lukka (1998, 154–155) esittävät tutkimuksessaan institutionaalisen teorian mikrotasojen sisältävän erilaisia käyttäytymismalleja ja tyylejä käyttää esimerkiksi informaatiota hyväksi. Konseptit, ideat, järjestelmäsuunnittelun ja tekniikan he puolestaan määrittelevät kuuluvan makrotasoon. Orlikowskin ja Barleyn (2001, 145) mukaan institutionaalinen teorian avulla pystytään selvittämään tietojärjestelmiin kohdistuvia paineita ja dynamiikkaa. Guerrazzin (2020, 300) mukaan institutionaalista teoriaa on puolestaan käytetty useissa terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa.

3.1 Johdatus institutionaaliseen teoriaan

Thortonin ja Ocasion (2008, 99–100) mukaan institutionaalinen teoria on lähtenyt muodostumaan 1950-luvulla Selznickin organisaatioita koskevista tutkimuksista, minkä jälkeen Rowanin ja Meyerin (1977) institutionaaliset analyysit kehittivät teoriaa pidemmälle korostaen kulttuurin ja kognition merkitystä. Rowanin ja Meyerin tutkimus johti isomorfismien syntyyn ja organisaatioiden legitimitietin tavoitteluun. Myöhemmin DiMaggio ja Powell (1983) tarkensivat isomorfismeja ja laajensivat instituutionaliseen teoriaan pohjautuvaa analyysia yhteiskunnalliselta tasolta koskemaan eri toimialoja.

Useissa institutionaalista teoriaa soveltavissa tutkimuksissa on käytetty juuri DiMaggion ja Powellin (1983) tunnistamaa kolmea isomorfismia eli muospainetta, jotka kuvaavat instituutioiden muutosta samankaltaisiksi (Deephous 1996; Haunschild & Miner 1997; Orlikowski & Barley 2001; Liang ym 2007; Boxenbaum & Jonsson 2008; Djelic & Quack 2008; Oulasvirta 2014; Handayani ym. 2016; Guerrazzi 2020). Myös Rowanin ja Meyerin (1977) esittämää taustaoletusta siitä, kuinka institutionaalinen isomorfismi lisää organisaation legitimitiettiä, on nostettu esille monissa tutkimuksissa (Deephous 1996; Tolbert & Zucker 1996; Liang ym. 2007; Djelic & Quack 2008; Boxenbaum & Jonsson 2008). Deephousen ja Suchmanin (2008, 64) mukaan instituutioiden tavoittelema legitimitietti muodostuu noudattamalla yhteiskunnan

asettamia suuntaviivoja ja sääntöjä. Legitimiteetti voidaan usein rinnastaa sekä statukseen että maineeseen, ja osittain se koostuukin samoista elementeistä.

Djelic ja Quack (2008, 299–300) määrittelevät instituutiot kollektiivisiksi raameiksi tai järjestelmiksi, jotka ovat vakaita ja merkityksellisiä yhteiskunnallisessa käyttäytymisessä ja vuorovaikutuksessa. Instituutiot voivat siis ohjata yksilöiden käyttäytymistä, muokata yksilöiden toimintaa ja tavoitteita sekä ylläpitää yksilöiden toiminnan ja ajattelun sääntöjä. Instituutioiden voidaan katsoa koostuvan rakenteellisesta ja ideologisesta ulottuvuudesta. Rakenteellinen ulottuvuus sisältää viralliset ja epäviralliset säännöt, kun taas ideologinen näkökulma kattaa normatiiviset ja kognitiiviset skeemat. Ulottuvuudet vaihtelevat kuitenkin instituutiokohtaisesti, perustuen esimerkiksi yhteiskunnalliseen toimintaan ja vuorovaikutukseen. DiMaggion ja Powellin (1983, 144–145) mukaan instituutioille tunnusomaista on niiden ulkopuoliset sidosryhmät: tavarantoimittajat, kuluttajat, toimintaa sääntelevät viranomaiset ja kilpailijat.

Instituutionaalinen teoria pohjautuu ajatukseen siitä, että organisaatioiden tavoitteena on selviytyminen. Selviytymiseen ja samankaltaiseksi muuttumiseen puolestaan lähtökohtaisesti vaikuttavat ulkopuolelta tulevat paineet. Ulkopuolisia paineita voi tulla erilaisilta instituutioilta kuten valtiolta, viranomaisilta, ammattikunnan jäseniltä, kilpailijoilta, pääomamarkkinoilta ja yhteiskunnalta. Instituutioiden välinen kilpailu kohdistuu usein asiakkaisiin ja resursseihin, mutta instituutioiden on selviytyäkseen kilpailtava myös poliittisesta vallasta, instituutionaalisesta legitimiudesta sekä taloudellisesta ja sosiaalisesta menestyksestä. (DiMaggio & Powell 1983.)

Rowanin ja Meyerin (1977, 340) mukaan organisaatioiden rakenteet syntyvät usein rationalisoitujen institutionaalisten sääntöjen pohjalta. Nämä säännöt muokkaavat organisaatioiden rakenteita tehden niistä laajempia ja monimutkaisempia. Institutionaalisten sääntöjen voidaan ajatella olevan myyttejä, jotka ohjaavat organisaatioiden toimintaa. Institutionaaliset säännöt ohjaavat organisaatioita kohti legitimiteettiä, vakautta, lisäresursseja ja parempaa kilpailukykyä. Rowan ja Meyer (1977, 360–361) havaitsivat tutkimuksessaan, että organisaatiot, jotka ovat omaksuneet osakseen institutionaalisia myyttejä, saavuttavat useammin legitimiteetin ja ovat siten samalla menestyksekkäämpiä ja siten myös selviytyvät. Boxenbaumin ja Jonssonin (2008, 78) mukaan myytit osoittavat, minkälainen asianmukaisen organisaation tulisi olla. Myytit ovat ratkaisuja yleisesti koettuihin organisatorisiin ongelmiin. Mitä enemmän organisaatiot käyttävät näitä ratkaisuja, sitä syvemmälle myytit juurtuvat ja laajemmalle

leviävät, mikä puolestaan johtaa institutionaaliseen isomorfismiin. Organisaatiot tarvitsevat yhteiskunnalta legitimitetin toimiakseen, ja sen puolestaan voi saada vain noudattamalla yhteiskunnan asettamia odotuksia.

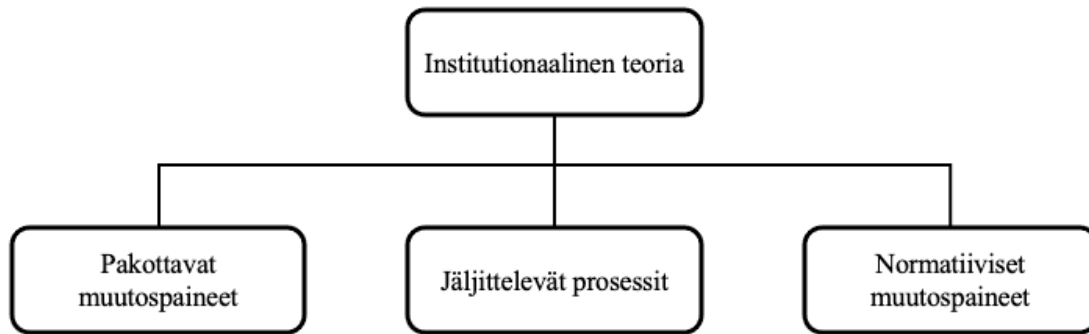
Institutionaalinen teoria on saanut osakseen myös kritiikkiä. Thorton ja Ocasio (2008, 119) kritisoivat sitä, että institutionaalista teoriasta puuttuu johdonmukaisuutta. He argumentoivat, ettei institutionaalinen teoria ole nykypäivänä enää yhtään niin institutionaalinen kuin ennen, sillä se perustuu resurssiriippuvuuksiin, poliittisiin päätöksiin, sosiaalisiin liikkeisiin ja muihin mekanismeihin, jotka ovat omalta osaltaan tärkeitä, mutta voidaan nykypäivänä nähdä epäinstitutionaalisina tekijöinä. Cooper ym. (2008, 689) arvostelevat institutionaalista teoriaa siitä, ettei työntekijöiden vaikutusta instituutioiden toimintaan huomioida kokonaisvaltaisemmin, sillä työntekijöiden arvot kuitenkin vaikuttavat organisaatioiden rakenteisiin. Greenwood ym. (2014, 1206) puolestaan kritisoivat institutionaalista teoriaa keskittymisestä liikaa organisaatioiden samankaltaisuuksiin, jolloin organisaatioiden erojen merkitys unohtuu.

3.2 Institutionaalinen isomorfismi

3.2.1 Johdanto institutionaaliseen isomorfismiin

DiMaggio ja Powell (1983, 145) tutkivat organisaatioiden homogenisoitumista eli samankaltaistumista. He havaitsivat, että elinkaarensa alkuvaiheessa organisaatiot ovat usein monimuotoisia ja lähestymistavat ovat erilaisia kuin kilpailijoilla. Organisaatiot luovat toimialan vakiintuessa tiettyjä rajoitteita, jotka estävät niitä muuttamasta toimintansa reunaehdoja. Kun lähes kaikki organisaatiot ovat hyväksyneet nämä toiminnan reunaehdot, voidaan organisaatioiden katsoa homogenisoituneen.

Boxenbaumin ja Jonssonin (2008, 78) mukaan organisaatioiden homogenisoitumiseen vaikuttaa se, kuinka suuri tarve organisaatioilla on sopeutua ympäristöönsä. DiMaggio ja Powell (1983, 143) esittävät tietyn toimialan organisaatioihin liittyvän paradoksin: kun organisaatiot pyrkivät tehokkaampaan toimintaan ja kilpailuaseman maksimointiin, muuttuvat organisaatiot yhä homogeenisemmiksi. Heidän esittämät kolme isomorfismia kuvaavat organisaatioiden muutosprosessia samankaltaisiksi. Organisaatioiden isomorfismit ovat pakottavat paineet (engl. *coersive isomorphism*), normatiiviset paineet (engl. *normative isomorphism*) ja jäljittelevät prosessit (engl. *mimetic processes*). (kuvio 2).



Kuvio 2 Institutionaalisen teorian isomorfismit (DiMaggio & Powell 1983, 143)

Pakottavien muutospaineeiden katsotaan muodostuvan instituutioiden välisestä vuorovaikutuksesta ja vaikutusvallasta. Normatiiviset muutospaineeet liittyvät ammattimaisuuteen, kun taas puolestaan jäljitteleviin prosesseihin vaikuttavat lähtökohtaisesti epävarmuustekijät. Isomorfismit eivät kuitenkaan aina ole empiirisesti erillisiä. Esimerkiksi ulkoiset sidosryhmät saattavat saada organisaation mukautumaan muiden toimialan organisaatioiden käytäntöjen mukaisesti. Ulkoiset sidosryhmät voivat myös esittää rajoituksia siitä, minkälaista osaamista tehtävän suorittaminen edellyttää. Toisaalta jäljittelevät muutospaineeet voivat puolestaan johtua rakenteellisista ympäristöä koskevista epävarmuuksista. (DiMaggio & Powell 1983, 147.) DiMaggio ja Powell (1983, 147) huomauttavat myös, ettei kyseisillä isomorfismeilla ole näyttöä siitä, että ne lisäävät organisaatioiden tehokkuutta. Siitä huolimatta organisaatiot tulevat muutospaineeiden alaisina suorittamaan kyseisiä prosesseja tavoitellessaan legitimitettä.

3.2.2 Pakottava isomorfismi

Pakottavat muutospaineeet muodostuvat instituutioiden välisestä vuorovaikutuksesta ja vaikutusvallasta. Tyypillisesti organisaatiot kohdistavat paineita organisaatioihin, joista ne ovat riippuvaisia. Pakottavat muutospaineeet voivat olla joko virallisia tai epävirallisia. Virallisia paineita ovat esimerkiksi lait tai muut viranomaisten säätämät reunaehdot toiminnalle. Epävirallisia paineita ovat esimerkiksi yhteiskunnan asettamat vaatimukset. Epäviralliset paineeet voidaan siis kokea suostuttelevina tai kehotuksina toimia tietyllä tavalla. (DiMaggio & Powell 1983, 147–148.) Guerrazzi (2020, 308) puolestaan huomauttaa, että taloudelliset resurssit usein kuuluvat pakottaviin muutospaineeisiin.

Lakijärjestelmä itsessään voi vaikuttaa organisaatioiden rakenteeseen ja käyttäytymiseen laajalti. Oikeudelliset vaatimukset edellyttävät organisaatioita

sitoutumaan tiettyihin toimiin, kuten kirjanpitoon ja taloudelliseen raportointiin, ja määrittävät siten organisaatioiden toimintaa. Organisaatiot muuttuvat siis yhä homogeenisemmiksi, koska toimintatavat ja rakenteet ovat muodostettu annettujen sääntöjen pohjalta. (DiMaggio & Powell 1983, 148–149.)

3.2.3 Jäljittelevät prosessit

Liangin ym. (2007, 75) mukaan jäljittelevät prosessit muodostuvat organisaation epävarmuuksien seurauksena. Tällöin organisaatiot jäljittelevät kilpailijoidensa onnistunutta toimintaa, pyrkimyksiä ja strategioita. Myös DiMaggio ja Powell (1983, 149) korostavat epävarmuuden vaikutusta kilpailijoiden jäljittelyyn. Epävarmuuksia voivat aiheuttaa esimerkiksi organisaation liian suuret tavoitteet, käytössä olevien teknologioiden puutteellinen ymmärtäminen tai toimintaympäristön luomat paineet. Haunschild ja Miner (1997, 472) esittävät tutkimuksessaan organisaatioilla olevan kolme jäljittelytapaa: yleisten toimintatapojen jäljittely, toimintatapojen tiettyjen ominaisuuksien jäljittely ja toimintatapojen vaikutuksien jäljittely. Tutkimuksen mukaan epävarmuus vaikuttaa erityisen vahvasti yleisten toimintatapojen jäljittelyyn ja vain osaksi kahteen jälkimmäiseen jäljittelytapaan.

Epävarmuuden vallitessa organisaatiot saattavat verrata toimintatapojaan tai mallejaan alan samankaltaisiin organisaatioihin. Tarkoituksena on havainnollistaa parhaat käytössä olevat toimintatavat, minkä jälkeen organisaatio pyrkii jäljittelemään ne osaksi toimintaansa. Jäljiteltä organisaatio ei välttämättä ole edes tietoinen toimintatapojen jäljittelystä, vaan toimintatavat voivat siirtyä tahattomasti työntekijöiden mukana tai konsultoinnin seurauksena. (DiMaggio & Powell 1983, 149–150.) Granlund ja Lukka (1998, 167) esittävätkin tutkimuksessaan, että sosiaalisessa toiminnassa toisten osapuolien, yksilöiden tai organisaatioiden, jäljittely on usein tehokas strategia. Yksilöt ja organisaatiot etsivät identiteettiään sosiaalisten mallien joukosta ja päätyvät useimmiten tehokkaimpaan ja parhaaksi todettuun menettelytapaan. DiMaggio ja Powell (1983, 150) nostavat esiin myös, että jäljittelyn avulla organisaatiot kykenevät parantamaan legitimitettiään osoittamalla kiinnostuksensa työntekijöidensä hyvinvointiin. Toisin sanoen, mitä suurempi henkilöstö tai asiakkaiden määrä kilpailijalla on, sitä suurempi paine organisaatiolla on tarjota samankaltaisia työolosuhteita.

3.2.4 Normatiivinen isomorfismi

Normatiiviset paineet koostuvat lähinnä yksilöiden tai ammattikuntien ajatuksista, asenteista ja tavoista toimia. Voidaan siis puhua tietyn ammattikunnan identiteetistä ja siitä, millaisena ammattikunta näkee toimintansa osana organisaatiota. Ammattikuntien toimintaan voidaan nähdä kohdistuvan samat pakottavat ja jäljittelevät isomorfismit kuin organisaatioihinkin. Ammattikuntien identiteettiä ja toimintaa siis säätelevät esimerkiksi lait ja epävarmuus. (DiMaggio ja Powell 1983, 151.)

Ammattikuntien normatiivisiin paineisiin useimmiten vaikuttaa ensinnäkin yksilöiden samankaltainen koulutus, minkä takia ongelmiin suhtautuminen ja niiden ratkaiseminen ovat samankaltaisia saman ammattikunnan sisällä. Toiseksi ammatilliset verkostot muokkaavat yksilöiden ammatillista käsitystä. Kolmanneksi organisaation palkatessa uutta työntekijää saatetaan etsiä tiettyjä taitoja tai kykyjä, minkä myötä samojen ammattikuntien edustajilla on eri organisaatioissa hyvin usein samankaltaisia taitoja, jotka omalta osaltaan vaikuttaa organisaation homogeenisyyteen. Normatiiviset muospaineet eivät kuitenkaan ole organisaation kannalta millään tapaa pakottavia, vaikka ne ohjaavat organisaatiota homogeenisyyteen. (DiMaggio ja Powell 1983, 151–152, 154.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

4.1 Hoitotakuu

4.1.1 Johdanto hoitotakuujärjestelmiin

Terveysthuollossa jonot yleensä syntyvät, kun hoidon kysyntä ylittää tarjonnan. Hoidon tarjonnan puute voi johtua joko vähäisistä resursseista tai sitten resurssien tehottomasta käytöstä. Tehokkaimmat odotusaikojen sääntelykeinot nojaavat useimmiten joko tarjonnan lisäämiseen tai kysynnän vähentämiseen, ja monissa kansainvälisissä strategioissa käytetään molempia tai jompaakumpaa mainituista keinoista. Tarjonnan lisäämisen strategiat voivat kuitenkin usein olla kalliita ylläpitää, sillä esimerkiksi resurssien lisääminen vaatii usein lisärahoitusta. Toisaalta kysynnän vähentäminen potilaita priorisoimalla nostaa esiin kysymyksiä eettisyydestä ja potilaiden tasa-arvoisuudesta. (Kreindler 2010, 10–11, 14.)

Pitkät odotusajat kiireettömässä erikoissairaanhoidossa ovat tyypillisiä erityisesti maissa, joissa julkinen sairausvakuutus yhdistyy alhaisiin potilaan kustannuksiin sekä kapasiteetin rajoituksiin (Winblad ym. 2010, 357). Sicilianin ym. (2013a, 11) mukaan hoitotakuujärjestelmistä onkin tullut viime vuosikymmenen aikana yleisin strategia säädellä odotusaikoja. Kreidler (2010, 28) nostaa hoitotakuujärjestelmän kaltaiset suorat strategiat tehokkaimmiksi keinoiksi odotusaikojen lyhentämiseksi. Siciliani ym. (2013a, 11) huomauttavat, että hoitotakuujärjestelmät voivat toimia tehokkaasti vain silloin, kun niiden toimintaa valvotaan. Sheimanin ja Richardsonin (2021, 5–6) mukaan hoitotakuujärjestelmät vaativat toimiakseen realistiset enimmäisodotusajat, tehokkaan sääntelyn ja valvonnan, odotusaikojen läpinäkyvän raportoinnin ja sääntelyä tukevat toiminnot, kuten tietojärjestelmät, joiden avulla kyetään keräämään paikkaansa pitävää tietoa odotusajoista. Menettelytapojen, joilla hoitopääsytiedot kerätään ja raportoidaan eteenpäin, tulee olla selkeästi määritelty, jotta tiedot olisivat vertailukelpoisia. Lisäksi seurannan mahdollistamiseksi vaaditaan viranomaisten sitoutumista, jotta saadaan kattavasti kerättyä tiedot kaikilta palveluiden tarjoajilta.

Winbladin ym. (2010, 357) mukaan hoitotakuujärjestelmien tarkoituksena on useimmiten vahvistaa potilaan asemaa hoitoprosessissa. Nordgrenin (2012) sekä Hanningin ja Spångbergin (2000) lisäävät, että hoitotakuun pääasiallisena tavoitteena on tasa-arvoistaa hoitopääsyä ja lyhentää jonotusaikoja. Malik ym. (2015, 3) puolestaan

esittävät hoitotakuun olevan yhteiskuntapoliittinen väline, jolla pyritään vähentämään kiireettömien potilaiden jonotusaikoja ja nopeuttamaan hoitoonpääsyä.

Englanninkielisissä artikkeleissa hoitotakuulle löytyy monta eri käsitettä (kuten engl. *(health)care guarantee, waiting time guarantee tai treatment time guarantee*), mutta lähtökohtaisesti kaikki käsitteet viittaavat samaan asiaan, vaikkakin hoitotakuun säädökset vaihtelevat valtiokohtaisesti. Hoitotakuuseen liitetään usein myös käsite enimmäisodotusaika (engl. *maximum waiting time*), jolla tarkoitetaan aikaikkunaa, jonka sisällä potilaan tulee saada hoitoa. Hoitotakuun tulisi siis parantaa potilaan asemaa siten, että potilas pystyy vaatimaan hoitoonpääsyä enimmäisodotusajan puitteissa. (Winblad ym. 2010, 357.) Hoitotakuujärjestelmä tai sen kaltaiset enimmäisodotusajat ovat käytössä lukuisissa maissa, kuten esimerkiksi Australiassa, Kanadassa, Alankomaissa, Portugalissa, Skandinavian maissa ja Suomessa (Siciliani ym. 2013a, 52–53).

Joshin ym. (2006, 36, 38) mukaan hoitotakuuta, ja sen toimintaa voidaan tutkia kolmesta eri näkökulmasta: kansalaisten ja potilaiden näkökulmasta, palveluntarjoajan näkökulmasta tai hoitotakuujärjestelmästä vastaavien viranomaisten näkökulmasta. Lähestymistapa hoitotakuuta kohtaan on useimmiten joko poliittinen tai lääketieteellinen. Siciliani ym. (2013a, 11) puolestaan jakavat hoitotakuujärjestelmät kahteen eri lähestymistapaan valtakunnallisten säännösten perusteella. Ensimmäinen lähestymistapa on enimmäisodotusaikojen asettaminen siten, että sairaanhoidon yksiköt voivat saada seuraamuksia, mikäli ne eivät noudata asetettuja määräaikoja. Toisessa lähestymistavassa potilailla on enimmäisodotusajan ylittyessä oikeus valita vaihtoehtoisia palveluiden tarjoajia yksityiseltä sektorilta tai toisesta sairaanhoitopiiristä. Suomessa on käytössä ensimmäinen lähestymistapa, vaikkakin Suomessa potilaalla on myös mahdollisuus saada hoitoa toiselta palveluntarjoajalta enimmäisodotusaikojen ylittyessä. Toinen lähestymistapa on puolestaan käytössä muun muassa Portugalissa ja Tanskassa. Iso-Britannia on puolestaan aiemmin käyttänyt Suomen kaltaista seuraamusjärjestelmää, mutta sittemmin hoitotakuujärjestelmä on muuttunut potilaan valintaan ja palveluntarjoajien väliseen kilpailuun pohjautuvaan järjestelmään.

Hoitotakuujärjestelmät ovat saaneet kritiikkiä muun muassa hoidon saatavuudesta ja potilaiden eriarvoisuudesta. Karlberg ja Brinkmo (2009, 119–120) kritisoivat Ruotsin hoitotakuujärjestelmää siitä, että se luo konfliktin lääketieteen etiikan ja hoitotakuun välille, sillä potilaita asetetaan etusijalle hoidon saatavuuden eikä hoidon tarpeellisuuden vuoksi. Nikolovan ym. (2015, 72) havainto Skotlannista tukee Karlbergin ja Brinkmon (2009) kritiikkiä, sillä he havaitsivat matalan prioriteetin potilaiden hyötyvän hoitotakuun

enimmäisodotusajoista korkeamman prioriteetin potilaiden odotusajan kustannuksella. Myös Sæther ym. (2020, 106) kritisoivat tutkimuksessaan Norjan kiireettömän erikoissairaanhoidon priorisointikäytäntöjä ja enimmäisodotusaikoja, sillä säädökset kohdistavat palveluiden tarjoajien huomion odotusajoissa pysymiseen.

Hoitotakuujärjestelmien toimintaa on myös tarkasteltu erilaisten simulaatiomallien ja mallinnuksien avulla. Cipriano ym. (2008, 1180) loivat tutkimuksessaan simulaatiomallin, jonka avulla he pyrkivät havainnoimaan Ontarion provinssin odotusaikoja tekonivelleikkauksiin. Simulaatiomallin tuloksien perusteella he kritisoivat enimmäisodotusaikojen viivästyttävän korkean prioriteetin eli kiireellisten potilaiden hoitoonpääsyä, mikäli hoitotakuu koskee kaikkia potilasryhmiä. Lisäksi he havaitsivat, että tällaisissa tilanteissa pienempi määrä potilaita pääsi hoitoon enimmäisodotusajan puitteissa kuin tilanteissa, joissa käytettiin potilaiden hoitamista priorisointijärjestyksessä. Goddard ja Tavakoli (2008, 789–790) puolestaan muodostivat tutkimuksessaan mallinnuksen julkisen terveydenhuollon yksiköiden jonotuslistoista, minkä avulla he tarkastelivat hoitotakuun vaikutuksia terveydenhuollon yksiköiden tehokkuuteen ja potilaiden hyvinvointiin. He havaitsivat tutkimuksessaan, että hoitotakuun myötä hoitoon hakeutuu enemmän marginaalipotilaita, mikä puolestaan aiheuttaa lisää jonoja ja vaikuttaa negatiivisesti kiireellisten potilaiden hoitoonpääsyyn. He tulkitsevat hoitotakuun rajoittavan epäsuorasti nopeaa hoitoonpääsyä, sillä se kannustaa potilaita hakeutumaan hoitoon, jolloin jokaisen potilaan tulee olla valmis odottamaan enimmäisodotusaika.

Kozlowski ja Worthington (2015, 337) tutkivat mallinnuksen avulla Tanskan kiireettömän erikoissairaanhoidon enimmäisodotusaikoja. Tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa miten terveydenhuollon yksiköiden resurssit vaikuttavat potilaiden odotusaikoihin. Tutkimuksen mukaan potilaiden ajanvaraukset, ajan uudelleen varaukset sekä varausten peruutukset vaikuttavat terveydenhuollon yksiköiden toimintaan merkittävästi. Nämä vähentävät resurssien käyttöä, ja tämä menetys korostuu erityisesti pienissä erikoissairaanhoidon yksiköissä. Sen vuoksi on perustelua todeta, että vaikka hoitotakuu tai enimmäisodotusaika lyhentävät odotusaikoja, ne saattavat myös vähentää resurssien käyttöastetta.

Sicilianin ym. (2013a, 12) mukaan eri maiden enimmäisodotusaikojen säännöksiä vertailla on tärkeää, jotta voidaan arvioida säädöksiä tehokkuutta ja hoitotakuujärjestelmän toimivuutta. Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen valittiin tarkasteltavaksi Suomen lisäksi Skandinavian maiden hoitotakuujärjestelmät.

Skandinavian maat valittiin sen vuoksi, että niiden terveydenhuollon rakenne on samankaltainen kuin Suomessa, minkä lisäksi näissä kolmessa maassa on tutkittu paljon hoitotakuuta eri näkökulmista. Vaikka terveydenhuollon rakenne on samankaltainen, niin seuraavissa luvuissa tullaan huomaamaan, että hoitotakuujärjestelmät ovat kuitenkin säädöksiltään erilaiset. Kirjallisuuskatsaus antaa kattavan kuvan erilaisista hoitotakuujärjestelmien toteutuksista.

4.1.2 Hoitotakuujärjestelmät Skandinavian maissa

Tässä luvussa Skandinavian mailla tarkoitetaan Ruotsia, Norjaa ja Tanskaa. Hoitotakuuta käsittelevä kirjallisuus on painottunut Skandinavian maihin, erityisesti Ruotsiin. Ruotsin hoitotakuujärjestelmää erilaisin näkökulmin ovat tutkineet muun muassa Hanning (1996), Hanning ja Lundström (1998; 2007), Hanning ja Spångberg (2000) sekä Nordgren (2012). Tanskan hoitotakuujärjestelmää ovat tutkineet esimerkiksi Christiansen (2012), Christiansen ja Bech (2013) sekä Kozlowski ja Worthington (2015), kun taas Norjan hoitotakuujärjestelmää ovat tutkineet esimerkiksi Karlberg (2006), Askildsen ym. (2013), Gangstøe ym. (2016) ja Johansson ym. (2017).

Winbladin ym. (2010, 353–354) mukaan Skandinavian maiden julkiset terveydenhuoltojärjestelmät kategorisoidaan yleensä Beveridge-tyyppisiksi järjestelmiksi, joille on tyypillistä muun muassa rahoitus verovaroista. Beveridge-tyyppisten terveydenhuoltojärjestelmien ongelmana pidetään usein pitkiä odotusaikoja ja huonoa potilaan asemaa. Terveydenhuollon kannalta on tärkeää löytää ratkaisu esitettyihin ongelmiin, jotta verovaroin rahoitettu terveydenhuollon järjestelmä säilyttää legitimitteittensä sekä kansan tuen. Hoitotakuun avulla Ruotsi, Norja ja Tanska pyrkivätkin parantamaan potilaan asemaa, mikä puolestaan vaikuttaa kansalaisten luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.

Hoitotakuujärjestelmillä on nykyään jo pitkät perinteet Skandinavian maissa. Gangstøen ym. (2016, 374) mukaan Norjassa käytössä oleva potilaiden priorisointijärjestelmä, jonka pohjalta potilas saa enimmäisodotusajan, on otettu jo käyttöön vuonna 1987, vaikkakin siihen on tullut paljon muutoksia sen jälkeen. Norjan prioriteettiasetuksen voidaan kuvailla olevan yhdistelmä kustannustehokkuutta ja hoidon saatavuuden priorisointia. Ruotsissa hoitotakuu otettiin ensimmäisen kerran käyttöön vuonna 1992 ja se kesti vuoteen 1997 saakka. Tällöin hoitotakuun piiriin sisältyi vain 12 erikoissairaanhoidon toimenpidettä. Vuonna 2005 hoitotakuu otettiin uudelleen käyttöön, kun hallitus ja maakuntia edustavat viranomaiset aloittivat taas toimet odotusaikojen

lyhentämiseksi. (Winblad & Hanning 2013, 280, 282–283, 285.) Tanskassa hoitotakuujärjestelmä on puolestaan ollut toiminnassa vuodesta 2002 lähtien (Christiansen 2012, 117; Kozlowski ja Worthington 2015, 311).

Winblad ym. (2010, 354) analysoivat ja vertailivat tutkimuksessaan Norjan, Ruotsin ja Tanskan kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitotakuujärjestelmiä. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida, miten eri maiden hoitotakuujärjestelmät poikkeavat toisistaan ja miten hoitotakuujärjestelmät vaikuttavat potilaiden asemaan. Taulukko 2 havainnollistaa Skandinavian maiden hoitotakuujärjestelmien eroja.

Taulukko 2 Vertailu Skandinavian maiden kiireettömien erikoissairaanhoidon hoitotakuujärjestelmistä (mukailien Winblad ym. 2010, 356; Winblad & Hanning 2013, 285; Kozlowski & Worthington 2015, 331; Ebbevi ym. 2021, 2–3)

	Ruotsi	Norja	Tanska
Säätelyn muoto	Laki	Laki	Laki
Ketä hoitotakuu koskee?	Kaikkia potilaita	Kaikkia potilaita	Kaikkia potilaita
Enimmäisodotusaika	Kolme kuukautta; alueellisia poikkeuksia	Yksilöllinen	Kuukausi
Seuraamukset palveluiden tarjoajille odotusaikojen ylittyessä	Mahdollisuus taloudellisiin seuraamuksiin	Ei seuraamuksia	Ei seuraamuksia
Potilaan asema odotusaikojen ylittyessä	Potilaalla oikeus hoitoon toisessa sairaalassa	Potilaalla oikeus hoitoon toisessa sairaalassa	Potilaalla oikeus hoitoon toisessa sairaalassa
Kuka korvaa hoidon kustannukset, mikäli hoitoa haetaan muualta	Potilaan asuinpaikan aluehallinto, sairaala tai klinikka	Potilaan asuinpaikan aluehallinto	Potilaan asuinpaikan aluehallinto
Onko potilaalla mahdollisuus valittaa oikeudessa?	Ei	Kyllä	Kyllä
Kuka on vastuussa potilaille oikeuksistaan tiedottamisesta?	Aluehallinto	Aluehallinto	Aluehallinto
Kuka on vastuussa potilaan ohjaamisesta toiselle palveluntarjoajalle?	Aluehallinnot ja palveluntarjoaja	Osasto Norjan työ- ja hyvinvointivirastossa (<i>Nye arbeids- og velferdsetaten, NAV</i>)	Kansallinen terveyslautakunta (<i>Sundhedsstyrelsen organiseret</i>)

Taulukosta 2 voidaan huomata, että Ruotsin, Norjan ja Tanskan kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitotakuujärjestelmät ovat varsin samankaltaisia, mutta erojakin löytyy. Seuraavissa luvuissa käydään läpi tarkemmin taulukon mukaisia teemoja ja vertaillaan Skandinavian maiden hoitotakuujärjestelmiä.

4.1.2.1 Enimmäisodotusajat

Ruotsi ja Tanska ovat määrittäneet hoitoonpääsulle enimmäisodotusajat, kun taas Norjan hoitotakuujärjestelmä noudattaa potilaiden priorisointia sairauden vakavuuden mukaan (Winblad ym. 2010, 357). Ruotsissa hoitoonpääsy on muodostettu noudattamaan kaavaa 0-7-90-90. Kaava tarkoittaa sitä, että maakuntien tulee varmistaa, että potilaan tulee saada yhteydenotto joko puhelimitse tai käynnillä samana päivänä, kun potilas hakeutuu hoitoon. Mikäli potilaan sairaus vaatii lääkärin konsultaatiota, saa odotusaika olla enimmillään seitsemän päivää. Lähetepäätöksen jälkeen ensimmäinen erikoissairaanhoidon käynnin tulee olla 90 päivän kuluessa. Lisäksi potilaalle tulee myös tarjota erikoissairaanhoidoa 90 päivässä hoitotarpeen toteamisesta. Ennen vuotta 2010 hoitotakuun noudattaminen oli vapaaehtoista Ruotsissa, vaikkakin kannustimena julkisille palveluntarjoajille käytettiin rahoituksen lisäämistä. (Rönnerstrand & Oskarson 2020, 476.) Ebbevi ym. (2021, 2) huomauttavat, että alueellisilla terveydenhuollon tarjoajilla voi olla Ruotsissa paikallisia linjauksia jonotusaikojen lyhentämiseksi. Esimerkiksi Tukholman alueella potilaan tulee saada varattua aika erikoislääkärille 90 päivän sijaan 30 päivän kuluessa ensimmäisestä käynnistään. Lisäksi vakaviin sairauksiin tai lääketieteellisiin syihin vedoten enimmäisodotusajoista voidaan tehdä poikkeuksia.

Christiansenin (2012, 117) sekä Kozlowskin ja Worthingtonin (2015, 311) mukaan Tanskan enimmäisodotusaika oli hoitotakuuta käyttöönotettaessa vuonna 2002 kaksi kuukautta, mutta vuonna 2007 enimmäisodotusaikaa lyhennettiin kuukauteen. Vain kuukauden enimmäisodotusaika kuitenkin lisäsi potilasvirtaa yksityiselle sektorille, sillä julkisen terveydenhuollon yksiköiden resurssit eivät riittäneet vastaamaan lyhennettyyn odotusaikaan. Vuonna 2015 odotusaikoja muutettiin siten, että enimmäisodotusaika hoitotarpeen arviointiin on kuukausi ja hoitoonpääsyn enimmäisodotusaika on kaksi kuukautta (Kozlowski & Worthington 2015, 311). Lisäksi Tanskassa on erikseen säädetty henkeä uhkaaville sairauksille, kuten syöväälle, omat enimmäisodotusajat (Christensen & Bech 2013, 124).

Tanskassa palveluntarjoajalla on kahdeksan päivää aikaa lähetteen vastaanottamisesta ilmoittaa potilaalle kirjeitse jatkotutkimuksen tai hoidon paikka, aika

sekä voidaanko hoitoa tarjota kuukauden enimmäisodotusajan puitteissa. Palveluntarjoajan tulee myös samassa yhteydessä saattaa potilaan tietoon muiden lähialueiden erikoissairaanhoidon yksiköiden odotusajat, potilaan oikeudet valita toinen sairaala ja se, että kyseinen aluesairaala voi auttaa potilasta valitsemaan toisen erikoissairaanhoidon yksikön hoidon nopeuttamiseksi. Lisäksi kirjeessä tulee olla mainittuna puhelinnumero alueelliseen potilasvirastoon, joka osaa ohjeistaa tarkemmin potilaan oikeuksista. Varsinainen kiireettömän erikoissairaanhoidon toimenpiteiden mitattava enimmäisodotusaika muodostuu lähetteen saamisen ja varsinaisen hoidon alkamisen välisestä ajasta. Lisäksi 18 erikoissairaanhoidon toimenpiteelle on nimitetty enimmäisodotusaika. Näihin toimenpiteisiin sisältyy esimerkiksi kaihileikkaukset sekä lonkan ja polven tekonivelleikkaukset. (Christensen & Bech 2013, 122.)

Norjassa käytettävä prioriteettijärjestelmä on muuttunut paljon vuosien saatossa. Winbladin ym. (2010, 357–358), Askildsenin ym. (2013, 225–226) ja Gangstøen ym. (2016, 374) mukaan vuodesta 2004 lähtien Norjassa lähetteen erikoissairaanhoidon saaneella potilaalla on ollut oikeus saada 30 päivässä arvio siitä, oikeuttaako hänen sairautensa yksilölliseen enimmäisodotusaikaan. Gangstøen ym. (2016, 374) mukaan Norjan prioriteettijärjestyksen mukaisesti kiireettömän erikoissairaanhoidon potilaat ennen vuotta 2015 järjestettiin kolmen prioriteettitason mukaisesti. Korkean prioriteetin potilaat saivat yksilöllisen enimmäisodotusajan, matalan prioriteetin potilaat joutuivat jonottamaan ilman enimmäisodotusaikaa. Kolmantena vaihtoehtona oli potilaan hylkäys sillä perusteella, että potilas ei ollut erikoissairaanhoidon tarpeessa.

Askildsenin ym. (2013, 225–226) ja Gangstøen ym. (2016, 374) mukaan yksilöllisen enimmäisodotusajan saamiseen vaikutti ennen vuotta 2013 kolme kriteeriä, jotka olivat sairauden vakavuusaste, hoidon odotettu teho ja hoidon kustannukset suhteutettuna odotettuun tulokseen. Ensimmäinen kriteeri täyttyi silloin, kun potilaan elinajanodote tai elämänlaatu todennäköisimmin laskee, mikäli erikoissairaanhoidon ei tarjota. Toisen kriteerin avulla puolestaan arvioitiin voiko erikoissairaanhoidon saaminen parantaa potilaan terveyden tilaa tai ainakin hidastaa tilan heikentymistä. Kolmas kriteeri korostaa kustannusten merkitystä suhteutettuna odotettuun hoidon lopputulokseen. Potilaiden osalta kaikkien kriteerien tuli täytyä, vaikka toisen kriteerin korkea pistemäärä pystyi kompensoimaan toisen kriteerin alhaista pistemäärää. Johansson ym. (2017, 346) toivat tutkimuksessaan esiin, että vuodesta 2013 lähtien prioriteettijärjestykseen vaikuttavat kriteerit on supistettu kahteen: kliiniseen tehokkuuteen ja toimenpiteen kustannustehokkuuteen, minkä lisäksi matalan prioriteetin potilailla on myös oikeus

enimmäisodotusaikaan. Muutokset tehtiin hoidon saatavuuden parantamiseksi ja priorisointijärjestyksen yksinkertaistamiseksi. Saunes ym. (2020, 44) täydentävät, että vuodesta 2015 lähtien jokainen potilas on oikeutettu saamaan hoitoa.

Askildsenin ym. (2013, 227) mukaan prioriteettijärjestyksen arvioinnin apuna käytetään kansallisia ohjeita, jotka on laatinut Norjan terveysministeriö yhdessä alueellisten terveysviranomaisten kanssa. Ohjeet sisältävät suosituksia erilaisten diagnoosien ensisijaisuudesta ja enimmäisodotusajoista. Enimmäisodotusajan varsinaisesta kokonaispituudesta kuitenkin päättää viime kädessä potilasta hoitava lääkäri. Enimmäisodotusaikaan voi ohjeiden lisäksi vaikuttaa esimerkiksi potilaan ikä tai rinnakkaisairaudet. Johansson ym. (2017, 346) tuovat esiin, että kiirettömään erikoissairaanhoidon liittyvät kansalliset ohjeet sisältävät 33 kliinistä prioriteettiohjetta sekä 556 sairaus-interventio-paria, joiden pohjalta kiirettömän erikoissairaanhoidon tarpeessa oleva potilas voi saada oikeuden palveluihin. (Johansson ym. 2017, 346.)

4.1.2.2 Potilaan asema

Enimmäisodotusaikojen ylittyessä potilaiden asemaa voidaan pitää melko heikkona kaikissa kolmessa maassa, sillä palveluntarjoajille kohdistuvat seuraamusmahdollisuudet ovat suppeat. Potilas on kuitenkin oikeutettu hakemaan hoitoa muualta enimmäisodotusaikojen ylittyessä kaikissa kolmessa maassa, ja asuinpaikan terveydenhuollon yksikkö, aluehallinto tai klinikka on maakohtaisesti velvollinen korvaamaan potilaalle aiheutuvat kustannukset kokonaan tai osaksi. Ruotsissa ja Tanskassa korvausvastuu on 100 prosenttia, mutta Norjassa korvattava summa vastaa yleensä noin 80 prosenttia potilaan kustannuksista. Nämä mahdolliset lisäkustannukset toimivat kannustimena terveydenhuollon yksiköille jonojen lyhentämiseksi. Potilaat voivat myös valittaa huonosta hoidosta tai liian pitkistä odotusajoista hallinnollisille elimille. Norjassa ja Tanskassa potilaalla on lisäksi oikeus valittaa oikeustuomioistuimelle, mikäli hän kokee oikeuksiaan rikottavan. (Winblad ym. 2010, 354, 357–358.) Vrangbæk ym. (2007, 146) havaitsivat tutkimuksessaan, että Tanskassa kiirettömän hoidon potilaista noin 15 prosenttia haki hoitoa muualta. Norjassa vastaavasti muualta hoitoa hakeneiden osuus oli sairaalapotilaiden osalta 10 prosenttia ja avohoitopotilaiden osalta jopa 20 prosenttia. Ruotsissa muualta hoitoa hakeneiden osuus oli huomattavasti pienempi.

Ennen vuotta 2010 Ruotsin hoitotakuujärjestelmästä ei ollut säädetty laissa, minkä vuoksi potilaiden asemaa ei voitu pitää yhtä hyvänä verrattuna Norjaan tai Tanskaan.

Tällöin Ruotsissa hallituksen ja aluehallintojen välinen sopimus jätti terveydenhuollon yksiköille tulkinnanvaraa, ja kaikki alueet eivät olleet sitoutuneet korvaamaan potilaalle hoitoa muualla, mikäli hoitoonpääsy viivästyi. (Winblad ym. 2010, 357–358.) Vuonna 2010 säädetyn lain tavoitteena oli vähentää potilaiden eriarvoisuutta eri puolilla maata ja siten vahvistaa potilaiden asemaa. Hoitotakuu pysyi sisällöllisesti samana kuin aiemmin, mutta muodollisesti se lisättiin terveys- ja sairaanhoitolakiin. (Winblad & Hanning 2013, 285–286.) Varsinaisesti potilaan asema ei kuitenkaan vahvistunut Winbladin ja Hanningin (2013, 285–286) mukaan, koska potilaalle ei tullut laillista oikeutta valittaa oikeuteen odotusaikojen venyessä. Itse asiassa laki muotoiltiin siten, että palveluntarjoajalla on velvollisuus potilaan oikeuksien valvomiseen potilaan itsensä sijaan. Ebbivin ym. (2021, 3) mukaan Ruotsissa erikoissairaanhoidon yksiköille voidaan myös määrätä taloudellisia seuraamuksia, mikäli yksiköt eivät pysty tarjoamaan potilaille hoitoa hoitotakuun enimmäisodotusaikojen puitteissa.

Tanskassa potilaat voivat hakea hoitoa enimmäisodotusajan ylittyessä niin julkiselta kuin yksityiseltä sektorilta terveydenhoitoyksikön kustannuksella. Myös hoidon hakeminen Tanskan ulkopuolelta on mahdollista. Palveluntarjoajaa vaihtaessaan potilaalla ei kuitenkaan ole etuoikeutta hoitoonpääsyyn verrattuna jo jonossa oleviin potilaisiin eikä potilaan matkakuluja yleensä korvata potilaalle. (Christensen & Bech 2013, 122–123.) Kozłowski ja Worthington (2015, 337) huomauttavat, etteivät läheskään kaikki potilaat Tanskassa käytä mahdollisuutta hakea hoitoa muualta varsinkaan, jos kyseessä on pienet lääketieteelliset toimenpiteet. Potilaiden jäädessä jonoon odotusajat voivatkin entisestään pidentyä.

Mikäli potilas ei saa Norjassa hoitoa hänelle annettussa enimmäisodotusajassa, potilas on oikeutettu tekemään valituksen asiasta. Valitusten määrä oli ainakin vielä vuonna 2011 vähäinen, sillä vain noin 2 200 potilasta valitti enimmäisodotusajan ylitymisestä. Valituksen jälkeen erikoissairaanhoidon yksiköllä on yleensä aikaa 14 päivää antaa potilaalle hoitoa. Mikäli yksikkö ei kykene antamaan hoitoa vielä tässäkin vaiheessa, on potilas oikeutettu hakemaan hoitoa julkiselta tai yksityiseltä puolelta kotimaasta tai ulkomailta yksikön kustannuksella. Norjan terveysministeriö onkin lisäksi perustanut erityisen yksikön auttamaan potilaita palveluntarjoajan valinnassa sekä huolehtimaan siitä, että uusi palveluntarjoaja saa korvauksen antamastaan hoidosta. (Askildsen ym. 2013, 225.)

Winblad ym. (2010, 357–358) argumentoivat, että matalan prioriteetin potilaiden aseman voidaan nähdä heikkenevän Norjassa, koska vain korkean prioriteetin potilaat

voivat saada enimmäisodotusajan hoitoonpääsylleen. Lisäksi Askildsen ym. (2011, 968) havaitsivat tutkimuksessaan, että vaikeista sairauksista kärsivät potilaat saavat liian alhaisen prioriteetin. Johansson ym. (2017, 346) nostavat esiin, että uuden ohjeistuksen myötä (muutos tapahtui vuonna 2013) alhaisen prioriteetin potilaiden asema onkin parantunut, sillä nyt heilläkin on oikeus enimmäisodotusaikaan. Winblad ym. (2010, 357–358) puolestaan huomauttavat, että lisäksi Norjassa potilaan tulee aktiivisesti valvoa odotusaikansa toteutumista, sillä sairaala ei ole velvollinen ilmoittamaan potilaalle odotusaikojen ylittämistä. Toisaalta Norjan hoitotakuujärjestelmän hyvänä puolena voidaan nähdä se, että asetut odotusajat ovat voimassa koko hoitoprosessin ajan.

4.1.2.3 *Vastuualueet potilaiden hoitoonpääsyn valvonnassa*

Potilaan tulee olla tietoinen oikeuksistaan, jotta hän voi käyttää oikeuksiaan. Kaikissa kolmessa maassa hoitotakuusäädösten tiedottaminen on annettu aluehallintojen vastuulle, ja potilaan apuna on maakohtaisesti erilaisia virastoja auttamassa vaihtoehtoisen terveydenhuollon yksikön valinnassa. Terveydenhuollon yksiköt ovat usein velvollisia hoitoprosessin nopeuttamiseksi antamaan potilaalle tietoja odotusajoista. Ei kuitenkaan ole selvää, minkälainen rooli esimerkiksi lääkäreillä on potilaiden tietoisuuden parantamisessa. (Winblad ym. 2010, 358.) Vrangbæk ym. (2007, 146, 148) havaitsivat tutkimuksessaan, että Norjassa 69 prosenttia potilaista oli tietoisia mahdollisuudesta hakea hoitoa muualta, mutta Ruotsissa vain joka toinen potilas oli tietoinen tästä mahdollisuudesta. Toisaalta myös hoidon laatu voi vaikuttaa potilaiden haluun hakea hoitoa muualta, minkä vuoksi kaikissa kolmessa maassa on perustettu laaturekistereitä.

Terveydenhuollon yksiköiden tulee raportoida hoitoonpääsy tietoja kansallisille virastoille säännöllisin väliajoin. Raportoidut tiedot pidetään julkisina. (Winblad ym. 2010, 358.) Vrangbæk ym. (2007, 147–148) täydentävät, että kaikissa kolmessa maassa on käytössä julkiset verkkosivut, joissa julkaistaan tilastoja odotusajoista erikoisalakohtaisesti sekä arvioita hoitoonpääsystä. Tanskassa valtakunnallinen terveyslautakunta tuottaa analyyseja ja raportteja odotusajoista (Christensen & Bech 2013, 120). Askildsenin ym. (2013, 227) mukaan odotusaikatilanteet raportoidaan aggregaattitasolla.

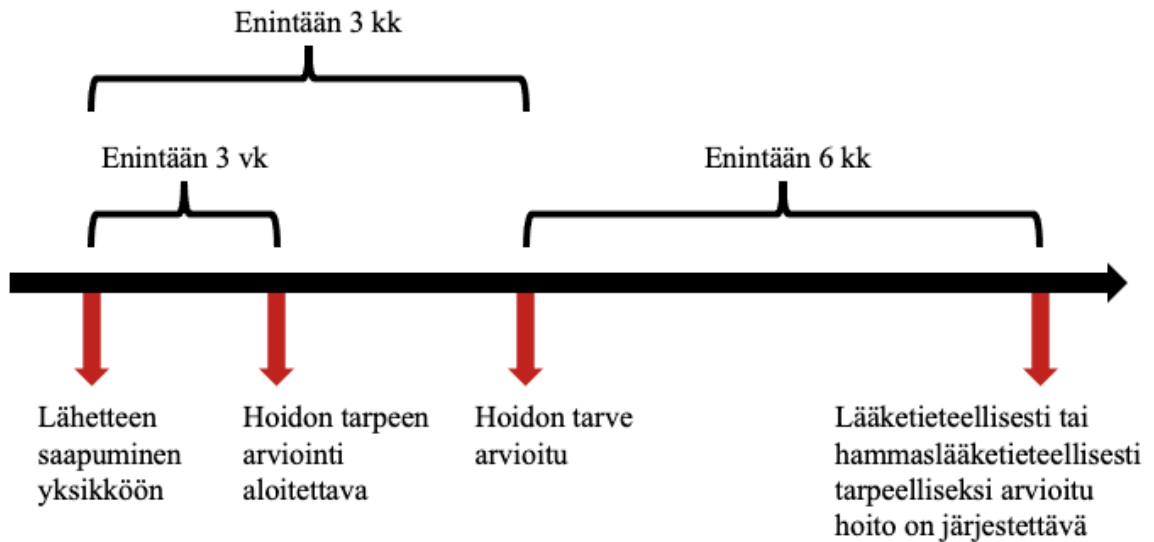
Winbladin ja Hanningin (2013, 282) mukaan Ruotsissa kehitettiin ja julkaistiin vuonna 2000 valtakunnallinen tietokanta (*statistikdatabas*, ks. socialstyrelsen 2022), johon kerätään hoitoonpääsy tietoja. Tietokannan tarkoituksena on tasapainottaa hoidon kysyntää ja tarjontaa siten, että potilaan ja lääkärin tieto odotusajoista paranee. Sittenmin

tietokantaa on jatkuvasti kehitetty, jotta voitaisiin mitata paremmin todellisia odotusaikoja. Vuonna 2012 tietokantaan kerättiin kiireettömän erikoissairaanhoidon kannalta merkittäviä mittauskohteita esimerkiksi odotusajoista potilaan ensimmäiseen tapaamiseen erikoislääkärin kanssa ja lähetteen saamisesta hoidon alkamiseen. Mitattavia odotusaikoja ovat absoluuttiset luvut kaikista jonossa olevista potilaista, lääketieteellisten syiden takia jonossa olevista potilaista, omasta päätöksestään jonossa olevista potilaista sekä prosentuaalinen osuus potilaista, jotka ovat odottaneet pidempään kuin 60 päivää ja 90 päivää.

4.1.3 Suomen hoitotakuujärjestelmä

Hoitotakuu astui Suomessa voimaan maaliskuussa 2005 (Manderbacka ym. 2015, 514). Suomen hoitotakuujärjestelmä koskee lähinnä kiireetöntä hoitoa, sillä terveydenhuoltolain (1326/2010) 50 §:n mukaan potilaan on päästävä kiireellisissä tapauksissa hoitoon heti asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellinen hoito määritellään tarkoittavan äkillistä sairastumista, vammaa, pitkäaikaissairauden vaikeutumista tai toimintakyvyn alenemista, mikä edellyttää arviota ja hoitoa, jota ei voi siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Hoitotakuun enimmäisodotusajat pohjautuvat terveydenhuoltolain (1326/2010) kuudenteen lukuun ja tarkemmin 51–53 §:ssä säädetään hoitotakuun kannalta merkittävistä hoitoon pääsyn määräajoista.

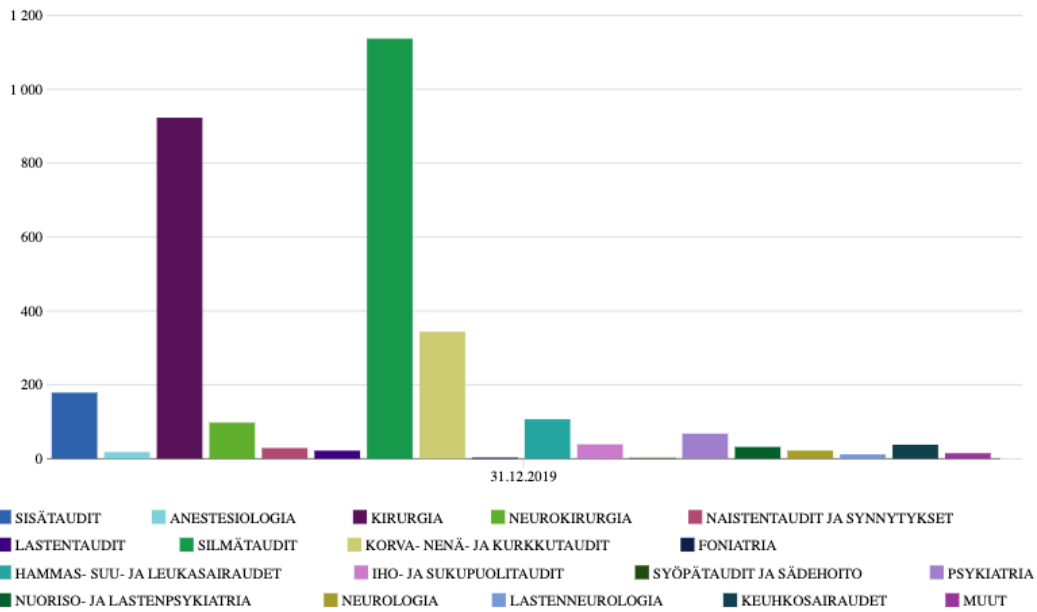
Terveydenhuoltolain (TervHL) 51 § käsittelee perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä, jolloin hoitotarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyttä. Hoitotarpeen arvioinnin jälkeen perusterveydenhuollon enimmäisodotusaika on kolme kuukautta. Poikkeuksena on perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon tapaukset, joissa hoitotarpeen arviointi tulee aloittaa viimeistään kolmessa viikossa lähetteen saamisesta. Myös hoitotarpeen arvioinnin jälkeinen enimmäisodotusaika poikkeaa perusterveydenhuollossa toteutettavissa erikoissairaanhoidon sekä suun terveydenhuollon tapauksissa, sillä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää enintään kolmella lisäkuukaudella lääketieteellisesti tai hoidollisesti perustelluin syin vaarantamatta potilaan terveydentilaa. Tämän tutkimuksen kannalta merkittävimmät säännökset löytyvät TervHL 52 §:ssä säädetystä sisällöstä, jossa käsitellään erikoissairaanhoidon pääsyä (kuvio 3).



Kuvio 3 Terveystieteellisen mukaiset hoitoon pääsyn enimmäisajat erikoissairaanhoidossa (mukailen Häkkinen 2012, 13)

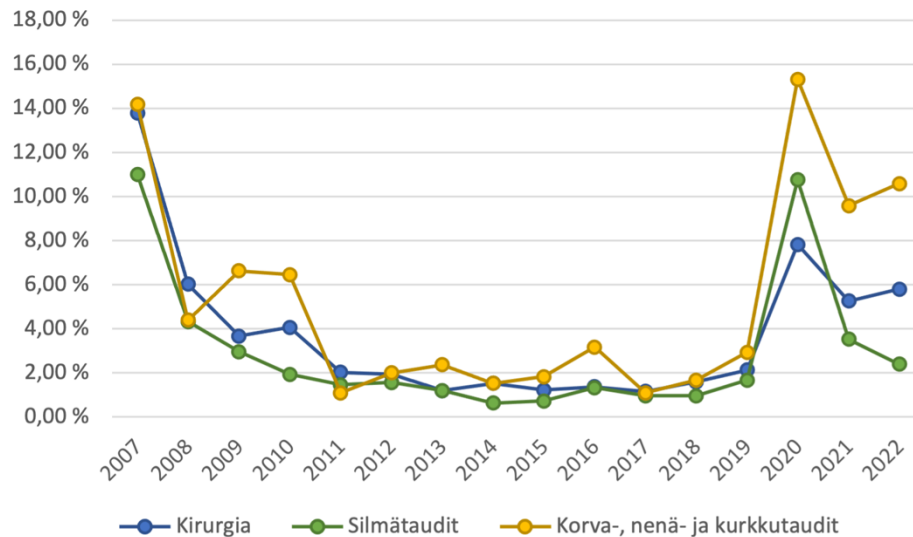
TervHL 52 §:n perustuen hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Tilanteissa, joissa hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, arviointi ja tarvittavat tutkimukset on puolestaan toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. TervHL 53 § käsittelee lasten ja nuorten hoitoon pääsyä mielenterveyspalveluissa.

Kun kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköiden odotusaikoja tarkastellaan tarkemmin, voidaan huomata, että monilla eri erikoissairaanhoidon erikoisaloilla on ollut vaikeuksia pysyä enimmäisodotusajoissa (kuvio 4).



Kuvio 4 Erikoissairaanhoidon hoitopääsy erikoisaloittain 31.12.2019 (THL Tiivistelmä 2022b)

Kuviota 4 tarkasteltaessa voidaan havaita, että ennen koronapandemian alkamista (31.12.2019) silmätautiin, kirurgian sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla on ollut eniten yli puoli vuotta odottaneita potilaita. Lisäksi voidaan havaita, että esimerkiksi syöpähoitoihin potilaiden ei yleensä tarvitse odottaa pitkään. Kuviosta 5 puolestaan selviää silmätautiin, kirurgian sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalojen yli enimmäisodotusajan odottaneiden potilaiden prosentuaalinen osuus kaikista hoitoa saaneista potilaista vuosina 2007–2022.



Kuvio 5 Yli 180 vrk hoitoa odottaneiden potilaiden prosentuaaliset osuudet kaikista potilaista kirurgian, silmätautien sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisaloilla (THL Tiivistelmä 2022c)

Kuviosta 5 voidaan havaita, että vuonna 2007, joka on ensimmäinen aineiston seurantavuosi, odotusajat ovat olleet keskimäärin varsin korkeat näillä kolmella aiemmin mainitulla erikoisalalla. Vuoden 2010 jälkeen potilaiden odotusajat ovat lyhentyneet siinä määrin, että jokaisella erikoisalalla yli enimmäisodotusajan odottaneita potilaita kokonaismäärästä on keskimäärin noin kaksi prosenttia, pois lukien korva-, nenä- ja kurkkutautien muutamat poikkeukset. Vuonna 2019 erikoisalojen odotusaikakuvaajat osoittavat kevyesti ylöspäin, mutta koronapandemian alkamisen jälkeen yli enimmäisodotusajan odottaneiden potilaiden osuus on räjähdysmäisesti kasvanut.

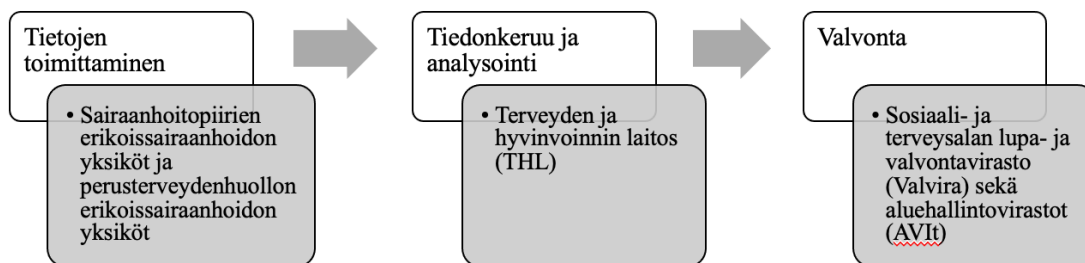
Huomioitavaa on kuitenkin se, että valmiuslain (1552/2011) 88 §:n mukaan kunnat voivat luopua terveydenhuoltolaissa säädettyjen kiirettömän hoidon määräajoista, mikäli se on välttämätöntä kiireellisen hoidon järjestämiseksi. Koronapandemian aikana valmiuslakia onkin sovellettu keväinä 2020 ja 2021, jotta sairaanhoidon resurssit riittäisivät kiireelliseen sairaanhoitoon. Tämä on osaltaan myös vaikuttanut kiireettömien erikoissairanhoidon jonojen syntymiseen, minkä vuoksi tämänhetkiset kiirettömän erikoissairanhoidon jonot eivät ole vertailukelpoiset aiempiin vuosiin. (Valtioneuvosto, 2021.)

Jonsson ym. (2013, 145–146) kuvailevat Suomen hoitotakuujärjestelmää konservatiiviseksi verrattuna muihin hoitotakuuta käyttäviin maihin. Konservatiiviseksi Suomen hoitotakuujärjestelmän tekee se, että enimmäisodotusaika on huomattavan pitkä. Pitkät odotusajat luovat myös ongelman, sillä määräajoissa pysymistä pidetään usein

onnistumisena, vaikka määrättyt rajat todellisuudessa määrittelevät vain suorituskyvyn minimitason. Ainakin teoriassa konservatiiviset enimmäisodotusajat voidaan nähdä haitallisena terveydenhuollon saatavuuden kannalta.

4.1.3.1 Tiedonkeruu, analysointi ja valvonta

Tässä luvussa tarkastellaan Suomen hoitotakuujärjestelmän toimintaa ja eri toimijoiden vastuualueita. Hoitotakuuprosessista voidaan tunnistaa kolme eri vaihetta ja eri toimijoiden vastuualuetta. Sairaanhoidopiirien vastuulla on tietojen toimittaminen ja THL:n vastuulla on tiedonkeruu ja analysointi. Valvovina viranomaisina toimivat sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintavirastot (AVI) (kuvio 6).



Kuvio 6 Hoitotakuuprosessista vastaavat tahot

TervHL 55 §:n mukaan kunnan ja sairaanhoidopiirin kuntayhtymän on julkaistava tiedot internetissä 51–53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein. Nykyään sairaanhoidopiirien erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden tulee puolestaan toimittaa hoitotakuutiedot THL:lle vuoden jokaisen kuukauden viimeisen päivän tilanteen mukaisesti. Ennen vuotta 2021 tiedot kerättiin kolmesti vuodessa: 30.4., 31.8. ja 31.12. (THL Tilastoraportti 1/2021, 10.)

Erikoissairaanhoidon hoitotakuutietojen toimittaminen THL:lle perustuu terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (668/2008) annetun lain 2 §:ään, jonka mukaan THL toimii tilastoviranomaisena. THL toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisena, mutta kuitenkin itsenäisenä tutkimuslaitoksena, jonka tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, ehkäistä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia sekä kehittää sosiaali- ja terveyshuoltoa ja sen palveluita keräämällä, tutkimalla ja seuraamalla tietoaaineistoja. THL:n pääasiallisena tehtävänä on muun muassa tuottaa tietoaaineistoja, joiden pohjalta muut sidosryhmät voivat tehdä päätöksiä.

Tietojen toimittamisessa noudatetaan THL Tilastoraportin (1/2021, 11) mukaan THL:n laatimaa *erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen seurannan ohjeistusta 2013*, jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen kirjaamista ja poimimista. Häkkisen (2012, 20) mukaan ohjeistus kattaa kerättävän tiedon sisällön, luokitukset, käsitelmääritykset ja poiminnan ohjeistuksen. Erikoissairaanhoidon yksiköt poimivat tiedot tietojärjestelmistään ja toimittavat ne THL:lle sähköpostitse joko Excel-tai csv-muodossa. THL:ssa tietojenkäsittely on automatisoitu, minkä vuoksi on tärkeää, että Excel-lomakkeet pidetään vakiomuotoisina ja nimetään oikein.

Häkkisen (2012, 8) mukaan hoitotakuutietojen raportoimisen tarkoituksena on vastata lain asettamiin määräyksiin, toimia suorituskyvyn mittarina, tuottaa tietoa tutkimukseen ja päätöksentekoon, kerätä kansallisia ja kansainvälisiä tilastoja sekä tuottaa potilaalle tietoa kiireettömän hoitopaikan valitsemiseksi terveydenhuollonlain 47–48 §:n mukaisesti. Toimittavien tietojen oikeellisuutta pyritään seuraamaan yhdessä sairaanhoitopiirien, perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidoyksikköjen sekä tietojärjestelmätoimittajien ja tarvittaessa myös valvovien viranomaisten kanssa (THL Tilastoraportti 1/2021, 11).

THL toimii hoitotakuujärjestelmässä erityissairaanhoidolain (1062/1989) 5 §:n nojalla erikoissairaanhoidon asiantuntijalaitoksena, jonka vastuualueena on tuottaa valvontaviranomaisille tarvittavat tiedot erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietoista. THL kerää tiedot 20:stä sairaanhoitopiiristä ja 15:stä perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköstä. THL julkaisee kerätyistä tiedoista sähköiset tilastoraportit (kuutiot) kerran kuussa ja tiivistelmäraportit kolmesti vuodessa. THL esittää tiedot absoluuttisina lukuina, mediaanina, prosentteina ja väestöön suhteutettuna. (THL Tilastoraportti 1/2021, 10–11.) Häkkisen (2012, 6) mukaan THL:n julkaisemat tiivisteet esittävät havainnollistaen ja nopeasti tärkeimmät hoitopääsytiedot kuvioina. Tiivisteiden avulla pystytään seuraamaan hoitopääsytietojen kehitystä vertaillen erikoissairaanhoidonaloja niin alueellisesti kuin kansallisestikin. Tiivisteisiin verrattuna kuutiot puolestaan mahdollistavat tietojen monipuolisemman ja syvällisemmän tarkastelun. Tietojen kattavuudessa THL pyrkii 100 prosenttiin ja toimii yhdessä valvontaviranomaisten kanssa, jotta tietojen kattavuus varmistetaan. Kuten on jo aiemmin esitetty, tietojärjestelmät ovat vaikuttaneet tietojen oikeudellisuuteen (THL Tilastoraportti 1/2021, 12).

Erikoissairaanhoidolain (ESHL) 5 §:n mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu kuuluu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle. Aluehallintovirastot ohjaavat ja valvovat

kansanterveyttä omilla toimialueillaan. Valvira toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisena viranomaisena, joka ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa. Toiminnanohjaukseen kuuluu muun muassa toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistaminen kansanterveystyön ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo seuraavia kansanterveystyön asioita:

- periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat.
- usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat.
- asiat, jotka liittyvät Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastossa käsiteltävään terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan.
- asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

THL:n Tilastoraportin 1/2021 (2021, 10) mukaan hoitoonpääsyn valvovina viranomaisina toimivat sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja aluehallintavirastot (AVI). Valviran (2021) verkkosivujen mukaan erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyn valvonta kuuluu pelkästään Valviralle. Jormanaisen (haastattelu 8.2.2020) mukaan AVI:t kuitenkin vastaavat yksittäisistä kanteluista myös erikoissairaanhoidon valvonnassa. Valviran (2020, 7) mukaan erikoissairaanhoidolle ei ole tuleville vuosille laadittu omaa valvontaohjelmaa, vaikka valvontaa onkin määrää harjoittaa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2021, 4) on ehdottanut, että tulevaisuudessa tultaisiin perustamaan valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto. Valtakunnalliseen valvontavirastoon kuuluisi nykyisen Valviran tehtävät sekä aluehallintovirastojen peruspalvelut, oikeusturva ja luvat (= POL) -vastuualueen tehtävät siltä osin kuin STM ohjaa niitä.

Valvontaviranomaisten, Valviran ja aluehallinnoiden, mahdolliset seuraamuskeinot hoitoviivetilanteissa perustuvat kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoidolakiin. Kummassakin laissa säädetään hyvin pitkälti samoista aiheista, mutta, koska kansanterveyslakia sovelletaan lähtökohtaisesti perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidolaki on tämän tutkimuksen kannalta relevantimpi.

Mikäli erikoissairaanhoidon yksikkö tai perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksikkö ei ole kyennyt noudattamaan terveydenhuoltolain määräämiä hoitoon pääsyn enimmäisaikoja, Valvira tai aluehallintovirasto voi antaa ESHL 52 §:n nojalla määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Määräystä

annettaessa on annettava määräaika, johon mennessä puute tai epäkohta on korjattava. Lisäksi Valvira tai AVI voi vedota määräyksen toteuttamiseen sakon tai toiminnan keskeyttämisen uhalla. ESHL 53 §:n mukaan, mikäli erikoissairaanhoidon ohjauksen ja valvonnan yhteydessä todetaan, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on tämän lain tai terveydenhuoltolain mukaista toimintaa järjestäessään tai toteuttaessaan menetellyt virheellisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä, Valvira tai aluehallintovirasto voi antaa kuntayhtymälle tai virheellisestä toiminnasta vastuussa olevalle viran- tai toimenhaltijalle huomautuksen vastaisen varalle. Jos asia ei anna aihetta huomautukseen tai muihin toimenpiteisiin, valvontaviranomainen voi kiinnittää valvottavan huomion toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.

Lisäksi laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 10 § takaa potilaalle oikeuden tehdä muistutus, esimerkiksi hoitoviiveestä, terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 10a §:n mukaan hoitoon tai siihen liittyvään kohteluun tyytymätön potilas voi myös halutessaan tehdä kantelun Valviralle tai aluehallintovirastolle (HE 186/2014 vp., 34).

Sicilianin ym. (2013a, 55) mukaan hoitotakuujärjestelmät, joihin sisältyy mahdollisuus seuraamusten saamisesta, ovat usein tehokkaampia kuin sanktiottomat hoitotakuujärjestelmät. Jonssonin ym. (2013, 141) mukaan Valvira antoi vuoteen 2012 mennessä sairaanhoitopiireille yli 30 parannusmääräystä, joista yhdeksän sisälsi uhkasakon. Lisäksi aluehallintovirastot olivat antaneet muutamia määräyksiä, joista osa sisälsi uhkasakon. Yksikään sairaanhoitopiiri ei kuitenkaan vielä tällöin joutunut maksamaan uhkasakkoja hoitotakuun enimmäisodotusaikojen ylittämisen vuoksi. Usein odotusajat kuitenkin uudelleen pitkittyivät sairaanhoitopiireissä uhkasakon poistamisen jälkeen, minkä vuoksi Valvira on vuodesta 2010 lähtien vaatinut sairaanhoitopiireiltä vakaata yhtäjaksoista tilannetta peräkkäisten tarkastelujaksojen ajan.

Jonssonin ym. (2013, 140, 146) mukaan Suomessa yli enimmäisodotusajan jonottaneiden kiireettömän erikoissairaanhoidon potilaiden määrä on laskenut huomattavasti. Vuonna 2002, ennen hoitotakuujärjestelmän käyttöönottoa, enimmäisodotusajan ylittäneitä kiireettömän erikoissairaanhoidon potilaita oli 126 per 10 000 asukasta kohti. Vuonna 2005 hoitotakuun käyttöönoton jälkeen potilaita oli vastaavassa tilanteessa 66 per 10 000 asukasta kohti, ja vuonna 2010 luku oli enää 5 per 10 000 asukasta kohti. Valvontatoimenpiteet johtavakin usein tapauskohtaisiin toimenpiteisiin, jotta sairaanhoitopiiri välttää mahdolliset seuraamukset. On kuitenkin

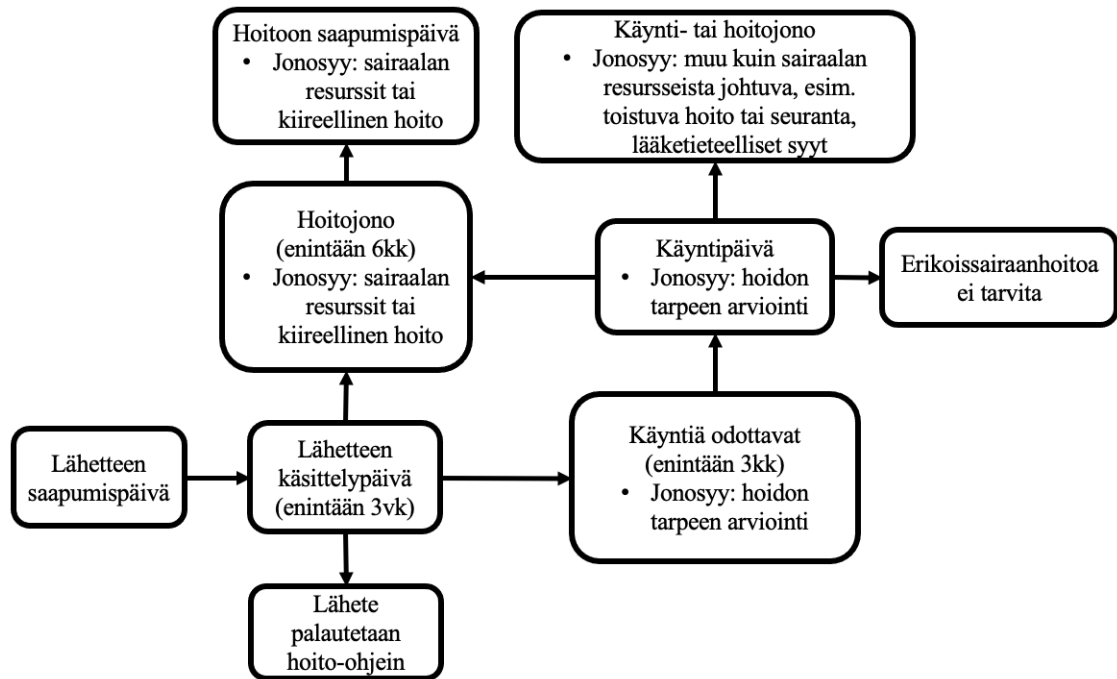
yhä epäselvää, ovatko seuraamustoimenpiteet tehostaneet odotusajoissa pysymistä pitkällä aikavälillä. Luultavasti jatkuva jonojen, odotusaikojen ja terveydenhuollon yksiköiden seuranta on parantanut ainakin viranomaisten tietoisuutta hoitopääsyn ongelmakohdista sekä tehostanut seurantaa.

4.1.3.2 Kerättävät tiedot

Hoitotakuun voimaan astumisesta lähtien erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietoja on kerätty. Nykymuotoinen tiedonkeruu on alkanut vuonna 2007. Tosin tietosisältöön on tehty useita tarkennuksia. Perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksiköiden tietoja puolestaan on alettu kerätä vähitellen vuodesta 2008. Suurimpana muutoksena on vuonna 2013 tehty tietosisältömuutos, jonka ansiosta kerättävät tiedot tukevat paremmin terveydenhuoltolain erikoissairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsyn muutoksia ja yhdenmukaistavat tietojen poimintaa. Muutoksen myötä uutena tietosisältönä aloitettiin keräämään tietoja muun muassa jonosyyluokista, jonotusajasta hoidon arviointiin ja yleisemmistä hoitojonoryhmistä. Muutoksen takia ennen vuotta 2013 kerätyt tiedot eivät ole vertailukelpoisia nykytietoihin. (THL Tilastoraportti 1/2021, 11–12.)

Kaikista erikoissairaanhoidon yksiköistä kerätään samat standardoidut tiedot käyttäen *Hilmo – Terveystietojärjestelmän erikoissalajat* -luokitus pohjaista erikoissalajaottelua. Hoitoa odottavista käytetään lisäksi jonoryhmäkohtaista jaottelua. Kerättäviin tietoihin sisältyvät hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia odottavat potilaat, minkä lisäksi jonoryhmäkohtaista tietoa kerätään toteutuneista hoidoista kumulatiivisesti vuoden alun ja poikkileikkauspäivän välisestä ajankohdasta. Tietoja kerätään myös kumulatiivisesti läheteiden käsittelyajoista. (THL Tilastoraportti 1/2021, 12–13.)

Hoitopääsyn seuranta perustuu palvelutapahtumien seurantaan. Palvelutapahtuma on palvelujen antajan ja potilaan välisesti järjestetty ja toteutettu yksittäinen palvelu. Tietosisältö puolestaan muodostuu seurantapisteistä ja palvelutapahtumista sekä niiden välisten odotusaikojen seurannasta (kuvio 7). (Häkkinen 2012, 11–13.)



Kuvio 7 Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn seurantapistteet (mukailten Häkkinen 2012, 12)

Yleisesti tietosisällöstä voidaan tunnistaa yhteensä kuusi eri seurantapistettä: lähetteen saapumispäivämäärä, lähetteen käsittelypäivämäärä, käynnin varauspäivämäärä, ajanvarauksen käyntipäivämäärä, potilaan hoitojonoon asettumispäivämäärä ja ensimmäisen palvelutapahtuman alkupäivämäärä tai hoidon toteutumisen päivämäärä. Odotusajat puolestaan muodostuvat kahden seurantapisteen väliltä mitatusta ajasta, kuten esimerkiksi lähetteen käsittelypäivämäärän ja saapumispäivämäärän välisestä erotuksesta. Kuvio 7 voidaan huomata, että lähetteen käsittelyn jälkeen hoitoonpääsy muodostuu kolmesta skenaariosta (Häkkinen 2012, 12.):

- Hoidontarpeen arviointi lähetteen perusteella, lähete hyväksytään.
- Hoidontarpeen arviointi lähetteen perusteella, lähete palautetaan.
- Hoidontarpeen arviointi ajanvaurauskäynnin perusteella.

Ensimmäisessä skenaariossa tietosisällön kannalta merkittäviä seurantapistettä ovat lähetteen saapumis- ja käsittelypäivämäärät, jonoon asettumispäivämäärä sekä ensimmäisen palvelutapahtuman alkupäivämäärä. Toiseen skenaarioon puolestaan sisältyy lähetteen saapumis- ja käsittelypäivämäärät, kun taas kolmas skenaario sisältää kaikki seurantapistteet. (Häkkinen 2012, 11–12.)

Hoitotakuun seurantaan tehdään meneillään olevien palvelutapahtumien ja laskentahetken aikaväliltä, jolloin pystytään tutkimaan ovatko odotusajat lain mukaisia. Lisäksi jonoryhmien ja läheteiden osalta seurataan vuoden alusta kumulatiivisesti toteumatietoja, kun taas toteutuneiden hoitotapahtumien odotusaikoja seurataan kerran vuodessa terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteritietojen pohjalta.

Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsytiedot koostuvat valtakunnallisista yhdenmukaisista luokituksista ja koodistoista. Käsitesisältöjen ja poimintaohjelmien tulee olla yhdenmukaisia, jotta tietosisältö on helppokäyttöistä. (Häkkinen 2012, 8) THL:lle toimitettavat tiedot poimitaan erityisaloittain käyttäen jonoryhmäluokitusta. Koodeja on muun muassa erikoisaloille, jonoryhmille, toimenpiteille sekä jonottamisen syille. Jonottamisen syistä erityisesti koodit ”0: sairaalan resurssit” ja ”A: hoidon tarpeen arviointi” ovat hoitoonpääsyn mittaamisen kannalta merkittäviä. Jonoryhmät puolestaan kuvaavat yleisimpiä kiireettömiä leikkausryhmiä ja yleisimpiä konservatiivisia jonoryhmiä. (Häkkinen 2012, 11–16.)

THL on asettanut lainsäädännön mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettäville tietojärjestelmille kansallisesti yhtenäisiä vähimmäisvaatimuksia olennaisten toiminnallisuuksien ja tietoturvallisuusvaatimusten yhdenmukaistamiseksi. Nämä vähimmäisvaatimukset jaetaan kolmeen ryhmään: toiminnalliset vaatimukset, yhteentoimivuusvaatimukset ja tietoturvallisuusvaatimukset. Toiminnalliset vaatimukset sisältävät tietojärjestelmissä toteutettavat tietosisällöt ja toiminnot. Yhteentoimivuusvaatimukset puolestaan kattavat esimerkiksi Kanta-palveluiden ja muiden niihin liittyvien järjestelmien yhdessä toimimisen. Tietoturvallisuuden auditoinnin avulla varmistetaan, että tietojärjestelmät täyttävät THL:n määräysten mukaiset tietoturvallisuuden vähimmäisvaatimukset. (THL 2022.) Valvira (2022) valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn tarkoitettujen tietojärjestelmien olennaisten vaatimusten toteutumista. Tietojärjestelmän tulee täyttää vähimmäisvaatimukset ennen kuin se voidaan ottaa käyttöön.

THL:n julkaisemista Tilastoraporteista (1/2016; 1/2017; 3/2018; 6/2019; 7/2020; 38/2020; 1/2021) selviää, että erikoissairaanhoidon yksiköillä on ollut monenlaisia haasteita hoitoonpääsytietojen toimittamisessa. Tietojärjestelmien puutteet tai viat ovat aiheuttaneet ongelmia hoitoonpääsytietojen saatavuuteen, yhtenäisyyteen ja oikeellisuuteen (taulukko 3).

Taulukko 3 Erikoissairaanhoidon yksiköiden haasteita hoitopääsytietojen toimittamisessa (THL Tilastoraportti (1/2016; 1/2017; 3/2018; 6/2019; 7/2020; 38/2020; 1/2021))

Vuosi	Esiintynyt haaste
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Haasteet mukautua vuoden 2013 tietosisällön muutokseen. Haasteita odottavien potilaiden raportoinnissa. • Etelä-Savon sairaanhoitopiirillä ongelmia raportoida hoitotarpeen arviointia odottavien potilaiden tietoja. • Vuosina 2015–2018 HUS käytti virheellistä kirjaamistapaa hoidontarpeen arvioinnista odottavista potilaista.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä ongelmia raportoida hoitoa odottavien jonoryhmiä. • Lapin ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit uudistivat hoitotakuupoimintasääntöjään → lähetetiedot eivät täysin vertailukelpoisin aiempiin.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Kainuun sote-kuntayhtymässä käyttöön otettu potilastietojärjestelmä oli tilastollisilta toiminnoiltaan puutteellinen.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjelmistovirhe Lifecare-potilastietojärjestelmässä vaikutti tietojen oikeellisuuteen kahdeksassa sairaanhoitopiirissä.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Kymenlaakson sairaanhoitopiirin raportoidut tiedot voivat olla virheellisiä sen vuoksi, että potilaita on automaattisesti poistunut jonosta ensimmäisen kontaktin jälkeen, vaikka kontaktin ei olisi pitänyt katkaista jonotusaikaa. • HUS:n potilastietojärjestelmä Apotin käyttöönoton myötä huomattiin erikoissairaanhoidon hoitopääsytiedoissa puutteita.

THL:n Tilastoraporteista (1/2016, 7; 1/2017, 7; 1/2021, 11–12) selviää, että sairaanhoitopiirien käytössä olleilla tietojärjestelmillä on kestänyt useita vuosia mukautua vuoden 2013 tietosisällön muutoksiin, ja vielä tänä päivänäkään kaikki palveluiden tarjoajat eivät pysty raportoimaan kaikkia vaadittuja tietoja. THL:n Tilastoraportista (1/2016, 7) selviää, että vuonna 2015 useat sairaanhoitopiirit eivät kyenneet raportoimaan kaikkia seurantaan kuuluvia hoitoa odottavia potilaita, koska tietojärjestelmät eivät vieläkään tukeneet tietosisällön muutosta. Lisäksi Etelä-Savon sairaanhoitopiiri ei vuonna 2015 kyennyt raportoimaan ollenkaan hoidontarpeen arviointia odottavien

potilaiden tietoja johtuen käytössä olleen tietojärjestelmän puutteista (THL Tilastoraportti 1/2016, 7.) THL:n Tilastoraportista (1/2017, 7) käy puolestaan ilmi, että vuoden 2016 lopussa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä oli ongelmia raportoida hoitoa odottavien jonoryhmiä.

Toinen tiedon laatuun vaikuttava haaste on, että sairaanhoitopiireissä tehdyt hoitotakuusääntöjen määrittelyt ovat vaikuttaneet tietojen vertailukelpoisuuteen. Esimerkiksi THL:n Tilastoraportista (3/2018, 7) selviää, että Lapin ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit uudistivat hoitotakuupoimintasääntöjään vuonna 2016, minkä vuoksi lähetetiedot eivät ole enää täysin vertailukelpoisin aiempiin. Vuosina 2015–2018 HUS:n tulkinta hoidontarpeen arvioinnista puolestaan oli, että hoidon tarpeen arviointi tehdään lähtökohtaisesti lähetteen pohjalta eikä hoitotarpeen arviointiin liittyviä käyntejä tarvita. Tästä syystä hoidon tarpeen arviointia odottavien kokonaislukumäärät voivat vaikuttaa todellista lukumäärää huomattavasti pienemmiltä. (THL Tilastoraportti 1/2016; 7; 1/2017, 6; 3/2018, 7; 6/2019, 9.)

Vuonna 2019 tietojen oikeellisuutta on haitannut Lifecare-potilastietojärjestelmässä ollut ohjelmistovirhe, jonka vuoksi raportoidut tiedot hoitoa odottavien lukumäärästä ja odotusajasta olivat virheellisiä. Virhe ilmeni kahdeksassa sairaanhoitopiirissä ja useissa terveyskeskuksien erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tiedot saatiin oikaistua vasta vuoden 2019 lopussa, mutta oikaisua ei tehty aiemmin julkaistuihin raportteihin. Tämän takia raporttien vertailu ei välttämättä anna oikeata kuvaa tiedoista.

THL:n tilastoraportista (1/2021, 12–13) selviää, että Kymenlaakson sairaanhoitopiirin tiedot vuodelta 2020 saattavat olla virheellisiä, koska potilas on automaattisesti poistunut jonosta ensimmäisen kontaktin jälkeen, vaikka kontaktin ei olisi pitänyt katkaista odotusaikaa. Myös tietojärjestelmien käyttöönotot ovat aiheuttaneet ongelmia hoitoonpääsytietojen raportoinnissa. THL:n Tilastoraportista (3/2018, 7) käy ilmi, että Kainuun sote-kuntayhtymässä käyttöönotettu potilastietojärjestelmä oli tilastollisilta toiminnoiltaan puutteellinen. HUS:n potilastietojärjestelmä Apotin käyttöönoton myötä on puolestaan huomattu erikoissairaanhoidon hoitoonpääsytiedoissa puutteita. Elokuussa 2020 hoitoa odottavien potilaiden listalta puuttui 551 potilasta ja hoitotarpeen arviointia odottavien listalta 223 potilasta siksi, että he olivat saaneet ajan ilman Apottiin tehtävää kirjausta. Toinen huomattava virhe raportoitavissa tiedoissa oli 520 potilasta, joiden toimenpide oli peruutettu, mutta potilas oli silti virheellisesti yhä Apotin hoitojonossa. (THL Tilastoraportti 7/2020, 10; 38/2020, 11.)

4.2 Odotusaikatietojen mittaaminen ja kansainvälinen vertailu

Sicilianin ym. (2013b, 34) mukaan odotusaikatiedot raportoidaan usein joko toimenpidekohtaisesti (esimerkiksi kaihi- tai lonkkaleikkaus), erikoisaloittain (esimerkiksi ortopedia) tai kaikki kiireettömän erikoissairaanhoidon potilaat huomioiden. Nykyään odotusaikatietoja kerätään usein myös kiireellisen hoidon, kuten syöpäsairauksien, osalta. Mitattavat tiedot ilmoitetaan yleensä joko hoidettuina potilaina tietyltä aikaväliltä, kuten kuukaudelta tai vuosineljännekseltä, tai käytössä on niin sanottu leikkauspäivä, joka ilmoittaa kaikki sillä hetkellä jonossa olevat potilaat. Vibergin ym. (2013, 55–56) mukaan kiireettömän erikoissairaanhoidon leikkausten odotusaikojen raportoinnissa on olemassa kolme erilaista tyyppiä. Ensimmäinen raportointityyppi on potilaiden toteutunut odotus, joka luo katsauksen jo hoitoa saaneiden potilaiden odotusaikoihin. Toinen raportointityyppi pitää sisällään tällä hetkellä jonossa olevien potilaiden odotusajat, kun taas kolmas raportointityyppi antaa ennusteen odotusajasta uusille potilaille.

Siciliani ym. (2013b, 34) esittävätkin, että vaikka ensimmäinen raportointityyppi mittaa potilaan koko odotusajan, se ei anna ajankohtaista kuvaa jonotustilanteesta. Toinen raportointityyppi puolestaan antaa tietyllä tapaa puutteellisen kuvan potilaan odotusajasta, koska potilaan odotus ei ole vielä raportoidessa päättynyt. Sicilianin ym. (2014, 302) mukaan vielä jonossa olevat potilaat antavat kattavan kuvan päättäjille enimmäisodotusajoissa pysymisestä. Jo hoidettujen potilaiden odotusaikojen raportointi tuottaa puolestaan potilaille ja yleisölle hyödyllistä tietoa, sillä potilaat ovat usein kiinnostuneita todennäköisestä odotusajasta.

Kreindlerin (2010, 24) mukaan odotusaikojä voidaan mitata ja tilastoida monella eri tavalla. Lee ym. (2021, 1007) jakavat mittaus- ja tilastointitavat kolmeen eri kategoriaan tutkimuksessaan: odotusaikatilastot, jonotustilastot ja suorituskyvyn mittarit. Odotusaikatilastojen mittaustapoja ovat esimerkiksi mediaani, keskiarvo ja prosenttipisteet. Jonotustilastojen mittaustapoja puolestaan ovat esimerkiksi absoluuttiset määrät ja prosenttiosuudet hoidetuista tai hoitoa vailla olevista potilaista. Suorituskykyä voidaan pyrkiä mittaamaan esimerkiksi asettamalla tarkasteltaviin määriin aikamääreitä. Siciliani ym. (2013b, 34) ja Viberg (2013, 55–56) täydentävät, että yleisesti käytössä olevia raportoinnin mittareita ovat keskiarvon ja mediaanin lisäksi prosenttipisteet eri variaatiolla, kuten 80., 90. tai 95. prosenttipiste, sekä lukumäärä potilaista, jotka ovat odottaneet yli enimmäisodotusajan, esimerkiksi yli kolme, kuusi tai yhdeksän kuukautta.

Viberg ym. (2013, 55–56) lisäävät, että tällä hetkellä jonossa odottavien potilaiden määrää voidaan tarkastella tietyllä aikavälillä tai suhteuttaa odottavien potilaiden määrä koko alueen asukasmäärään.

Mediaani ja keskiarvo edustavat hyvin potilaan yleistä kokemusta, kun taas muut odotusajan mittarit keskittyvät heikoimmassa asemassa oleviin potilaisiin eli potilaisiin, jotka joutuvat odottamaan pisimpään. Keskiarvoon vaikuttaa usein pieni määrä potilaita, joiden odotusaika on pitkä, minkä vuoksi odotusaikojen keskiarvo on aina systemaattisesti mediaanin yläpuolella. (Siciliani ym. 2013b, 34.) Sicilianin ym. (2014, 295) tutkimus osoittaa keskiarvon olevan yleensä huomattavasti korkeampi kuin mediaani. Esimerkiksi Englannissa ja Skotlannissa keskiarvo oli vuonna 2011 8–34 prosenttia mediaania korkeampi. Viberg ym. (2013, 56, 59) nostavat esiin, että mediaani on keskiarvoa parempi tapa mitata odotusaikaa, koska se on vähemmän herkkä poikkeaville arvoille. Siciliani ym. (2014, 302) esittävät, että sääntelyn ja valvonnan kannalta mediaani ja pitkään odottaneiden osuudet ovat tärkeitä mittareita. Potilaiden ja julkisen yleisön kannalta keskiarvo puolestaan on helposti ymmärrettävä mittari.

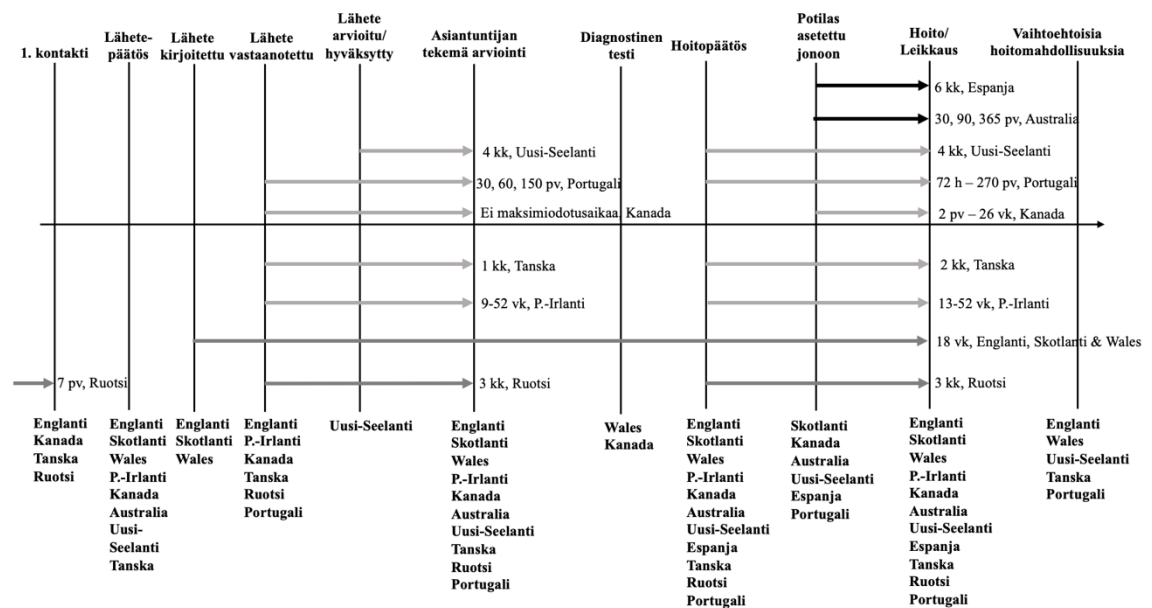
Sicilianin ym. (2013a, 12) OECD-maiden enimmäisodotusaikojen vertailusta selviää, että käytössä ei ole selkeää kansainvälistä määritelmää, miten odotusaikoja tulisi mitata ja raportoida. Yleisesti odotusaikojen kansainvälisen vertailun voidaan todeta olevan haastavaa, sillä mailla ei ole käytössä yhteisiä käytänteitä (Viberg ym. 2013; Siciliani ym. 2013b; Siciliani ym. 2014; Lee ym. 2021).

Julkaistavien tilastojen sisältö vaihtelee maakohtaisesti. Suurimmassa osassa maissa kiireettömän erikoissairaanhoidon odotusaikojen tilastointi perustuu diagnooseihin, tutkimuksiin ja ajanvarauksiin. Tilastot esitetään useimmissa maissa erikoisaloittain, vaikkakin jotkin maat jakavat erikoisalat alakategorioihin. (Viberg ym. 2013, 55.) Siciliani ym. (2014, 302) esittävät, että erikoissairaanhoidon erikoisalojen jakaminen voi olla haasteellista, sillä määritelmät voivat myös vaihdella eri maissa, minkä vuoksi vertailua ei ole mielekästä tehdä.

Viberg ym. (2013, 55–57) totesivat tutkimuksessaan, että eri maiden odotusajoista on haastavaa tehdä selkeitä johtopäätöksiä, sillä maiden välillä on suuria eroja siinä, mitä ja miten mitataan, mistä mittaus aloitetaan ja miten mittaukset raportoidaan. Esimerkiksi Tanskassa toteutuneet odotusajat raportoidaan keskiarvona ja mediaanina, kun Ruotsissa puolestaan raportoidaan toteutuneet odotusajat tietyllä ajanjaksolla määränä tai prosenteissa sekä määränä hoitoa enimmäisodotusajoissa saaneista potilaista. Myös Lee ym. (2021, 1004, 1006) havaitsivat suuria eroja enimmäisodotusaikojen määrittelyssä

kansainvälisessä vertailussa, johon sisältyi kaikkiaan 20 maata. Enimmäisodotusajat vaihtelevat päivistä kuukausiin, minkä lisäksi seurantapisteeissä ja -tavoissa on eroja. Keskeisiä odotusaikojen suorituskyvyn mittareita ovatkin odotusajat lähetteen vastaanottamisesta hoitopäätöseen (engl. *referral-to-treatment, RTT*) ja kulunut aika diagnoosin saamiseen (engl. *time-to-diagnosis, TTD*).

Odotusaikojen vertailtaessa tulee huomioida se, mistä odotusaikojen mittaaminen alkaa (Viberg ym. 2013, 56). Esimerkiksi läheteestä odotusajan mittaaminen voidaan tulkita alkavan lähetteen vastaanottamisesta tai vasta lähetteen hyväksymisestä. Toisaalta saman odotusajan mittaaminen voi sisältää eri määrän seurantapisteeitä, kuten esimerkiksi Englantia ja Skotlantia vertailemalla kuviossa 8 voidaan huomata, tai eri enimmäisodotusajan kuten Tanskan ja Pohjois-Irlannin tapauksissa. (Lee ym. 2021, 1004.) Kuvio 8 havainnollistaa eri maiden käytössä olevia seurantapisteeitä ja enimmäisodotusaikojen läpi potilaan hoitotoimenpiteiden.



Kuvio 8 Mittaustapojen ja enimmäisodotusaikojen kansainvälistä vertailua (mukailten Lee ym. 2021, 1006)

Lee ym. (2021, 1006–1007) havaitsivat tutkimuksessaan kolme erilaista mallia siitä, miten eri maat ovat mitanneet enimmäisodotusaikojaan. Ensimmäinen malli yrittää jäljitellä potilaan koko polkua hoidon alusta hoidon loppuun. Mallille on tyypillistä sisällyttää mahdollisimman monta seurantapistettä potilaan odotusaikojen mitattaessa. Kuviota 8 tarkastelemalla voidaan huomata, että Englanti, Wales, Skotlanti ja Ruotsi ovat ensimmäisen mallin maita. Mallia voidaankin pitää näistä kolmesta todenmukaisimpana, sillä se ottaa huomioon myös odotusajan ennen kiireettömän sairaanhoidon toimenpiteitä,

jolloin potilas on saattanut odottaa jo pitkään. Erityisesti Englannin, Skotlannin ja Walesin mittaustapaa voidaan pitää realistisena kuvauksena potilaan todellisesta odotusajasta. Toisaalta Ruotsin mittaustapaa voidaan kattavampana kuin edellä mainittujen maiden, sillä se ottaa potilaan ensimmäisen kontaktin huomioon. Sicilianin ym. (2013b, 34) mukaan maat ovat siirtymässä yhä enemmän mittaamaan potilaan kokonaisodotusaikaa hoitoon hakeutumisesta hoidon antamiseen, minkä vuoksi läheteiden merkitys korostuu.

Toinen havaittu malli sisältää erilliset enimmäisodotusajan tavoitteet diagnoosin ja varsinaisen hoidon saamiseksi. Odotusaika diagnoosin saamiseksi mitataan tyypillisesti läheteen vastaanottamisesta erikoissairaanhoidon asiantuntijan arvioon. Varsinaisen hoidon odotusaikaa puolestaan mitataan yleensä hoitopäätöksestä leikkauksen tai muun hoidon alkamiseen. Tätä mallia käyttävät ainakin Tanska, Portugali, Kanada ja Uusi-Seelanti. (Lee ym. 2021, 1006–1007.) Sicilianin ym. (2014, 302) mukaan erityisesti läheteiden odotusaikojen seuranta voi tuottaa haasteita tulkinnassa ja teknisessä toteutuksessa, sillä kaikkia tarvittavia erikoissairaanhoidon käyntejä ei välttämättä tiedetä etukäteen.

Leen ym. (2021, 1006–1007) kolmas malli mittaa pelkästään varsinaista hoitopääsyä. Tätä mallia käyttävät ainakin Espanja ja Australia. Varsinaiseen erikoissairaanhoidon toimenpiteeseen pääsyn mittaaminen voidaankin nähdä yksittäisenä tärkeänä elementtinä mittauksia tehtäessä, vaikka se ei anna todellista kuvaa potilaan odotusajasta. Sicilianin ym. (2014, 302) mukaan odotusaikojen mittaaminen hoitopäätöksestä varsinaisen hoitotoimenpiteen alkamiseen vaikuttaa malleista järkevimmältä, koska tieto on siinä helpoiten saatavilla ja se kattaa suurimman osan potilaan odotusajasta.

Vaikka terveydenhuoltojärjestelmien suorituskykyä jossain määrin pystytään kansainvälisesti vertailemaan erilaisten mittareiden ja standardien avulla, ei tähän mennessä ole kehitetty yhteisiä standardeja ja odotusaikojen mittaustapoja. Vertailu olisi tärkeää, jotta eri maiden kiireettömän erikoissairaanhoidon suorituskykyä voidaan arvioida. Yhteisten standardien ja mallien löytäminen odotusaikojen ja suorituskyvyn vertailukelpoiseen mittaamiseen olisi tärkeää myös siksi, että potilaille on useissa maissa oikeus hakeutua hoitoon ulkomaille. Englanti ja Kanada ovatkin muun muassa pyrkineet tekemään yhteistyötä löytääkseen yhdenmukaiset jonojen ja odotusaikojen mittarit, mutta toistaiseksi kansainvälistä mallia ei ole muodostunut. (Lee ym. 2021, 1011–1012.)

4.3 Haasteet hoitopääsytietojen hallinnassa

Malik ym. (2015, 3, 9–11) nostavat tutkimuksessaan esiin odotusaikojen hallinnan merkityksen, sillä kiireettömän erikoissairaanhoidon leikkaukset ovat usein erityisesti julkisen erikoissairaanhoidon pullonkaula resurssipulan vuoksi. Kenisin (2006, 297, 299) mukaan odotusaikojen seuraaminen on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa mahdollisia ongelmakohtia ja lisätä palveluntarjoajien toiminnan läpinäkyvyyttä. Toisaalta odotusaikatietojen koonti ja julkaiseminen saattaa tuoda mukanaan tahattomia kielteisiä seurauksia. Tällaisia seuraamuksia ovat esimerkiksi tilanteet, joissa oletetaan koottujen tietojen olevan tarkkoja. Puutteelliset odotusaikatiedot saattavat johtaa palveluntarjoajia ja hallinnoivia viranomaisia harhaan, mikäli puutteellisuutta ei tunnisteta ajoissa. Winter ym. (2005, 495) nostavat tutkimuksessaan esille, että, mikäli terveysterveystoiminta haluaa saada täyden hyödyn datastaan irti, koko organisaation tulee tukea tiedonhallinnan prosesseja. Järjestelmiin kerättyjen tietojen tulee olla korkealaatuista, säännöllisesti kerättyä ja mahdollisimman pienellä viiveellä saatavilla. Ebbevin ym. (2021, 11) mukaan ihannetapauksessa odotusaikatiedot olisivat yhtä kattavia, totuudenmukaisia ja johdonmukaisia kuin laaturekisterien tiedot.

Ebbevi ym. (2021) käsittelivät tutkimuksessaan Tukholman alueen kiireettömän erikoissairaanhoidon odotusaikatietojen laadun vaikutusta odotusaikojen hallintaan. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää erikoissairaanhoidon yksiköiden ammattilaisten näkemyksiä odotusaikojen raportoinnin oikeellisuudesta ja hyödyllisyydestä. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoiduin teemahaastatteluin ja haastatteluihin osallistui yhteensä 28 erikoissairaanhoidon ammattilaista. Haastatteluihin osallistuneet työskentelivät niin palveluiden tarjoajien hallinnollisissa kuin kliinisissä tehtävissä.

Tukholman seudun odotusaikojen mittaaminen pohjautuu kahteen raportointijärjestelmään, jotka ovat odotusaikarekisteri (engl. *waiting time registry*) ja tarjottujen palveluiden tietokanta (engl. *supply service database*). Odotusaikarekisterin tiedot poimitaan automaattisesti potilaskertomuksista, vaikkakin poikkeuskoodit, kuten potilaan oma päätös lykätä hoitopääsyä, tulee syöttää rekisteriin manuaalisesti. Normaalia poikkeavia tapauksia varten, kuten potilaan komplisoiva rinnakkais sairaus, joka estää hoidon aloittamista tai potilaan oma päätös, on perustettu omat tunnisteet ja poikkeussyykoodit. Koodien avulla pyritään estämään enimmäisodotusaikojen ulkopuolella olevien potilaiden sekoittuminen todellisuudessa jonossa oleviin potilaisiin. Jokaisen erikoissairaanhoidon yksikön odotusrekisterissä olevat tiedot kootaan

verkkoalustalle, josta tiedot ovat saatavilla raporttien muodossa niin potilaille, hoidon tarjoajille kuin muille sidosryhmille. Tiedot esitetään prosentteina potilaista, joiden odotusaika on pysynyt tavoiterajojen sisällä. Kaikki mainitut mitattavat tiedot raportoidaan kuukausittain. Tarjottujen palveluiden tietokanta puolestaan sisältää erikoissairaanhoidon yksiköiden itse raportoimat lyhyen aikavälin arviot tulevista odotusajoista. Arvioinnissa voidaan esittää esimerkiksi tietyn erikoisalan odotusaikaa mediaanina. Tiedot ovat saatavilla verkkoalustan kautta vain palveluntarjoajille ja hallinnolliselle johdolle. Tietokannan tarkoitus on antaa arvio mahdollisista odotusajoista, jotta potilaita osataan ohjata hoitoon erikoissairaanhoidon yksiköihin, joissa on lyhyimmät jonot. (Ebbevi ym. 2021, 2–3.)

Ebbivi ym. (2021, 9–10) havaitsivat useita haasteita, jotka vaikuttivat raportoitujen odotusaikojen luotettavuuteen, oikeudellisuuteen ja hyödyllisyyteen. Ensimmäinen havaittu haaste oli se, että palveluiden tarjoajien hallinnollinen johto oli lähettänyt erikoissairaanhoidon kliinisen työntekijöille raportoinnin ohjeet kirjallisesti sähköpostitse. Ohjeiden lähettäminen sähköpostitse ei kuitenkaan riittänyt ohjeiden käyttöönottoon, sillä useissa tapauksissa palveluiden tarjoajat eivät olleet noudattaneet saatuja ohjeita. Myös Buchannan ja Storey (2010, 353–354) havaitsivat samankaltaisia ongelmia Englannissa. Potilaiden odotusaikoja järjestelmään kirjanneilla henkilöillä oli erilainen käsitys siitä, mitä erilaiset käytössä olleet koodit tarkoittivat, minkä vuoksi kerätyt tiedot olivat osaltaan puutteellisia.

Ebbevin ym. (2021, 9–10) haastattelutuloksista kävi ilmi, että ohjeiden käyttöönoton puutteellisuus ei ollut ainut tekijä, joka vaikutti tietojen oikeellisuuteen ja luotettavuuteen negatiivisesti. Palveluiden tarjoajat itse kokivat raportointijärjestelmässä ja erilaisissa rakenteellisissa prosesseissa olevan käytettävyydessä puutteellisuuksia, jotka puolestaan loivat esteitä odotusaikojen ilmoittamiseen. Esimerkiksi, jos potilas siirrettiin erikoissairaanhoidon yksiköstä toiseen, hoitoyksikön muutos näkyi uutena hoitoprosessina raportointijärjestelmässä. Onkin siis tärkeää, että palveluiden tarjoajat tuntevat raportointijärjestelmän toimintaa, sillä koodistot ovat usein moniulotteisia eivätkä välttämättä tulkinnanvaraisia tai toisiaan poissulkevia.

Toisena ongelmana oli Ebbevin ym. (2021, 10) mukaan erikoissairaanhoidon palveluiden tarjoajien lisääntynyt kognitiivinen kuormitus, joka aiheutui käytössä olevista kahdesta rinnakkaisesta järjestelmästä ja niiden erilaisista odotusaikakirjauskäytännöistä. Lisäksi monimutkaiset poikkeuskoodit lisäsivät kuormitusta. Vaikuttaa siis siltä, että tietojen oikeellisuuteen vaikuttaa myös se, että

palveluiden tarjoajilla on liian paljon hallittavaa samanaikaisesti. Raporttijärjestelmän virtaviivaistaminen voisi parantaa tiedon oikeellisuutta.

Kolmantena ongelmana pidettiin pehmeää lain ja odotusaikojen sääntelyä. Vaikka monet palveluiden tarjoajat olivat kiinnostuneita omista odotusajoistaan ja kokivat odotusaikatiedot hyödyllisiksi esimerkiksi silloin, kun potilas tuli ohjata toiselle palveluntarjoajalle, niin kiinnostus ja sisäinen motivaatio ei kuitenkaan riittänyt odotusaikatietojen oikeellisuuden parannuksiin. Hoidon tarjoajat olivatkin sitä mieltä, että odotusaikojen korjaamiseen liittyvien toimenpiteiden pitäisi perustua pitkään jatkuneiden syiden analysointiin mahdollisten taloudellisten seurauksien sijaan. (Ebbevi ym. 2021, 10.)

Neljäs haaste Ebbevin ym. (2021, 10–11) mukaan oli erikoissairaanhoidon odotusaikatietojen manipulointi. Tutkimuksessa havaittiin sekä tietojen tahallista manipulointia että moraalisesti perusteltuja pieniä mukautuksia tietoihin. Suorituskyvyn mittareiden manipulaatio koetaankin usein ongelmaksi, sillä myös Kreindlerin (2010, 25) mukaan enimmäisodotusaikojen alittamisen tavoittelu voi altistaa palveluiden tarjoajat tietojen manipulaatiolle. Buchanan ja Storey (2010, 350, 353) puolestaan nostavat esiin poikkeussyykoodien manipuloinnin. Poikkeussyykoodit, kuten potilaan oma päätös olla vastaanottamatta hoitoa, ovat erityisen alttiita manipulaatiolle, sillä niiden avulla pystytään siirtämään potilaita varsinaisen jonon ulkopuolelle.

Ebbevi ym. (2021, 10) esittävät, että todelliset odotusajat saattavat olla piilossa raportoidun tiedon puutteellisuuden takia. Palveluiden tarjoajilla on kannustimia peittää ja manipuloida tietoja, mikäli säädetyissä enimmäisodotusajoissa ei pysytä. Sheimanin ja Richardsonin (2021, 6) mukaan puutteet sääntelyssä ja sääntelyn valvonnassa voivatkin rohkaista palveluiden tarjoajia manipuloimaan odotusaikatietoja enimmäisodotusaikojen saavuttamiseksi ja yleisen kritiikin välttämiseksi. Ebbevi ym. (2021, 10) mukaan manipulaatiota pystyttäisiin kitkemään tarkemmilla auditointiprosesseilla, mutta haastatteluissa kävi ilmi, että palveluiden tarjoajien hallinnon ammattilaiset kokivat, ettei heillä ole tarvittavia työkaluja tai resursseja manipuloinnin tarkempaan tutkimiseen. Toisaalta Buchanin ja Stroyen (2010, 350–353) manipulaatiotapaus Englannista osoittaa, että tehokkaan valvonnan avulla mahdolliset rikkomukset pystytään jäljittämään aina henkilötasolle asti. Tapauksessa henkilöiden rikkomukset saatiin selville tutkimalla palveluntarjoajan potilashallintajärjestelmän odotusaikatietojen dataa ja datan poikkeuksia sekä haastatteleamalla henkilöitä, jotka olivat kirjanneet muutoksia potilaiden odotusaikoihin.

Lisäksi palveluiden tarjoajat toivoivat Ebbevin ym. (2021, 10) tutkimuksessa raportoitavien tietojen olevan tuoreempia, sillä vanhalla tiedolla nähtiin harvoin olevan painoarvoa. Kerättyjen odotusaikatietojen reaaliaikainen saatavuus nouseekin monessa tutkimuksessa keskeiseksi tekijäksi odotusaikoja tulkittaessa. Martalogin ja Bainsin (2009, 75) mukaan palveluiden tarjoajat pystyvät reaaliaikaisen datan avulla hallitsemaan ketterästi odotusaikoja ja hoitoonpääsyä sekä tunnistamaan ongelmakohtia hoitoonpääsyn eri vaiheissa. Vezyridisin ja Timmonsin (2014, 9) tutkimus osoittaa, että ajankohtaisen tiedon pohjalta palveluntarjoajat pystyvät joustavasti hallitsemaan esimerkiksi potilasvirtoja. Ju ym. (2013, 951) puolestaan korostavat reaaliaikaisten odotusaikatietojen tulkinnan ja visuaalisen esittämisen vaikuttavan erityisesti palveluiden tarjoajien toiminnan joustavuuteen ja ketteryyteen. Reaaliaikaisen datan merkitys korostuu varsinkin kiireisissä yksiköissä, sillä sen avulla kyetään ratkaisemaan akuutteja ongelmakohtia ja tehostamaan toimintaa.

Portugalissa kiirettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn ja vanhentuneen datan ongelmaa on pyritty ratkaisemaan yhdellä valtakunnallisella tietojärjestelmällä. Tietojärjestelmä SIGLIC pyrkii yhdistämään kirurgista hoitoa tarjoavien sairaaloiden odotusaikatiedot, joiden pohjalta jokaiselle potilaalle pyritään löytämään ennakoivasti optimaalinen ratkaisu hoitoonpääsyyn. Vuonna 2005 odotusajat lyhenivätkin 49 prosenttia tietojärjestelmän käyttöönoton vaikutuksesta. (Gomes & Lapão 2009, 1.) Vuonna 2013 tietojärjestelmään oli liittynyt jo kaikki 58 julkisella puolella kirurgista hoitoa tarjoavaa palveluntarjoajaa sekä 60 yksityisen puolen kirurgisia toimenpiteitä tekevää palveluntarjoajaa (Barros ym. 2013, 245).

Tiedonkeruun menettelytavat on suunniteltu keskitetysti siten, että palveluiden tarjoajilta kerätyt tiedot pysyvät eheinä ja vertailukelpoisina. Tiedon laadun validointia varten on luotu lisäksi redundanttijärjestelmä, joka toimii SIGLIC-tietojärjestelmän ohessa. Redundanttijärjestelmällä on useita tiedon tarkastuspisteitä, joiden avulla tiedon laatu pyritään takaamaan prosessin alusta loppuun. (Barros ym. 2013, 247.)

Barrosin ym. (2013, 246–248) mukaan tietojärjestelmään kerätään tietoja monista eri lähteistä ja tiedot ovat saatavilla niille sidosryhmille, joita tiedot koskevat pitäen potilaiden henkilökohtaiset tiedot salassa. Tietokokonaisuudet pilkotaan siis esimerkiksi siten, että tietyn palveluntarjoajan kliinistä tietoa on saatavilla vain kyseisen palveluntarjoajan kliinistä työtä harjoittaville työntekijöille, kun taas odotusaikatietoja voi olla tarjolla hallinnolle ja johdolle. Lisäksi tietojärjestelmään pystytään tallentamaan potilaan koko hoitopolku ensimmäisestä käynnistä viimeiseen, minkä avulla potilaan

odotusaikaa kyetään kontrolloimaan. Reaaliaikaisesti saatavilla oleva tieto mahdollistaakin potilaille mahdollisuuden vaihtaa palveluntarjoajaa. Portugalissa potilas on oikeutettu lain mukaan vaihtamaan palveluntarjoajaa, mikäli 75 prosenttia enimmäisodotusajasta on kulunut. Vaihto-oikeuteen oikeuttava palveluseteli on saatavilla SIGLIC-tietojärjestelmästä.

5 HAASTATTELUAINEISTON TULOKSET

Tässä luvussa esitetään haastatteluaineistosta löydetty tulokset. Tulokset esitetään viitekehyksenä käytettävän institutionaalisen teorian teemojen mukaisesti. Lisäksi kirjallisuuden ja tuloksien pyritään keskustelemaan läpi tämän luvun. Aluksi esitetään haastatteluissa mukana olleet sekä heidän roolinsa organisaatioissa, jotta saadaan käsitys haastatelluiden henkilöiden työnkuvasta.

Lääkintöneuvos Sirkku Pikkujämsä työskentelee Sosiaali- ja terveysministeriössä Asiakkaat ja palvelut -osaston palvelujärjestelmäyksikössä, joka on STM:n sisältöyksikkö. Yksikön vastuualueelle kuuluu muun muassa sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki. Pikkujämsä kertoo roolinsa STM:ssä olevan tiedonhallinnan näkökulmasta painottunut tiedon hyödyntämiseen. Työnkuvaan kuuluu muun muassa palveluiden seuranta, ohjausta ja kehittämistä, minkä vuoksi yhteistyö THL:n kanssa korostuu työssä. Pikkujämsä kertoo työskennelleensä STM:ssä nykyisessä työtehtävässään puolitoista vuotta. Ennen STM:ssä työskentelyä Pikkujämsä on ollut kehittämässä muun muassa THL:lla perus- ja erikoissairaanhoidon laatu- ja vaikuttavuustiedon tietopohjaa.

Me hyödynnetään tietoa ja tuodaan tietotarpeita esiin, ja pyritään koko ajan kehittämään esimerkiksi tilannekuvaa ja sitä tulkintaa, joka me voidaan hallitukselle viedä. – – Ollaan yhteydessä erityisesti THL:ään. Ja me toivotaan sieltä koko ajan, että antakaa meille dataa. (Pikkujämsä)

Kehittämispäällikkö Pia Tuominen toimii THL:lla erikoissairaanhoidon hoitopääsyn tilastoinnin vastuuhenkilönä. Vastuu jakautuu erikoissairaanhoidon hoitopääsystä siten, että Tuominen vastaa hoitopääsytietojen analysoinnista ja eteenpäin raportoinnista, kun taas IT-puolen henkilöstö vastaa sairaanhoitopiireiltä saatavan tiedon viennistä THL:n järjestelmiin.

Mä oon hoitopääsyn tilastoinnin vastuuhenkilö. Toki työskentelee muutama muukin ihminen, mutta mä vastaan erikoissairaanhoidon hoitopääsyn kokonaisuudesta. – – Analysointi ja eteenpäin raportointi on mun vastuulla. (Tuominen)

Lakimies Reijo Jormanainen työskentelee Valvirassa sosiaali- ja terveydenhuolto-osaston (SOTEO) järjestämisen valvonnan ryhmässä (SUVA). Ryhmän vastuulla on muun ohella kiireettömän erikoissairaanhoidon pääsyn valvonta. Hoitopääsyn valvonta kuuluu

Jormanaisen tehtäviin, ja tässä tarkoituksessa hän muun ohella valmistelee päätösesityksiä tarvittavista toimenpiteistä, jotta hoitoon pääsy toteutuu lain edellyttämällä tavalla.

Mä oon tässä tavallaan vastuuesittelijä, että se hoitoon pääsyn valvonta on mun tehtäväksi annettu. Eli mitä siihen sitten kuuluu niin tosiaan, kun saadaan, tai meillä tietohallinnosta henkilö tekee THL:n tiedoista semmoisen koonnin, niin sen perusteella sitten katson tai niitten tietojen perusteella sitten esitän, että mitkä sairaanhoitopiirit otettaisiin valvontaan. Ja kun sitten on siitä sovittu tai johto on päättänyt, että mitkä otetaan, niin pyydetään sitten selvitykset siitä sen hetkisestä tilanteesta, ja mitä tehdään tai mitä on tarkoitus tehdä, että toiminta palautuisi lain mukaiseksi. Ja tosiaan sitten laadin taas yhteistyössä tai johdon kanssa keskustelun jälkeen päätösesitykset. – – Ja päätökset sitten allekirjoittavat joko osaston johtaja tai Valviran ylijohdaja tai heidän sijaisensa. (Jormanainen)

5.1 Pakottavat muutospaineet

Tässä luvussa tarkastellaan haastatteluissa ilmentyneitä pakottavia muutospaineita. Haastatteluista tunnistettiin lähinnä virallisia pakottavia paineita, joita ovat lait, säädökset, tiedonkeruuohjeet, valvonta, seuraamukset sekä koronapandemia. Erityisesti kolme ensin mainittua luovat hoitotakuujärjestelmän ja tiedonkeruun toiminnalle reunaehdot. Haastatteluissa tunnistetut pakottavat paineet jaettiin neljään alalukuun, jotka ovat säädetyt enimmäisodotusajat, tiedonkeruuprosessi, hoitoonpääsytietojen reaaliaikaisuus ja saatavuus sekä valvonta ja seuraamukset.

5.1.1 Säädetyt enimmäisodotusajat

Lääkintöneuvos Pikkujämsän mukaan enimmäisodotusajat on otettu Suomessa käyttöön, jotta kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat pääsisivät hoitoon kohtuullisessa odotusajassa. Tarve säätää hoitotakuun enimmäisodotusajoista on kuitenkin säilynyt tietyillä erikoisaloilla, kuten kaihileikkauksissa ja tekonivelkirurgiassa, aina tähän päivään saakka.

– – Oli selvästi semmoinen havainto ja myös kansalaisten kokemus, että tietyt kiireettömät hoidot on sellaisia, että ne siirtyy mappiin Ö kaiken kiireellisemmän tiimoilta. (Pikkujämsä)

Jonssonin ym. (2013, 145–146) mukaan Suomessa säädetyt enimmäisodotusajat ovat pitkät verrattuna muihin hoitotakuuta käyttäviin maihin, minkä vuoksi Suomen hoitotakuujärjestelmää onkin kuvailtu konservatiiviseksi. Esimerkiksi Rönnerstrandin ja Oskarsonin (2020, 476) mukaan Ruotsissa enimmäisodotusaika erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyyn on kolme kuukautta. Lääkintöneuvos Pikkujämsän mukaan enimmäisodotusajoille ei ole varsinaista lääketieteellistä perustetta. Sen sijaan Pikkujämsä toi haastattelussa esiin enimmäisodotusaikojen vaikutuksen palvelujärjestelmän toimintaan, sillä kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköillä saattaa muun muassa olla osaamispuutetta tai haasteita rahallisten resurssien kanssa.

Miksi juuri päädyttiin erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyssä siihen tiettyyn, että lähete on käsitettävä kolmessa viikossa tai sitten kolme kuukautta enintään kuusi kuukautta, niin eihän niihin sellaisia, nehan on tietyllä tavalla valintoja. Eihän lääketieteellistä ihmisten terveydentilaperusteisuutta ole. On hyvä tunnistaa, että tässä on aina se ongelma, kun säädetään joku määräaika, niin tilanteessa, jossa palvelujärjestelmä toimii vajaille resursseilla, niin helposti se maksimi muuttuukin normaaliksi. (Pikkujämsä)

Sæther ym. (2020, 106) sekä Goddard ja Tavakoli (2008, 789–790) havaitsivatkin tutkimuksissaan, että enimmäisodotusajat luovat hoitoonpääsulle odotusajan, jonka kaikkien potilaiden tulisi olla valmiita odottamaan. Myös lääkintöneuvos Pikkujämsä tunnisti tämän haasteen, sillä enimmäisodotusajoissa pyritään usein pysymään ehdoitta, jolloin helposti unohdetaan hoidon tärkeys potilaalle.

Eli tulee se ongelma, että ei ole hätää, kunhan se kuusi kuukautta ei ylity eli tavallaan määräaika on aina vaikea, jos se otetaan absoluuttiseksi semmoiseksi ohjaavaksi ja siksihän näissä meidän säädöksissä on myös aina se, että kuitenkin pitäisi arvioida terveydentila ja sen edellyttävästi toimia, ja kuitenkin viimeistään kuudessa kuukaudessa. (Pikkujämsä)

Kuviosta 5 (s. 40) voidaan havaita, että pitkään odottaneiden määrä on laskenut vuodesta 2010 lähtien. Lääkintöneuvos Pikkujämsä pitikin enimmäisodotusaikojen sääntelyä onnistuneena, sillä pitkään odottaneiden osuus on pienentynyt vuosien saatossa, minkä lisäksi potilaiden odotusaikojen tilanne ennen koronapandemiaa oli vakaalla tasolla.

Eli tavallaan silloin, kun nämä määräajat tuli, niin meillä ne pisimpään odottaneiden osuushan on pienentynyt ja pysynyt tietyllä tavalla aika

stabiilina. Nollaan sitä ei koskaan saada, kun kuitenkin meillä on osajista pulaa. – – Että kyllä varmaan voisi ajatella, että se on ollut merkityksellistä ja vaikuttavaa säätelyä, että se on parantunut se tilanne. (Pikkujämsä)

Lääkintöneuvos Pikkujämsä kuitenkin tiedosti, että vaikka pääsääntöisesti sairaanhoitopiirit ovat pysyneet hoitotakuun asettamisessa enimmäisodotusajoissa, osalla sairaanhoitopiireistä on ollut myös haasteita ennen koronapandemiaa. Kuten kuvioista 4 (s. 39) huomataan, niin kiirettömässä erikoissairaanhoidossa pitkiä odotusaikoja syntyy pääsääntöisesti silmätaudeissa, kirurgiassa sekä korva-, nenä-, ja kurkkutaudeissa. Toisaalta Pikkujämsä nosti esille, että kriittisesti potilaan terveydentilaan vaikuttavat sairaudet, kuten syöpäsairaudet, hoidetaan aina ennen enimmäisodotusaikojen täyttymistä.

Eli meillä on siis pieni osuus joissakin paikoissa ihan normi tilanteissakin, jotka on ylittänyt hoitotakuun. Ja sitten on taas niitä, joissa se on ollut haasteissa monesta eri syystä jo ennen koronaa. – – Ne on nämä kirurgia ja silmätaudit ennen kaikkea, joissa se ihmisen terveydentila, vaikka se ei saa tiettyä hoitoa, ei romahda. Sen sijaan ei kukaan oikeasti Suomessa syöpähoitoa odota puolta vuotta. (Pikkujämsä)

Vaikka enimmäisodotusajoissa pysymisessä on ollut haasteita erikoisalakohtaisesti, ei lääkintöneuvos Pikkujämsä pitänyt erikoisalakohtaisia enimmäisodotusaikoja mahdollisina, sillä enimmäisodotusaikojen määrittely jokaiselle erikoisalalle olisi liian haastavaa. Mikäli enimmäisodotusajat olisivat puolestaan diagnoosikohtaiset, lainsäädännöllisiä haasteita tulisi vastaan.

No se (erikoisalakohtaiset odotusajat) on hirveän vaikea, kun sitten se ei oikein riitä, että kirurgiassa on sellaisia, jotka pitää tehdä aikaisemmin kuin kuudessa kuukaudessa ja sitten niitä, jotka voivat odottaa kuusi kuukautta. Niin se menisi niin hienojakokoiseksi säätely, että sitten se ei ole oikeastaan mahdollinen. (Pikkujämsä)

Lääkintöneuvos Pikkujämsä ei kuitenkaan uskonut, että enimmäisodotusajan säätelyyn tullaan enää tulevaisuudessa keskittymään. Hän sen sijaan esitti haastattelussa, että tulevaisuudessa hoitotakuuta pitäisi ohjata mittaamaan hoitopääsyn vaikuttavuutta potilaan terveydentilan muutokseen. Nykyinen lainsäädäntö tukee hoitoon pääsyn aikarajaan keskittymistä, kun todellinen tarve olisi Pikkujämsän mukaan laatu- ja vaikuttavuustiedon saamisessa. Myös Ebbevi ym. (2021, 11) nostivat tutkimuksessaan

esiin, että ihannetapauksessa hoitopääsytiedot olisivat tietosisällöltään laaturekisterien kaltaisia. Laaturekisterit käsittelevät usein juuri hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Minä itse en usko, että me tämän pelkän määrääjän säätelyllä päästään enää kymmentä vuotta eteenpäin, vaan meidän pitää ruveta löytää muita periaatteita. Että, jos on ihminen, joka otetaan nyt ikäihminen, jolla on vaikka selkäjuttu, joka vie sen kävelykyvyn. Vaikka se sitten leikattaisiin puolen vuoden päästä, niin se ihminen ei ikinä enää toivu oikeastaan, kun se on niin kuin menettänyt lihaksensa ja näin edespäin. Niin tässä meidän pitäisi päästä just siihen, että ruvetaan mittaamaan sitä vaikutusta, että se ihminen leikataan, jotta se pysyy kotikutoisena eikä joudukaan, vaikka palveluasuntoon. Tämmöinen iso koko sosiaali- ja terveydenhuollon ketju ja data siihen. Se on meidän haaste tulevina aikoina. (Pikkujämsä)

Laatu- ja vaikuttavuustiedon avulla pystyttäisiin Pikkujämsän mukaan myös analysoimaan tarkemmin, mikä olisi optimaalinen enimmäisodotusaika. Nykyisistä hoidonsaatavuustiedoista hoidon laatua tai vaikuttavuutta potilaalle ei kuitenkaan pystytä analysoimaan, joten Pikkujämsän toivoma muutos tulisi muuttamaan koko hoitopääsyn tiedonkeruuprosessia.

Me ei myöskään pystytä oikein arvioimaan sitä, että toteutetaanko me tätä järkevästi. Onko toi kuuden kuukauden määräaika järkevä vai pitäisikö se olla kuukausi? Saataisko me väestölle kokonaisuutena parempi terveysvaikutus sillä? Ja niin kauan, kun se on vaan tämmöistä vähän valintoja, että otetaan nyt kuusi kuukautta vai pantaisko viisi vai kaksitoista, niin me ei oikein päästä ohjaamaan tätä palvelujärjestelmää tarkoituksenmukaiseen suuntaan. – – Meidän on saatava eri tietoa kokonaan kuin tämä saatavuus. (Pikkujämsä)

5.1.2 Tiedonkeruuprosessi

Kuten Suomen hoitotakuujärjestelmää tarkastelevassa luvussa huomataan, hoitopääsytietojen kerääminen perustuu terveydenhuoltolakiin, minkä lisäksi laissa erikseen määritellään THL:n asema tilastoviranomaisena. Myös kehittämisspäällikkö Tuominen toi haastattelussaan tämän heti aluksi esille.

Terveydenhuoltolain kuudes luku ja siellä pykälät 52 ja 53, niin määrittelee erikoissairaanhoidon pääsyn ja siitä tiedonkeruusta. THL:han on

tiedonkeruun virallinen tilastoviranomainen ja laki määrittelee sen, että THL on oikeutettu keräämään niitä tietoja, ja sitten se tiedonkeruun sisältö vielä määritellään pikkasen tarkemmin näissä 52 ja 53 pykälässä.

(Tuominen)

Kuviossa 7 (s. 47) esitellään kiireettömän erikoissairaanhoidon palvelutapahtumien seurantapistet, joista kerätyt tiedot koostuvat. Kehittämispäällikkö Tuominen kuvailikin haastattelussa tarkasti tiedonkeruuprosessia aina sairaanhoitopiirien seurantapisteid mittaamisesta THL:n tietojen analysointiin asti. Itse prosessin vaiheista tai THL:n roolista tilastoviranomaisena ei haastattelussa kuitenkaan löytynyt kirjallisuuskatsauksessa esitettyihin tietoihin mitään poikkeavaa, vaan Tuomisen kertoma prosessikuvaus oli linjassa THL:n sivuilla esitettyjen tietojen kanssa.

THL vastaanottaa nykyään hoitopääsytiedot sairaanhoitopiireiltä joka kuun 15. päivään mennessä sähköpostitse. Kehittämispäällikkö Tuominen korostikin haastattelussa annettujen ohjeiden mukaisen sähköpostin lähettämisen merkitystä, jotta tiedot automaattisesti latautuisivat THL:n järjestelmään. Tietojen vastaanottamisen jälkeen tiedot siirretään testikuutioihin, joissa tietojen laatua ja oikeellisuutta pyritään tarkastamaan. Mikäli tiedoissa huomataan puutteita, pyydetään sairaanhoitopiireiltä selvitystä asiasta. Tuominen lisäsi, että toisinaan sairaanhoitopiirit eivät ole toimittaneet tietoja ajoissa, minkä vuoksi tietojen perään pitää kysellä. Kun tiedot on saatu tarkistettua, antaa Tuominen luvan tietojen julkaisemiseen.

Se on hyvin tarkkaan niissä tiedostoissa, kun automaattisesti menee tonne, että se otsikko on oikein pisteineen kaikkine kirjaimineen ja myös se liitteen otsikko on oikein. Jos niissä on virheitä niin me joudutaan korjaamaan niitä, muuten ne ei lataudu sinne järjestelmään. – – Joskus saattaa olla jotain näppäilyvirheitä tai jos joku kohta on jäänyt tyhjäksi, niin mä voin laittaa kyselyn, että onks tämä ihan oikea luku vai onko sattunut jotain hipaa siellä ja mä käyn ne siinä testikuutiiovaiheessa ne tiedot läpi. (Tuominen)

Tiedonkeruuprosessi on kehittämispäällikkö Tuomisen mukaan parantunut vuosien saatossa, mikä on osaltaan vaikuttanut positiivisesti tietojen yhdenmukaisuuteen ja oikeellisuuteen. Vuoden 2011 jälkeen tietosisältöä on muun muassa muutettu ja päivitetty jonoryhmätietojen, uusien erikoisalojen sekä tarkempien erikoisalanimikkeiden osalta. THL:n rooli tiedonkeruuprosessin muutostyössä on ohjata määrittelyä ja sanastotyötä,

jotta jokaisella sairaanhoitopiirillä olisi yhtäläinen käsitys käytössä olevista määritelmistä.

THL:n rooli tavallaan on tämmöisissä määrittelyssä se ohjaava rooli, että mikä nytenkin on menossa erilaisten hankkeiden kautta, että tehdään sellaista sanastotyötä ja sellaista määrittelytyötä, että kaikki käyttäisivät samaa asiaa tarkoittavasta asiasta samaa nimitystä, niin olisi helpompaa sitten jatkossakin. (Tuominen)

Eri osapuolten välisestä tiedonkeruun yhteistyöstä kysyttäessä kehittämispäällikkö Tuominen toi ilmi, että yhteistyö eri viranomaisten kuten myös sairaanhoitopiirien kanssa on luontevaa ja sujuvaa. THL toimii Kelan, Valviran ja STM:n kanssa useissa hoitoonpääsyä käsittelevissä projekteissa, minkä vuoksi THL:lla on paljon yhteistä rajapintaa monien toimijoiden kanssa.

Monta eri hanketta THL:ssä mihin liittyy osana hoitoonpääsy, ja siihen liittyy tietysti sitten Kela ja Valvira ja STM. Ja näillä hankkeilla on niin paljon yhteistä rajapintaa, että aina kun tehdään jotain uudistuksia, niin kaikkien pitää olla mukana siinä. (Tuominen)

Lisäksi kehittämispäällikkö Tuominen kertoi, että sairaanhoitopiireihin pyritään olemaan jatkuvasti yhteydessä, jotta THL:ssa oltaisiin ajan tasalla mahdollisista tiedonkeruun haasteista. Sairaanhoitopiirejä ja sairaanhoitopiirien tietojärjestelmien toimittajia pyritään aina konsultoimaan mahdollisista muutoksista, jotta muutokset saadaan otettua käyttöön erikoissairaanhoidon yksiköiden toimintaan.

Ja sitten sairaanhoitopiirien kanssa ollaan koko ajan yhteydessä, joko sähköpostitse tai Teamsin avulla. Ja pidetään tämmöisiä sanosko näin, että ajankohtaiset asiat ja kehittämissasiat otetaan esille, ja jos heille tulee jotain ongelmia näistä tiedon tuottamisesta tai hallinnoinnista, niin he on aina yhteydessä meihin. Ja samoten jokaisen sairaanhoitopiirin piirillä on erikseen nämä omat toimittajan edustajansa. Ne on mukana myös tässä yhteistyössä ihan säännöllisesti. Ja silloin enemmän aina, kun on tulossa jotain uudistuksia, mutta myös ylläpitovaiheessa. Toimittajille on tärkeitä saada tietää ajoissa sellaiset tiedot uudistuksista, mitkä vaikuttaa heidän potilastietojärjestelmän ohjelmointityöhön ja muuhun. (Tuominen)

Tiedonkeruuprosessin haasteista keskusteltaessa kehittämispäällikkö Tuominen toi esiin sairaanhoitopiirien tietojen kirjaamisen haasteet. Esimerkiksi THL:n Tilastoraportista

(3/2018, 7) selvisi, että HUS oli tulkinnut hoitotarpeen arviointia koskevaa raportointia eri tavalla kuin THL oli määritellyt, minkä vuoksi HUS:n raportoimat tiedot saattoivat olla puutteellisia.

Jos ajattelee esimerkiksi, että vielä 2010 potilastyössä, niin kirjoitettiin aika paljon käsin, osastoillakin oli kansiot potilaille mihin kirjoitettiin käsin. Ja sitten pikkuhiljaa ja aika nopeassa tahdissa tuli sähköinen kirjaaminen ja sitten siihen heti alusta saakka rinnalle rakenteiden kirjaaminen.

(Tuominen)

Ebbevi ym. (2021, 9–10) sekä Buchannan ja Storey (2010, 353–354) esittivät, että palveluiden tarjoajilla on ollut haasteita uusien tiedonkeruun ohjeiden käyttöönotossa niin Ruotsissa kuin Englannissa. Kehittämispäällikkö Tuominen tiedosti tämän haasteen myös Suomessa, sillä haasteena on erityisesti saada erikoissairaanhoidon yksiköiden henkilökunta omaksumaan uudet tiedonkeruuhjeet.

Kirjaamisohjeitten kanssa on sairaanhoitopiireillä usein haasteita. He saavat tavallaan ne ohjeet tai ovat varmaan saaneet aika hyvin ne yhteneväiseks, mutta se, että saavat ne sinne kentälle käytäntöön, että ne vanhat ohjeet ei jää kummittelemaan sinne, että jos tulee jotain päivityksiä, että saavat ihan oikeasti ne kirjaamisohjeet sinne kentälle ajantasaisena, ja että kaikki ottaa ne käyttöön. Se on varmaan se suurin haaste ja sen takia joskus näissä tilastoissa tulee eteen se, että kirjaamisen kanssa on ollut eri käytäntöjä ja sitten, että välttämättä ei oo sitten jotkut tietyt osa-alueet täysin vertailtavissa. (Tuominen)

Lääkintöneuvos Pikkujämsän ja kehittämispäällikkö Tuomisen haastatteluissa käsiteltiin myös tietojärjestelmien merkitystä tiedonkeruun oikeellisuuteen. Pikkujämsä ei halunnut ottaa kantaa siihen, tukevatko tietojärjestelmät palveluiden tarjoajien henkilökunnan työtä vai aiheuttavatko ne ongelmia tietojen raportoimissa. Tuominen puolestaan toi esiin, että sairaanhoitopiireillä on välillä jäänyt tietojärjestelmät päivittämättä, minkä takia tiedonkeruussa on esiintynyt puutteita.

Jos ajatellaan ihan sitä asiakastyötä tekevää henkilöä, niin totta kai siitä nyt on monenlaisia mielipiteitä, että tukeeko vai ei se tietojärjestelmä sitä työtä? Että tarviiko liikaa tilastoida tai onko se tieto riittävän rakenteista vai onko se liian rakenteista, että se on jo hidas? Ja nythän paljon ollut näistä Apotin eri näkymistä ja muista, että hidastaako tietojärjestelmä ja tarvittava

tilastointi sitä itse prosessia niin, että se rupeaa näkymään huonompana tuottavuutena. Niin tuota siitä on varmaan monta mielipidettä. (Pikkujämsä)

Sitten, jos niillä (sairaanhoitopiireillä) onkin jäänyt vahingossa joku päivitys väliin, niin sitten se voi se tieto kerääntyä vähän eri tavalla sinne.

Tai niitä muutoksia ei oo otettu huomioon, niin sitten on jouduttu siinä tekemään sellaista kehitystyötä ja yhteistyötä lisäämään aikojen saatossa.

(Tuominen)

Kehittämispäällikkö Tuomisen mukaan tulevaisuudessa prosessia on tarkoitus kehittää Hilmo-tiedonkeruuta vastaavaksi. Jo tällä hetkellä seurantapisteiden tiedot menevät suoraan potilastietojärjestelmistä Hilmo-järjestelmään. Tuomisen mukaan Hilmo-järjestelmässä mitataankin jo nyt samankaltaisia asioita kuin hoitopääsyn raporttien avulla.

Tässä (tiedonkeruuprosessissa) koko ajan kulkee mukana niin sanottu id-numero, mikä yhdistää nämä kaikki palvelukokonaisuudet siihen hoitojonoon. – – Ja sen jälkeen kaikki nämä mittauspisteet, kun ne on siellä potilastietojärjestelmissä, niin ne nehän menee automaattisesti Hilmo-järjestelmään. Siellä mitataan jo valmiiksi vähän samoja asioita kuin tässä hoitopääsystä. Sitä on tehty tulevaisuutta ajatellen, että sitten on helppo yhdistää, kun saadaan tämä varsinainen hoitopääsyn tiedonkeruu kehitetty samalle asteelle, kun on Hilmo-tiedonkeruu. (Tuominen)

Lisäksi Tuominen toivoi, että tulevaisuudessa tietojärjestelmät saataisiin keskustelemaan paremmin keskenään, jotta olemassa olevaa tietoa pystyttäisiin tehokkaammin käyttämään hyväksi hoitopääsyn seurannassa. Tuominen nosti esimerkiksi Kelan Kanta-järjestelmän, jonka kanssa THL on jo pitkään tehnyt yhteistyötä. Vaikka THL:lla on rajapintaa Kanta-järjestelmään ja osa hoitopääsytiedoista on sieltä saatavissa, nykyinen tiedonkeruuprosessi ei tekniseltä puoleltaan tue tietojen hakemista.

Jos ajattelee vaikka Kantaan niin ja sitten vaikka näitä hoitopääsytietoja, niin osan tiedosta saisi varmasti suoraan Kannasta, kunhan olisi tämä rajapinta ja sitten nämä muut metatiedot olis määritelty. Niin tuota haasteena tulee varmaan tulevaisuudessa olemaan se, että osa niistä tiedoista otetaan kannasta ja osa otetaan suoraan potilastietojärjestelmästä, mutta se vaatii semmoista teknistäkin kehittämistä aika paljon. (Tuominen)

Haastatteluista pystyttiin lisäksi tunnistamaan yhtenä pakottavana paineena potilaiden tietosuojaan vaikuttavat lait. Sekä lääkintöneuvos Pikkujämäsä että kehittämispäällikkö Tuominen vakuuttivat THL:n hoitopääsytietojen keräämisen olevan tietoturvallista. Lisäksi potilaiden tiedot kerätään koonti- eli aggregaattitasolla, jolloin potilaiden henkilöllisyydet eivät käy ilmi raportoiduista tiedoista missään vaiheessa.

Ne (tiedot) on aggregaattitasolla elikkä siellä on vaan lukumääriä tietyiltä erikoisaloilta ja ne toimitetaan semmoiseen suojattuun sähköpostiosoitteeseen ja niin siellä on aina koodi. Jokainen sairaanhoitopiiri on saanut oman koodin ja sitten se pitää olla myös se liite siinä, siinä on oma koodi ja se on määritelty ja se on tarkkaan ohjeistettu, että miten se lähetetään. (Tuominen)

Kun on ollut THL:ssä töissä, niin kyllähän siellä tietosuoja ja tietoturva niihin THL:n seurantatehtäviin on toki pyritty todellakin varmistamaan. Ja vaikka toi on kansalaisille esimerkiksi saatavissa toi tieto, niin eihän sieltä yksilötietoja, henkilötietoja, näe näistä tämmöisistä poolatuista osuuksista, että pitäisin sitä aika hyvänä. (Pikkujämäsä)

5.1.3 Hoitopääsytietojen saatavuus ja reaaliaikaisuus

Useissa kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa nostettiin esiin reaaliaikaisten tietojen merkitys niin palveluiden tarjoajille kuin viranomaisille (Martalog & Bains 2009; Ju ym. 2013; Ebbevi ym. 2021). Haastattelussa kehittämispäällikkö Tuominen nosti esille tiedonkeruusyklin, joka on vuoden 2021 alusta muuttunut kuukausittaiseksi. Tuomisen mukaan tavoitteena tulevaisuudessa on saada hoitopääsytietoja yhä reaaliaikaisimmiksi, ja ihannetilanteessa hoitopääsytiedot olisivat saatavilla kerran vuorokaudessa. Tuominen tunnistikin reaaliaikaisten hoitopääsytietojen olevan oleellisia päätöksenteossa niin sairaanhoitopiireille, viranomaisille kuin potilaille. Lisäksi tietojen pohjalta tehdään tutkimustyötä.

*Ja nyt ne on vaan vasta tämän vuoden tullut kerran kuukaudessa, ja se tarve ja tavoitehan on, että ne jossain vaiheessa saataisiin ihan niin kuin likireaaliaikaiseksi samalla tavalla kuin Hilmo-järjestelmästä tulee muita hoitoon liittyviä raportointitietoja reaaliaikaisesti kerran vuorokaudessa. –
– Näitä tietoja tarvii tietysti päättäjät, eri sairaanhoitopiireistä ja myös eduskunnassa hallituksessa näitä tietoja kysytään ja sen perusteella tehdään*

tietyllä tai ne auttavat siinä päätöksenteossa. Sen lisäksi näitä tietoja käytetään aika paljon tutkimuksen teossa. (Tuominen)

Yhtenä pakottavana muutospaineena haastatteluissa nousi esiin koronapandemia. Vaikka koronapandemian aikana sairaanhoitopiirien ei ole tarvinnut noudattaa enimmäisodotusaikoja säännöllisesti, erikoissairaanhoidon potilaiden hoitoonpääsy on entisestään viivästynyt. Lääkintöneuvos Pikkujämsä näki koronapandemian myös mahdollisuutena, sillä pandemian takia sairaanhoitopiirit ovat alkaneet toimittaa THL:lle tietoja kuukausittain. Tällöin niin sairaanhoitopiireillä, potilailla ja viranomaisilla on aiempaa reaaliaikaisempia tietoja potilaiden hoitoonpääsystä saatavilla.

Mutta nythän meillä korona tietenkä tätä (enimmäisodotusajoissa pysymistä) on sitten sotkenut. – – Että ehkä silleen hyvä nostaa kuitenkin tämä esiin, että tiedonhallinnan näkökulmasta tällöinen kriisi on aina myös mahdollisuus. Se on tuonut meille selvästi nopeamman syklin, joka toivon mukaan jää myös päälle, et me saadaa ja analysoidaan tiiviimmässä aikataulussa. (Pikkujämsä)

Toisaalta lääkintöneuvos Pikkujämsän käsityksen mukaan huhti-, elo- ja joulukuussa ilmoitettavat tiedot olisivat edelleen luotettavampia kuin kuukausittain julkaistavat tiedot. THL julkaisee yhä kattavat raportit näiltä kolmelta kuukaudelta, mutta kehittämispäällikkö Tuominen mukaan myös kuukausittain julkaistavat tiedot pyritään käymään huolellisesti läpi ennen julkaisua.

Eli periaatteessa saadaa kuukausittaista hoitoonpääsytietoa, mutta olemme sieltä hoksattu sitten semmoista ihan yhtäkkiä älytöntä, että mikä on muka ja sieltä löytyykin joku virhe. – – Kyllä ne pyrkii aikalailta varsinkin huhti-, elo-, ja joulukuun tulosten perusteella käymään läpi sitä, että se tieto olisi myös luotettavaa. (Pikkujämsä)

Ne julkaistaan kerran kuukaudessa tuonne meidän sivulle. Ja sitten kolme kertaa vuodessa tehdään tilastoraportti, vähän tällöinen laajempi, jolloin tehdään myös laatuseloste, että mitkä on mahdollisesti vaikuttanut tähän tiedonkeruuseen ja tiedonhallintaan. – – Se on pakko se laatu tarkistaa, ettei sitten julkisuuteen joudu semmoista tietoa, mikä on jostakin inhimillisestä virheestä johtuvan ja näyttää vaikka, että hoitojonot on kasvanut jossakin 50 prosenttia, mikä ei pidä paikkaansa kanssa sitten ollenkaan. Se nostas vaan turhaa kohua (Tuominen)

Osa sairaanhoitopiireistä on alkanut julkaista omilla sivuillaan THL:n keräämiä hoitopääsytietoja reaaliaikaisempia ja kattavampia tietoja. Lääkintöneuvos Pikkujämsän mukaan kaikissa sairaanhoitopiireissä tieto ei kuitenkaan ole keskenään vertailukelpoista, minkä vuoksi THL ei pysty keräämään ja julkaisemaan näitä tietoja valtakunnallisella tasolla. Sekä lääkintöneuvos Pikkujämsä että kehittämispäällikkö Tuominen toivat haastatteluisaan HUSin esimerkinomaisesti esiin.

Se tuska, kuinka paljon parempaan aina yksittäinen yksikkö (HUS) sen oman tietonsa näkökulmasta pääsee, kuinka paljon informatiivisemmin ne pystyy kattoon ja laittaa tätä. Ja THL ei pääse tähän, kun se tieto ei ole joka sairaanhoitopiiristä tai toimintayksiköstä ole ehkä samanlaista. – – Kyllä se taas toisaalta sitten erikoissairaanhoidon johtamista ja myös sitten ammattilaisten omaa motivaatiota lisää, että saa sitä dataa siitä, miten just meillä menee. (Pikkujämsä)

Aika paljon sairaanhoitopiirit tekee jo omaehtoista tiedonkeruuta. Hyvä esimerkki esimerkiksi se on HUS, niin heillä on etusivulla koko ajan reaaliaikaisena se, että onko siellä paljon yli puoli vuotta odottaneita yhteensä riippumatta erikoisaloista ja aika monella sairaanhoitopiirillä on samanlaisia systeemejä. Että tavallaan se omavalvonta toimii hyvin. Ja sitä mukaa, kun tietoaaltaita ja niitten erilaisia toimintoja tiedon hyödyntämistä ja lounhintaa kehitetään, niin ne on ne sellaiset haasteet sitten, että saadaan ne tavallaan hyötykäyttöön tähänkin. (Tuominen)

Ebbevi ym. (2020, 10) korostivat tutkimuksessaan, että vanhat tiedot eivät ole sairaanhoitopiireille läheskään yhtä hyödyllisiä kuin reaaliaikaiset tiedot, mikä voi vaikuttaa sairaanhoitopiirien raportointimotivaatioon. Lääkintöneuvos Pikkujämsä piti nykyisenä haasteena myös liian hidasta seurantasyykliä. Kun edellisen kuukauden tiedot on saatu julkaistua, sairaanhoitopiirissä on voinut jo tapahtua muutoksia, joiden seurauksena tilanne on muuttunut.

Ja tässä me on oltu ehkä vähän huonoja, että meillä tietoa kaatuu tuonne THL:n alitaiisiin ja siellä sitä validoidaan, ja sitten juhlavasti muutaman kuukauden välein raportoidaan, jolloin siellä yksiköissä, jos se tilanne on jo mennyt. Siellä on jo taas uusi tilanne; on voitu saada rekrytoitua kolme uutta kirurgia ja se on aivan eri tilanne kuin oli neljä kuukautta aiemmin. Niin tämä on semmoinen iso haaste, että miten saadaan uusiutumaan se

tieto niin et se tulee vielä yksiköittäin juuri sinne, missä sitä tietoa tarvitaan, jotta sitten se kansalaisille näkyy parempana saatavuutena. (Pikkujämsä)

Kehittämispäällikkö Tuominen toi puolestaan esiin nykyisenä haasteena vuoden 2023 alusta tapahtuva hyvinvointialueisiin siirtymisen, minkä seurauksena hoitopääsytietojen keruu tulee muuttumaan, koska tietoja ei kerätäkään enää pelkästään sairaanhoitopiireiltä. Tuomisen mukaan vuoden 2022 aikana suurin tarve on päivittää tiedonkeruutavat siirtymää varten.

No tällä hetkellähän se keskinäinen tai suurin tarve on siinä, kun siirrytään hyvinvointialueisiin vuoden 2023 alusta. Tällä hetkellä tiedot kerätään sairaanhoitopiireittäin ja silloin ei enää ole sairaanhoitopiirejä, vaan silloin menee nämä alueet uusiksi. Sinne tulee erilaisissa kokoonpanoissa näitä toimijoita, jolloin tiedonkeruu pitää ajantasaistaa ensi vuoden aikana.

(Tuominen)

Kehittämispäällikkö Tuominen toi haastattelussa uudelleen esiin lähes reaaliaikaisten hoitopääsytietojen merkityksen sekä vaivattoman tiedonkeruutavan hyvinvointialueisiin siirryttäessä.

Ja tavoitehan tietysti on sitten ja se suurin haaste on se, että saatais sieltä hyvinvointialueelta ne tiedot automatisoitua henkilötasoisella tiedolla niin, ettei näy mitään henkilötietoja tietenkään, mutta et ne olisi niin kun mä sanoin aikaisemmin, että pyrkimys on siihen, että olisi liki reaaliaikainen. Eliikkä se tulisi automaattisesti niiden muiden tietojen toimittamisen kanssa myös nämä hoitopääsytiedot. (Tuominen)

Hyvinvointialueisiin siirtymiseen liittyy myös tekninen haaste, sillä kehittämispäällikkö Tuomisen mukaan tietokantojen ja kuutioiden metatiedot pitää määritellä uudelleen.

Ne (tietokantojen ja kuutioiden metatiedot) pitää määritellä sitten hyvinvointialueitten mukaan, sinne pitää tulla erilaisia tasoja, kun siellä on nyt kunnat ja sairaanhoitopiirit, niin siellä pitää olla hyvinvointialueet, kunnat ja tuottajat. Koska niitä voi myös sitten hyvinvointialueella voi olla yksityiseltä puolelta niitä tuottajia ja tietoja kerätään heiltäkin ja ihan samalla tavalla, jos on erikoissairaanhoitoa järjestävä tuottaja. (Tuominen)

5.1.4 Valvonta ja seuraamukset

Valviran lakimies Jormanaisen mukaan nykyiset lait antavat riittävät keinot puuttua kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköiden lainvastaiseen toimintaan. Valviran tehtäviin kuuluu valvoa erikoissairaanhoidon, kun taas aluehallintoviranomaiset valvovat perusterveydenhuoltoa. Lisäksi AVI:t käsittelevät yksittäiset kantelut, vaikka niissä olisi kyse erikoissairaanhoidosta.

– – Lainsäädäntö antaa riittävän tehokkaat keinot puuttua lainvastaiseen toimintaan. – – Valvira valvoo näiden THL:n tietojen perusteella tosiaan erikoissairaanhoidon ja aluehallintovirastot eli AVI:t sitten perusterveydenhuoltoa, vaikka se nyt ei tässä ollutkaan aiheena. Tosiaan AVI:t käsittelee myös yksittäiset kantelut, vaikka niissä olisi kyse erikoissairaanhoidon pääsystä. (Jormanainen)

Lakimies Jormanaisen mukaan Valviran valvonta perustuu samoihin tietoihin, jotka ovat myös kansalaisille saatavilla THL:n sivuilta. Valviran tietohallinto tekee tiedoista vielä erillisen koontin valvonnan tietotarpeiden mukaisesti.

Koonti, minkä sieltä tietohallinnosta sitten tekee, niin ne on sieltä otettu niistä THL:n sivuilta. – – Ja osahan on silleen, kun THL:n kanssa tehdään yhteistyötä, niin tietysti he sitten keräävätkin semmoisia tietoja sairaanhoitopiireiltä, jotka nimenomaan sitten vastaa näihin meidän tietotarpeisiin. (Jormanainen)

Lisäksi lakimies Jormanainen esitti, että valvonnassa käytetään hyvin pitkälti samaa erikoisalajakoa kuin THL:n julkaisemissa hoitopääsytiedoissa.

No sisätaudit esimerkiksi niin on vaan sisätaudit, että tosiaan sama kuin kirurgia niin siihen kuuluu paljon sen alle, että ne on vaan yhdistetty. (Jormanainen)

Kiireettömän erikoissairaanhoidon pääsyn valvonta perustuu tiettyihin ennalta sovittuihin tunnuslukuihin. Sairaanhoitopiirin erikoisalajien hoitoon pääsyn ja läheteiden käsittelyn asianmukaisuutta ja Valviran toimenpiderajan ylittymistä arvioitaessa käytetään kahta peruskriteeriä: hoitoon pääsyn tai läheteiden käsittelyn enimmäisaikojen ylityksiä tulee olla vähintään kymmenen, ja niiden tulee vastata vähintään viittä prosenttia kaikista kyseisellä erikoisalalla hoitoa odottavista potilaista tai käsitellyistä läheteistä. Lisäksi sairaanhoitopiirin hoitoon pääsyn ”kokonaistilannetunnuslukuna” käytetään yli

kuusi kuukautta jonossa olleita potilaiden määrää suhteutettuna koko sairaanhoitopiirin alueella asuvan väestön määrään. Väestönmäärä on jaettu sitä ennen luvulla 10 000. Tunnusluvun toimenpideraja on neljä.

Erikoissairaanhoidossa peruskriteerit eli no periaatteessa sitten, että otetaan valvontaan, niin on tällöiset: läheteet ja sitten erikoisalot niin, jossa hoitoon pääsy ylittää sen enimmäisajan, niin niitä on yli kymmenen kappaletta ja ne on yli viisi prosenttia kaikista läheteistä tai sen erikoisalan hoitoa odottavista. Sitten on myös tällöinen tuota kokonaistilannetunnusluku, jossa lasketaan yli kuusi kuukautta jonossa olleet potilaat ja se sitten suhteutetaan sen sairaanhoitopiirin asukkaiden määrään, jaettuna luvulla 10 000. Eli jos on vaikka 100 000 asukasta, niin sitten se jaetaan se yli kuusi kuukautta jonossa olleet potilaat kymmenellä, ja sitten valvonta tässä se toimenpideraja on sitten neljä eli tämä suhdeluku.
(Jormanainen)

Tunnuslukujen ylityksien lisäksi valvontatapaukset voivat tulla vireille myös muiden viranomaisten antamien tietojen perusteella. Esimerkiksi AVI:lle tulleissa kanteluissa voi olla viitteitä laajoista hoitoon pääsyyn ongelmista tai ylimmät laillisuusvalvojat, eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri, voivat omassa valvontatoiminnassaan havaita puutteita hoitoon pääsyssä ja pyytää Valviralta lausuntoa asiassa tai muuten selvittämään sitä.

Oli näistä kanteluista puhe, niin niissä voi olla sitten liityntöjä hoitoon pääsyyn, että esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamies tai oikeuskansleri ylimmät laillisuusvalvojat pyytää lausuntoja. – – kun toimenpiderajat ylittyy sitten, jos toki on semmoinen tilanne, että siinäkin joutuu sitten tehdä harkintaa että ei liene tarkoituksenmukaista, että vaikka kaikki sitten ylittäisi, että kaikki otetaan valvontaan. (Jormanainen)

Lakimies Jormanaisen mukaan sairaanhoitopiireillä on tyypillisesti pari kuukautta aikaa vastata vireille laitettuihin selvityspyyntöihin. Jormanainen kertoi, että viimeisimmät kiireetöntä erikoissairaanhoitoon pääsyä koskevat valvonnat tulivat Valvirassa vireille THL:n huhtikuun 2021 tietojen perusteella, mutta Valvira ei ollut ratkaissut niitä vielä haastatteluhetkellä helmikuussa 2022. Aluksi Valvira lähetti heinäkuussa 2021 selvityspyynnöt sairaanhoitopiireille. Selvityspyyntöjen vastausaika oli syyskuun

puoleenväliin. Tyypillisesti selvityspyynnöissä pyydetään sairaanhoitopiirejä toimittamaan ajankohtaisia tietoja tietyn kuukauden lopusta.

Viimeiset valvonnat mitkä avattiin tuossa huhtikuun eli viime vuoden huhtikuun tietojen perusteella. Heinäkuussa saatiin selvityspyynnöt eteenpäin. Niissä oli sitten vastausaika tuonne syyskuun puoleenväliinköhän se oli, ja no sen jälkeen niin on sitten vielä asiat ratkaisematta, että sinänsä niissä selvitysaika niin yleensä menee silleen, että pyydetään sitten ne ajankohtaiset tiedot tietyn kuukauden loppuun ja pyydetään sitten siitä pari viikkoa toimittamaan. (Jormanainen)

Lakimies Jormanainen kertoi haastattelussa, että Valvira voi kohdistaa valvonnan kohteeseen erilaisia laissa säädettyjä seuraamuksia, jos ne ovat tarpeen hoitoon pääsyn tilanteen saattamiseksi lain edellyttämälle tasolle. Voimakkaimpia seuraamuksia ovat määräykset tai uhkasakolla tehostetut määräykset ja lievimpiä muun ohella kehotukset tai valvottavan yleinen ohjaus. Ratkaisuna voi myös olla, ettei asia anna aiheita enempään.

Jos aikaisemmin silloin, kun tähän alun perin ryhdyttiin, niin käytettiin tosiaan näitä voimakkaampia seuraamuksia, tosiaan määräyksiä tai uhkasakolla tehostettuja määräyksiä, mutta kun tilanne on sitten, on se valvonnan ansiosta tai muutenkin, niin korjaantunut, niin ei ole sen jälkeen vähään aikaan käytetty tällöisiä, että on ollut sitten kehotuksia tai ei toimenpiteitä. (Jormanainen)

Lakimies Jormanaisen mukaan voimakkaimpia seuraamuksia käytettiin erityisesti hoitoon pääsyn valvontatoiminnan alkuvuosina. Esimerkiksi vuonna 2008 kolmelle sairaanhoitopiirille annettiin uhkasakolla tehostettu määräys ja muille määräys. Viime aikoina ei ole ollut perusteita antaa kehotuksia voimakkaampia seuraamuksia.

Vaikka vuosi 2008 maaliskuussa kolmea sairaanhoitopiiriä koskeva uhkasakolla tehostettu määräys ja kesäkuussa 2008 kaikille muille sairaanhoitopiireille määräys. – – Että on sitten lähdetty varmaan, kun on aloitettukin, niin sitten tehokkaasti liikkeelle. Tosiaan jos siinä ajattelee, että vähintäänkin kaikille sairaanhoitopiireille on tullut määräys. Ja sitten vaikka vuosi 2018, niin on valvonnassa ollut osa sairaanhoitopiireistä useamman kerran, mutta että tosiaan niin valvontatapahtumia on ollut silloin yksitoista, niin tosiaan siinä on kuusi kehotusta ja viisi ei toimenpiteitä. Eli tietysti merkittävä ero. (Jormanainen)

Myös lakimies Jormanainen piti tietojen ajankohtaisuutta yhtenä valvontaprosessin haasteena. Aiemmasta luvusta ilmenneen mukaisesti THL:n julkaisemat hoitoon pääsyn tiedot ovat sairaanhoitopiirien näkökulmasta valvontaprosessia aloitettaessa usein jo vanhentuneita. Tietojen reaaliaikaisuus olisi valvonnan näkökulmasta erittäin tärkeää, jotta hoitoon pääsyn tilanteesta saataisiin mahdollisimman ajantasainen ja oikea kuva ja jotta valvonnan resurssit voitaisiin kohdistaa kustannustehokkaasti. Kun selvityspyyntö lähetetään vanhentuneilla tiedoilla, todellinen tilanne on saattanut muuttua jo olennaisesti ja resursseja menee hukkaan.

Jos nyt ajattelee tämmöistä, että no niin nyt on nämä tiedot. Siinä sitten kestää oma aikansa, että avataan valvonnat, pyydetään selvitys, saadaan ne. Sitten ne käsitellään. Sitten mahdollisesti olisi joku toimenpide. Joskus aikaisemmin sitten vaikka määräyskin, että ajatellaan, että tässä täytyisi nyt määrätä, että on toiminta saatettava sitten lain mukaiselle tasolle. Ja sitten kuultaisiin, niin kun hallintoprosessissa kuullaan valvottavaa, ja sitten näyttää, että tilanne onkin korjaantunut. Niin no sittenhän ei enää perusteita ole sille määräykselle. – – jopa ne selvityksen tiedotkin saattaa olla vanhoja, että tilanne on muuttunut. (Jormanainen)

Lakimies Jormanainen pohti haastattelussa myös piiloon jäävien ongelmien mahdollisuutta. Valvontapäätöksen perusteena olevat hoitoon pääsyn tiedot eivät ole koskaan täysin reaaliaikaisia, joten varmuutta sairaanhoitopiirin ajankohtaisesta tilanteesta ei ole. Kyseiset tiedot perustuvat sairaanhoitopiirien ilmoituksiin, ja niissä voi olla virheitä. Vastaavasti myös käytettäviin tunnuslukuihin liittyy epävarmuuksia. Ei ole helposti arvioitavissa, kuvaavatko tunnusluvut riittäväällä tarkkuudella potilaiden hoitoon pääsyä ja sen mahdollisia ongelmia.

Ja sitten jos olisi vielä semmoinen lievä toimenpide, että no periaatteessa se, että on saatu selvitys ja ei tässä nyt enää olekaan ongelmaa ja sitten todetaan, että ei toimenpiteitä, niin eihän sitä sinänsä voi tietää, että onko se tilanne nyt just semmoinen kuin pitäisi. – – Ja sitten toki se, että osaako sairaanhoitopiiri ilmoittaa tiedot oikein ja sitten toisaalta se, kun meillä on nämä tietyt tunnusluvut, joiden perusteella sitten arvioidaan, että otetaanko valvontaan niin osoittaako ne siitä, että on ongelmia tai jäikö sitten ongelmia peittoon. (Jormanainen)

Lakimies Jormanainen nostikin selkeiksi valvonnan kehityskohteiksi tietojen reaaliaikaisuuden ja tunnuslukujen ”oikeellisuuden” parantamisen. Valvonnassa ei tarkastella ajankohtaisesti hoitoon pääsyn tietoja kuukausikohtaisesti vaan harvemmin.

Niin tosiaan 2021 alkoivat sitten julkaista kuukausittain. No sanotaan näin, että se on semmoinen kehittämissuunta. – – Tai siihen suuntaan pitäisi mennä, että tavallaan se just, että olisi mahdollisimman ajantasainen tieto käytettävistä. Voisin ajatella niin, että vaikka esimerkiksi niin, että tavallaan tulis, onko se sitten kuukausittain tai tulisiko kvartaaleina tai lyhyemmällä ajalla, että jotain tilastotietoja sitten jopa niin, että niistä näkyisi jotain trendiä ja sen mukaan sitten katsottaisiin tätä valvontaa, niin se ei varmasti ainakaan huonontaisi sitä valvonnan tehokkuutta. (Jormanainen)

Lääkintöneuvos Pikkujämsä pohti valvonnan seuraamusten kehityssuuntia. Voimakkaiden seuraamuskeinojen sijaan Pikkujämsän mukaan potilaille tulisi tulevaisuudessa erilaisten ostopalveluiden tai palvelusetelien avulla pystyä tarjoamaan hoitoa muualta. Pikkujämsän mukaan voimakkaat seuraamuskeinot eivät ole tehokkaita, koska enimmäisodotusaikojen venymiset lähtökohtaisesti aina johtuvat sairaanhoitopiirin resurssipulasta.

Jos sillä tarkoitetaan tätä uhkasakko tai valvovien viranomaisten keinoja, niin en tiedä onks se oikea. Pitäisikö meidän kehittää lainsäädäntöä sillain, että niin kuin aikaisemmin tai kattavammin tulis esimerkiksi se, että jos ei kyseinen hyvinvointialueen sairaala pysty tuottaa, niin pitäisi käyttää ostopalvelua, palveluseteliä tai muita hyvinvointi alueita aktiivisemmin. Tämän kaltaisia on ministeriön säädöspohjaiset keinot, jotka voi ehkä olla tehokkaampia kuin se, että ”tsot tsot teiän sairaala ei nyt pysty tuottamaan”. Tämä sanktiohomma on sikäli vaikea, että kun meillä on osajapula, ei ole tietyn alan vaikka erikoislääkäreitä, ne ei kerta kaikkiaan ole saatavilla. Mitä se auttaa sitten, että pannaan kahden miljoonan sakko, jos ei ole?
(Pikkujämsä)

Vaikka potilailla on mahdollisuus hakea hoitoa toisesta sairaanhoitopiiristä tai jopa ulkomailta enimmäisodotusaikojen ylittyessä, vain harvat potilaat ovat käyttäneet tätä mahdollisuutta Pikkujämsän mukaan. Myös Kozlowski ja Worthington (2015, 337) havaitsivat, että Tanskassa potilaat harvoin vaihtavat palvelun tarjoajansa, vaikka heillä olisi siihen mahdollisuus.

Varsinkin nyt korona-aikaan tullut paljon esimerkiksi näistä lonkkaleikkauksista ja muista, että kun tähän omaan sairaalaan mihin minä odotan, on pitkä aika, niin jos minä vaihdan, niin putoanko jonon hännille? Kyllä, putoat siinä sairaalassa, tämä on sairaalakohtainen. Kovin paljon suomalaiset eivät vielä ole liikkuneet, vaan ovat sitten halunneet jonottaa siihen omaan sairaalaan vaikka se veisi vähän pidempään.

(Pikkujämsä)

Sekä lääkintöneuvos Pikkujämsä että lakimies Jormanainen olivat tyytyväisiä tämän hetken valvonnan roolijakoon, sillä molemmat pitivät sitä selkeänä ja toimivana. Lisäksi lakimies Jormanainen toi haastattelussa esiin hyvin toimivan yhteistyön THL:n sekä valvottavien sairaanhoitopiirien kanssa.

Niin tämä roolitus on minusta ihan oikea ja tärkeä, että me emme ministeriössä lähde yksittäisen hetun asiaa hoitamaan. – – Toimii hyvin, mutta roolithan ovat selvät. (Pikkujämsä)

– – Tosiaan matalalla kynnyksellä voi kysyä tilastotiedoista (THL:lta), jos pohtii, että onko nähnyt oikeat niin tuota tosiaan tämmöistä. Ja sitten tietysti näihin erikoissairaanhoidon toimijoiden suhteen niin, tiedot on saatu aikataulussa, että se valvontaviranomaisen ja valvottavien suhde tai yhteistyö kyllä toimii. STM tietysti sitten ohjaa alaistaan hallintoa.

(Jormanainen)

Lakimies Jormanaisen mukaan valvonnan roolijako saattaa kuitenkin muuttua tulevaisuudessa, jos perustetaan yksi valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto. Tämä yhdenmukaistaisi ja tehostaisi valvontaa ja vapauttaisi resursseja, kun vältyttäisiin tulkintaongelmilta ja mahdollisilta päällekkäisiltä valvonnoilta.

Nyt voi helposti ajatella, kun on kaksi itsenäistä toimijaa (Valvira ja AVI:t), niin siinä on sitten aina vähän semmoista hakemista. – – Siinä olisi ainakin se, että kun AVI:tkin sitten valvoo yksittäisiä kanteluita, mutta saattaa olla, että jos on paljon kanteluita samasta asiasta, niin onko se sitten enää yksittäisiä kanteluja – – että Valvira valvoo tämmöiset hankalat tulkintakysymykset, niin tuota jäisi tietysti pois, että kyllähän se sitä virtaviivaistaa. – – Että varmasti toiminta muuttuisi tehokkaammaksi.

(Jormanainen)

Koronapandemia on vaikuttanut kiireettömän erikoissairaanhoidon pääsyn valvontaan. Esimerkiksi THL:n 31.8.2019 julkaistujen tietojen perusteella avattuja valvontoja ei jatkettu 2.4.2020 tehdyllä päätöksellä, koska tuolloin oli voimassa valmiuslain (1552/2011) perusteella annettu asetus kunnan oikeudesta poiketa kiireettömän terveydenhuollon hoidon enimmäisodotusaikojen noudattamisesta ja sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinneista.

Toki nyt tämä korona-aika on muutenkin ollut poikkeuksellista. – Elokuun 2019 seurantatiedot, eli siis nämä THL:n tiedot, niin pyydettiin sitten selvityspyynnöt alkuvuodesta 2020. Ja sitten päätettiin huhtikuussa 2020, kun silloin oli voimassa tämä asetus siitä, että niitä (enimmäisodotusaikoja) ei tarvitse noudattaa. No sitten vuonna 2020, niin pidettiin tai neuvoteltiin sitten seitsemän sairaanhoitopiirin kanssa, ja tammikuussa 2021 päätettiin ”ei aihetta enempää”. Perusteluna oli sitten myös toki muitakin, mutta tosiaan yhtenä perusteena oli tämä koronatilanne. Sitten viime vuodelta vuoden 2020 seurantatiedot siis viimeisen päivän eli 31.12., niin sitten toukokuussa päätettiin, että ei aloiteta uusia tai aloiteta valvontaa niiden THL:n 31.12.2020 tietojen perusteella. (Jormanainen)

Lääkintöneuvos Pikkujämsä puolestaan nosti haastattelussa esiin, että koronapandemian aikanakin STM:ssä on seurattu sairaanhoitopiirien hoitopääsyn tilanteita, jotta muuttuviin tilanteisiin voidaan reagoida. Pikkujämsän mukaan STM:n rooli valvonnassa onkin seurata, ohjata, rahoittaa ja tarvittaessa muuttaa lainsäädäntöä.

Totta kai me seurataan tätä hoitopääsyä, ja nyt vaikka koronan aikana tätä hoitovelka-näkökulmaa, jota kautta sitten taas päästään siihen, että pitääkö alueita ohjata tai pitääkö esimerkiksi rahoittaa. (Pikkujämsä)

5.2 Jäljittelevät prosessit

DiMaggio ja Powell (1983, 149) sekä Liang ym. (2007, 75) esittivät, että organisaatiot alkavat jäljitellä toisiaan epävarmuuden vallitessa. Vaikka enimmäisodotusajoissa pysymisen voidaan ajatella olevan epävarmuustekijä sairaanhoitopiireille, haastatteluista ei tunnistettu juurikaan jäljitteleviä prosesseja. Lääkintöneuvos Pikkujämsän ja kehittämispäällikkö Tuomisen haastatteluista havaittiin, että erikoissairaanhoidon kansainvälinen yhteistyö hoitopääsy tietojen mittaamisen ja raportoinnin osalta on lähes olematonta hoitotakuujärjestelmien eroavaisuuksien takia. Kuten esimerkiksi Viberg ym.

(2013 55–57) ja Lee ym. (2021, 1004, 1006) esittivät luvussa 4.2. odotusaikojen kansainvälisen vertailun olevan haastavaa, koska käytössä on erilaisia mittareita, seurantapisteitä, enimmäisodotusaikoja ja muita käytänteitä. Lisäksi lukujen 4.1.1 ja 4.1.2 hoitotakuujärjestelmien vertailun pohjalta voidaan todeta, ettei Suomella ole vakiintuneita hoitotakuukäytäntöjä Tanskan, Ruotsin tai Norjan kanssa, vaikka rakenteellisesti järjestelmät toimivat samankaltaisesti.

Mä en oikeastaan tohon osaa kauheen hyvin vastata, kun järjestelmät on vähän erilaisia. – – Mä en osaa tähän sulle vastata. En myöskään, miten niistä on säädetty. Sen tiedän, että Ruotsi, joka on varmaan ehkä meitä lähimpänä malli, niin sekin vaihtelee siellä alueittain myös siis maantieteellisesti eri näiden regionien välillä. (Pikkujämsä)

Sitä (kansainvälistä yhteistyötä) on vähän vaihtelevasti. Mulla on sen verran lyhyt kokemus vielä tässä tehtävässä, että mulla ei ole tullut vielä hirveän montaa tällaista yhtymäkohtaa kansainväliseen. Pohjoismaissa esimerkiksi on vähän eri tapoja millä tätä tietoa kerätään ja vähän erilaisia, että mä...Sitä on vähän vähemmän, mutta siihen pyritään, että sitä yhteistyötä lisättäisiin. (Tuominen)

Kehittämispäällikkö Tuominen toi haastattelussa esiin, että kansainväliseen yhteistyöhön pyritään, jotta hyväksi todettuja käytäntöjä esimerkiksi tiedonkeruussa saataisiin käyttöön. Haastatteluista nousikin esiin Pohjoismaiden laaturekisteriyhteistyö.

Nyt on jo yhteistyötä eri erikoisalojen kanssa, niin tällaisessa hoitopääsy asioissa on tuota Pohjoismaissa esimerkiksi syövän hoidon laaturekisteriin, niin siinä on silloin mukana myös esimerkiksi syöpäyhdistys Suomesta ja kaikki yhdistystoiminta, mikä on näiden erikoisalojen. Mutta se on varmaan hyvä esimerkki sellainen laaturekisteri yhteistyö; niitten kokoaminen ja vertailu. Se liittyy tähän hoitopääsyyn myös olennaisina. (Tuominen)

Bhakoo ja Choi (2013, 445) tutkimuksesta käy ilmi, että julkiset terveydenhuollon yksiköt yleensä jäljittelevät toisiaan. Koska julkiset yksiköt eivät varsinaisesti kilpaile keskenään, ne jakavat usein mielellään hyväksi todettuja tai tehostavia toimintatapoja toisille yksiköille. Kehittämispäällikkö Tuomisen mukaan THL on tehnyt joidenkin sairaanhoitopiirien kanssa yhteistyötä hoitopääsytietojen tiedonkeruun automatisoinnin parantamiseksi.

– – Tiedonkeruussa, niin kun mietitään tätä, että miten se jatkossa saadaan automaattisemmaksi, niin on joidenkin vapaaehtoisten sairaanhoitopiirien kanssa sitä katottu vähän pienemmällä porukalla. (Tuominen)

Lisäksi lääkintöneuvos Pikkujämsä toi haastattelussa esille, että jotkin sairaanhoitopiirit ovat tehneet yhteistyötä keskenään laatu- ja vaikuttavuustiedon koordinoinnissa.

Tätä (laatu- ja vaikuttavuustiedon koordinaatiota) on Suomessakin niin kuin nämä eri esimerkiksi sairaanhoitopiirit tehneet osin keskenään benchmarkaten, osin sitten vähän ite, että me otetaan tämä mittari, ja tämä mittari ja tämä mittari. (Pikkujämsä)

Haasteeksi laatu- ja vaikuttavuustiedon mittaamisessa nousee kuitenkin usein kansallisen koordinoinnin puute, minkä vuoksi sairaanhoitopiirien tiedot eivät usein ole vertailukelpoisia keskenään eikä mitattavista tiedoista saada sitä informaatiota, mitä haluttaisiin.

– – Jos on tullut sitten se hankaluus, että kun niitä ei ole koordinoitu kansallisesti, niin ne tiedot eivät ole yhteensopivia. Siis ei mitata samaa asiaa, jolloin niistä ei saada myöskään irti sitä mitä haluttaisiin. Että ”hei, teillä menee päin pyrstöä, kehittäkää palvelua” tai sitten että ”vau, mitä te voisitte muille antaa, kun te saatte noin hyvät tulokset”. (Pikkujämsä)

5.3 Normatiiviset muutospaineet

DiMaggion ja Powellin (1983, 151) mukaan normatiiviset muutospaineet muodostuvat ammattikuntien ajatuksista, asenteista tai tavoista toimia tietyllä tavalla. Tässä tutkimuksessa ei tunnistettu varsinaisia normatiivisia muutospaineita, sillä hoitopääsytietojen hallintaprosessiin osallistuu hyvin monipuolisesti osajia erilaisilla koulutustaustoilla. Tutkimuksen haastatteluiden perusteella voidaan tunnistaa, että hoitopääsytietojen hallintaan tarvitaan koulutustaustaa niin lääke- ja oikeustieteestä kuin teknilliseltä puolelta.

Eli mä en ole todellakaan ICT-nörtti, mutta mä oon pikkuhiljaa toki (oppinut), ja se THL:n aikakin, kun me tehtiin laatu- ja vaikuttavuustiedon koordinaatiota yhdessä substanssiosaajat, siis terveydenhuollon ammattilaiset, data-analyttikot ja sitten ICT-väki, niin totta kai siinäkin vähitellen oppii. (Pikkujämsä)

*– – Meillä tuota tietohallinnosta henkilö tekee noista THL:n tiedoista
semmoisen koonnin. (Jormanainen)*

*– – Sen lisäksi siinä on, on sitten tietenkin vähän enemmän IT-tekni-
puolen osajia ja sitten on yks suunnittelija, jonka kanssa sitten tiettyjä
asioita tehdään yhdessä. – – Itse asiassa olen tullut viime kesänä HUSista
tänne THL:ään, ja mä oon ollut siellä määrittelemässä tutkimusmoduulin
määrittelyitä elikkä se tehdään todella isossa moniammatillisessa
työryhmässä. (Tuominen)*

Toisaalta hoitotakuutietojen hallintaprosessiin osallistuvien henkilöiden käytöstä ja toimintaa ohjaavat aiemmin esitetyt pakottavat paineet ja jäljittelevät prosessit, kuten DiMaggio ja Powell (1983, 151) esittivät. Erityisesti pakottavien paineiden lait ja erilaiset reunaehdot muokkaavat eri instituutioiden asiantuntijoiden suhtautumista käsiteltäviin tietoihin prosessin eri vaiheissa. Esimerkiksi lakimies Reijo Jormanaisen työnkuva perustuu terveydenhuolto- ja erikoissairaanhoidolakien säädösten pohjalle, kun taas kehittämispäällikkö Pia Tuomisen tehtävät perustuvat erilaisten THL:lle asetettujen säädösten ja tiedonkeruun ohjeiden seuraamiseen.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA YHTEENVETO

6.1 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia institutionaalisia muospaineita erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietojen hallintaan kohdistuu. Päättutkimuskysymykseen pyrittiin vastaamaan kahden apututkimuskysymyksen avulla:

- Miten hoitotakuusta on säädetty Suomessa ja Skandinavian maissa?
- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietoja mitataan ja hallitaan?

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista havaittiin, että Ruotsin, Norjan, Tanskan ja Suomen hoitotakuujärjestelmissä on samankaltaisia piirteitä, mutta itse lait ja säädökset ovat kuitenkin niin erilaisia, että yhtenäistä kuvausta on mahdotonta muodostaa kaikkien tarkastelussa olleiden maiden hoitotakuujärjestelmistä. Lisäksi kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsytietojen mittaamistapoja käsittelevästä kirjallisuudesta voitiin havaita, että eri mailla on hoitotakuujärjestelmien lisäksi erilaiset mittaustavat, minkä vuoksi maakohtainen vertailu on haastavaa. Haastattelutuloksista kävi ilmi samankaltaisia havaintoja kuin kirjallisuuskatsauksessa, sillä sekä lääkintöneuvos Pikkujäämsä että kehittämispäällikkö Tuominen pitivät kansainvälistä hoitotakuuseen kohdistavaa yhteistyötä vähäisenä. Sen sijaan reaaliaikaisen tiedon tarve niin sairaanhoitopiirien, potilaiden kuin viranomaisten kannalta nousi sekä kirjallisuuskatsauksessa että haastatteluissa selkeästi esille.

Institutionaalisen teorian kautta tarkasteltuna tutkimuksessa ei pystytty tunnistamaan Suomen erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen hallintaan kohdistuvan merkittävästi jäljitteleviä prosesseja. Haastatteluissa tunnistettiin kansainvälisen yhteistyön merkitys parhaiden käytänteiden omaksumiseksi. Esimerkiksi kehittämispäällikkö Tuominen nosti kansainvälisen yhteistyön lisäämisen yhdeksi tulevaisuuden kehityssuunnaksi. Hoitotakuuyhteistyön sijaan laaturekisteriyhteistyö nousi useamman kerran esiin haastatteluissa. Paitsi, että laaturekisterit ovat tietosisällöltään hoitopääsytietoja kehittyneempiä, niin Pohjoismaissa tehdään myös aktiivisesti yhteistyötä laaturekisterien kehittämiseksi. Haastatteluista tunnistettiin jäljitteleviksi prosesseiksi

laaturekisteriyhteistyön lisäksi sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö laatu- ja vaikuttavuustiedon koordinoinnissa sekä tiedonkeruun automatisoinnissa. Havainto tukeekin Bhakoon ja Choin (2013, 445) esittämää väitettä, jonka mukaan julkisen terveydenhuollon yksiköt pyrkivät usein tekemään yhteistyötä, koska ne eivät varsinaisesti kilpaile keskenään.

Haastatteluiden pohjalta normatiivisia muutospaineita ei havaittu, sillä hoitopääsytietojen mittaamiseen, raportointiin ja hallintaan osallistuu monesta eri ammattikunnasta henkilöitä. Haastatteluiden pohjalta ei myöskään pystytty tunnistamaan, onko henkilöillä samankaltaisia asenteita tai ajatuksia hoitopääsytietojen hallinnasta. Voidaan kuitenkin pohtia, kuinka paljon hoitotakuun säädökset ja lait vaikuttavat hoitopääsytietojen hallintaan osallistuvien viranomaisten ja sairaanhoitopiirien asiantuntijoiden toimitaan.

Lait, säädökset ja viranomaisten asettamat ohjeet asettavat tiedonkeruuprosessin alkuvaiheessa kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköiden toiminnalle reunaehdot, jonka puitteissa heidän tulee mitata ja toimittaa hoitopääsytiedot THL:lle. Tiedonkeruuprosessin siirtyessä eteenpäin voidaan taas tunnistaa erilaisten lakien, säädösten ja ohjeiden vaikutus esimerkiksi THL:n kehittämispäällikkö Pia Tuomisen toimintaan samoin kuin erikoissairaanhoidon yksiköiden valvonnasta vastaavan Valviran lakimies Reijo Jormanaisen työnkuvaan. Vaikka haastatteluissa havaittiin pääsääntöisesti pakottavia muutospaineita, voidaan argumentoida näiden pakottavien muutospaineiden muuttuvan normatiivisiksi muutospaineiksi, kun tarkastellaan eri ammattilaisten työnkuvaa.

Kuten luvusta 5 havaittiin, valtaosa tutkimuksessa tunnistetuista muutospaineista on pakottavia. Handayanin ym. (2016, 28) mukaan julkisen terveydenhuollon yksiköiden ollessa julkisen sektorin hallinnan sekä sosiaali- ja terveysministeriön valvonnan alaisia, ovat niitä koskevat muutospaineet usein aluksi pakottavia, sillä yksikön tulee noudattaa sille asetettuja säädöksiä ja toimintaohjeita. Kun pakottavat muutospaineet on omaksuttu, muuttuvat paineet yhä enemmän normatiivisiksi ja jäljitteleviksi.

Pohjautuen Handayanin ym. (2016, 28) väitteeseen voidaankin pohtia, onko hoitopääsytietojen hallinta Suomessa vielä alkuvaiheessa, minkä vuoksi muutospaineet olisivat lähinnä pakottavia. Hoitotakuu on otettu Suomessa käyttöön vuonna 2005, seuraamusten antaminen sairaanhoitopiireille on alkanut lakimies Jormanaisen mukaan vuonna 2008 ja tietosisältöön on tehty viimeksi vuonna 2013 suurempi muutos. Näiden

seikkojen valossa hoitopääsytietojen hallintaan pitäisi luultavasti kohdistua jo muitakin muutospaineita kuin pakottavia. Miksi näin ei siis ole?

Yhtenä syynä voidaan pitää sairaanhoitopiirien virheellisiä kirjaamiskäytäntöjä, minkä vuoksi tietojen oikeellisuutta ja luotettavuutta joudutaan jatkuvasti uudelleen arvioimaan. Kehityspäällikkö Tuominen toi haastattelussa esiin, että THL:n tehtävänä on tehdä määrittely- ja sanastotyötä sairaanhoitopiirien kanssa, jotta kaikki käyttäisivät yhtäläisiä termejä. Tuomisen haastattelusta kävi myös ilmi, että sairaanhoitopiireillä on ollut haasteita uusien kirjaamiskäytäntöjen käyttöönotossa. Myös kirjallisuuskatsauksessa tuli ilmi haasteita kirjaamiskäytännöissä ja ohjeiden käyttöönotossa niin Suomessa (THL Tilastoraportti 6/2019, 9), Ruotsissa (Ebbevi ym. 2021, 10) kuin Englannissakin (Buchannan ja Storey 2010, 353–354).

Haastatteluiden ja kirjallisuuskatsauksen tuloksien pohjalta toisena mahdollisena syynä voidaan pitää tietojen saatavuutta. Kirjallisuuskatsauksessa muun muassa Vezyridis ja Timmons (2014) sekä Martalog ja Bains (2009) korostivat tutkimuksissaan reaaliaikaisten tietojen merkitystä palveluiden tarjoajille. Kaikki kolme haastateltua virkamiestä tunnistivatkin hoitopääsytietojen saatavuuteen ja reaaliaikaisuuteen liittyvät haasteet. Vaikka hoitopääsytietojen keruusykli muuttui koronan seurauksena kerran kuussa tapahtuvaksi, tarvetta on vielä reaaliaikaisemmille tiedoille erityisesti sairaanhoitopiirin asiantuntijoilla, mutta myös valvovilla viranomaisilla. Pitkä ja hidaskeruusyksi voi laskea sairaanhoitopiirien motivaatiota toimittaa oikeellisia hoitopääsy tietoja viranomaisille, kuten Ebbevi ym. (2021, 10) havaitsivat tutkimuksessaan.

Toisaalta lääkintöneuvos Pikkujämsä toi haastattelussa esiin, että sairaanhoitopiirit pääsevät THL:sta kattavammin käsiksi omiin hoitopääsy tietoihinsa. THL ei kykene keräämään sairaanhoitopiireiltä näitä tietoja, koska kaikki sairaanhoitopiirit eivät kykene tuottamaan samankaltaisia tietoja. Onkin aiheellista pohtia, onko THL:n tiedonkeruuhjeet ajan tasalla vai pitäisikö ohjeita päivittää siten, että kerättävät tiedot olisivat yhtä kattavasti ja helposti saatavilla valtakunnallisesti kuin osalla sairaanhoitopiireistä. Myös erikoissairaanhoidon yksiköiden tietojärjestelmien roolia tiedonkeruussa voidaan pohtia. Taulukosta 3 (s. 49) selvisi, että erikoissairaanhoidon yksiköillä on ollut monia haasteita hoitopääsytietojen toimittamisessa, mikä on vaikuttanut tietojen oikeellisuuteen, yhtenäisyyteen ja saatavuuteen.

Jonsson ym. (2013, 145–146) nostivat tutkimuksessaan esiin, että Suomen hoitotakuujärjestelmän enimmäisodotusajat ovat konservatiiviset verrattuina muihin

maihin. Lakimies Jormanaisen haastattelussa puolestaan tuli ilmi, että valvontaprosessi voi ajallisesti kestää useita kuukausia. Valvontaprosessia voidaan pitää hitaana suhteessa nopeasti muuttuvaan palveluiden tarjoajien ympäristöön. Konservatiiviset odotusajat ja hidas valvontaprosessi ovatkin todennäköisesti yksi keskeinen syy pakottavien muospaineiden pysymiselle, sillä kumpikaan ei välttämättä luo sairaanhoitopiirille painetta tehostaa potilaiden hoitopääsyä. Valvontaprosessia voidaan pitää tehottomana, koska sairaanhoitopiirin tilanne on saattanut muuttua jo ennen kuin valvonta saadaan aloitettua.

Haastatteluissa tunnistettiin useita kehittämiskeinoja yllä esitettyihin asioihin. Esimerkiksi lakimies Jormanainen tiedosti reaaliaikaisten tietojen merkityksen valvontaprosessille, jotta hoitoon pääsyn ongelmiin voitaisiin nykyistä nopeammin puuttua ja sairaanhoitopiireissä tapahtuvia trendejä tehokkaammin seurata. Lääkintöneuvos Pikkujämsä näki laatu- ja vaikuttavuustiedon merkityksen kasvavan tulevaisuudessa enimmäisodotusaikojen mittaamisen sijaan. Kehittämispäällikkö Tuominen puolestaan korosti hoitopääsy tietojen reaaliaikaistamista ja automaattista keräämistä uusista rajapinnoista.

Vaikuttaa kuitenkin, että pakottavat muospaineet tulevat vaikuttamaan erikoissairaanhoidon yksiköiden hoitopääsy tietojen hallintaan keskeisesti myös tulevaisuudessa. THL:n kehittämispäällikkö Tuominen toi haastattelussa esiin, että siirtyminen hyvinvointialueisiin vuoden 2023 alussa tulee voimakkaasti muokkaamaan hoitopääsy tietojen keräämistä. Muutoksen myötä toiminnan reunaehdot tulevat muuttumaan, mikä synnyttää uusia pakottavia paineita hyvinvointialueille ja hallinnoiville viranomaisille. Lisäksi lakimies Jormanainen toi haastattelussa esiin valtakunnallisen valvontaviraston, jonka tarkoituksena olisi tehostaa valvontaa. Kirjallisuuskatsauksesta ja haastatteluista onkin voitu oppia, että Suomen hoitotakuujärjestelmää koskevat muutokset eivät ole toteutuneet ongelmitta ja haasteet ovat pysyneet toiminnassa pitkään.

Yleisesti voidaan siis ajatella, että erityisesti pakottavien muospaineiden takia kiireettömän erikoissairaanhoidon yksiköistä tulee yhä samankaltaisempia hoitopääsy tietojen keräämistä, raportointia ja hallintaa koskien. Tutkimuksessa ei havaittu aiempaan kirjallisuuteen verrattuna eroavaisuuksia. Suomen hoitotakuujärjestelmään ja erityisesti kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsy tietojen hallintaan keskittyvä tutkimus on kuitenkin jäänyt aiemmin melko vähäiselle huomiolle, minkä vuoksi tutkimuksessa pystyttiin tuottamaan uutta tietoa ja havaitsemaan uusia aspekteja Suomen hoitopääsy tietojen hallinnasta.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja rajoitukset

Jotta tutkimusta voidaan pitää luotettavana, läpi tutkimuksen tulee tarkastella tutkimuksen validiteettia. Runesonin ym. (2012, 71) mukaan tutkimuksen validiteetti kertoo tutkimuksen luotettavuuden lisäksi siitä, missä määrin havaittuja tutkimustuloksia voidaan pitää puolueettomina riippumatta tutkijan subjektiivisesta näkökulmasta.

Runeson ym. (2012, 71) jakavat tutkimuksen validiteetin neljään eri alueeseen, jotka ovat rakennevaliditeetti, sisäinen validiteetti, ulkoinen validiteetti ja luotettavuus. Rakennevaliditeetti muodostuu siitä, kuinka tutkijan operatiiviset toimenpiteet todellisuudessa edustavat tutkittavaa aihetta ja esitettyjä tutkimuskysymyksiä. Rakennevaliditeetissa on esimerkiksi tärkeää, että haastattelukysymykset ovat tutkijalle ja haastateltavalle tulkittavissa samalla tavalla. Sisäiseen validiteettiin puolestaan vaikuttavat kausaalisuhteet, joista tutkija ei välttämättä ole tietoinen. Tutkija saattaa esimerkiksi tutkia jonkin tekijän vaikutuksia tutkittuun tekijään, mutta on myös olemassa mahdollisuus kolmannesta tekijästä. Mikäli tutkija ei ole tietoinen kolmannesta tekijästä tai ei huomioi sen vaikutuksia, tutkimuksen sisäinen validiteetti voi olla uhattuna. Ulkoinen validiteetti sen sijaan käsittelee sitä, missä määrin tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää ja missä määrin tutkimuksen tulokset kiinnostavat tapauksen ulkopuolella olevia henkilöitä. Ulkoista validiteettia arvioitaessa voidaankin pohtia, ovatko havainnot merkittäviä muille samankaltaisille tapauksille. Lopuksi tutkimuksen luotettavuus muodostuu tutkimuksen toistettavuudesta, minkä vuoksi on tärkeää esittää, miten kerätty aineisto on koodattu ja minkälaista haastattelurunkoa on käytetty. (Runeson 2012, 71.)

Luotettavuuden parantamiseksi tutkimuksen rakenne, metodologia sekä aineistonkeruu ja analysointi on alusta asti pyritty suunnittelemaan ja toteuttamaan mahdollisimman tarkasti. Tarkalla suunnittelulla tutkimuksen validiteettiin kohdistuvia uhkia pyrittiin väistämään tai ainakin ehkäisemään. Lisäksi luvussa 2 pyrittiin kuvailemaan aineistonkeruuprosessi mahdollisimman tarkasti.

Tämän tutkimuksen rajoitukset koostuvat pääsääntöisesti haastatteluiden toteuttamisesta. Alun perin tutkimuksessa oli tarkoitus haastatella Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä (VSSH) asiantuntijoita, jolloin tutkimuksen näkökulma olisi ollut myös hiukan erilainen – ainakin laajempi. VSSH:n haastattelut jouduttiin perumaan sairaanhoitopiirin pitkän tutkimuslupahakemusprosessin ja tutkimuksen tekijän aikataulujen vuoksi.

Tutkimukseen osallistui loppujen lopuksi kolme haastateltavaa. Pieni otanta itsessään vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja tutkimuksen johtopäätösten yleistettävyyteen. Lisäksi tulee ottaa huomioon, että vaikka haastatellut henkilöt ovat omissa organisaatioissaan alan asiantuntijoita, heidän käsityksensä saattaa esimerkiksi tiedon hallinnasta olla teknisestä näkökulmasta vajavainen, minkä vuoksi haastattelukysymyksiin ei ole välttämättä osattu täysin vastata tai vastaukset ovat saattaneet antaa virheellisen kuvan kysytystä asiasta.

Tutkimuksen tekijän vähäistä kokemusta haastatteluiden järjestämisestä voidaan pitää myös tutkimusta rajoittavana tekijänä. Koska tutkimuksen tekijä ei ole juurikaan aiemmin toiminut haastattelijana, on mahdollista, että teemahaastatteluissa on jäänyt esittämättä jatkokysymyksiä, minkä takia tärkeitä aihealueita on saattanut jäädä käsittelemättä riittävän syvällisesti. Tutkimuksen tekijä on voinut myös tehdä tutkimuksen aikana virheellisiä tulkintoja, sillä tekijällä ei ennestään ollut syvällistä kuvaa tutkimuksen aiheesta tai käsitteistä. Yllä mainitut seikat vähentävät tutkimuksen objektiivisuutta. Toisaalta tutkimuksen tekijä ei työskennellyt haastatteluissa organisaatioissa haastatteluhetkellä, joka omalta osaltaan vähentää subjektiivisuutta.

6.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Tutkimuksen pohjalta voidaan johtaa helposti useita jatkotutkimusmahdollisuuksia. Koska sairaanhoitopiirin asiantuntijoiden haastattelut jäivät tutkimuksesta pois, tulevassa tutkimuksessa voitaisiin keskittyä esimerkiksi tietyn sairaanhoitopiirin henkilöstön käsityksiin hoitopääsytietojen raportoinnista ja tietojen hallinnasta. Tällöin voitaisiin myös selvittää, esiintyykö Suomessa sairaanhoitopiireissä tietojen manipulaatiota enimmäisodotusajoissa pysymiseksi, kuten muun muassa Ebbevi ym. (2021, 10–11) havaitsivat Ruotsissa. Lisäksi tutkimuksen avulla voitaisiin tarkemmin tutkia tietojärjestelmien roolia raportoinnissa, ja sitä, miten erikoissairaanhoidon yksikön henkilökunta kokee tietojärjestelmien tukevan heidän työtään. Toisaalta kehittämispäällikkö Tuomisen haastattelusta nousi esiin, että tuleva hyvinvointialuemuutos tulee muokkaamaan myös hoitopääsytietojen keräämis- ja raportointitapaa. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen hallinnan jatkotutkimus haastatteluineen on ajankohtainen vuoden 2023 aikana.

Tutkimuksen haastatteluissa nousivat esiin myös palveluiden tarjoajilla käytössä olevat laaturekisterit, ja hoitopääsytietojen toivottiin tulevaisuudessa vastaavan yhä enemmän laaturekistereiden tietoja, jotta potilaan saaman hoidon vaikuttavuutta

voitaisiin paremmin arvioida. Myös Ebbevi ym. (2021, 11) nostivat tutkimuksessaan esiin, että ihannetapauksessa hoitoonpääsy tiedot vastaisivat sisällöltään laaturekistereitä. Jatkotutkimuksissa voisikin olla mielekäästä tutkia ja arvioida laaturekisterien tiedon laatua.

6.4 Yhteenveto

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkittiin kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy tietojen hallintaa Suomessa. Aiempi kansainvälinen tutkimus on painottunut eri maiden hoitotakuujärjestelmien toiminnan tai haasteiden tarkasteluun. Suomen hoitotakuujärjestelmän toiminnan ja etenkin hoitoonpääsy tietojen hallinnan tutkimus on jäänyt huomattavasti vähemmälle huomiolle kuin esimerkiksi Skandinavian maissa. Sen vuoksi tehtyä tutkimusta voidaan pitää akateemisesti kiinnostavana. Tutkimuksessa tunnistettiin myös hoitoonpääsy tietojen hallintaan kohdistuvia haasteita, minkä vuoksi tutkimus voi olla hyödyllinen myös käytännön tasolla esimerkiksi kansallisille viranomaisille, jotka vastaavat hoitotakuun toteutumisesta.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin käyttäen niin sanottua snowballing-menetelmää. Empiirinen aineisto puolestaan kerättiin puolistrukturoitujen teemahaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui kolme viranomaista: lääkintöneuvos Sirkku Pikkujämsä sosiaali- ja terveysministeriöstä, kehittämisspäällikkö Pia Tuominen THL:sta ja lakimies Reijo Jormanainen Valvirasta. Näiden kolmen viranomaishaastattelun avulla saatiin kokonaisvaltainen kuva Suomen hoitotakuujärjestelmän toiminnasta tiedonhallinnan näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksia käsiteltiin institutionaalisen teorian avulla, jonka mukaan instituutiot muuttuvat samankaltaisiksi kolmen muutospaineen vaikutuksesta.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen tuloksissa vertailtiin Skandinavian maiden hoitotakuujärjestelmiä toisiinsa, minkä lisäksi Suomen hoitotakuujärjestelmän toimintaa sekä tiedonkeruuprosessia käsiteltiin syvällisesti. Hoitotakuujärjestelmiä vertailtaessa voitiin huomata, että eri mailla on hiukan omanlaiset lait ja säädökset hoitotakuusta, enimmäisodotusajoista, potilaan asemasta sekä viranomaisten vastuista. Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltiin lisäksi hoitoonpääsy tietojen erilaisia mittaustapoja sekä tarkasteltiin hoitoonpääsy tietojen hallinnan haasteita. Mittaustapojen ja hoitotakuujärjestelmien vertailun pohjalta pystyttiin toteamaan, että kansainvälinen vertailu on haastavaa poikkeavien toimintatapojen vuoksi. Kirjallisuudessa esiin tulleet

hoitopääsytietojen hallinnan haasteet, kuten reaaliaikaisen tiedon kerääminen ja kirjaamiskäytänteiden käyttöönotto, nousivat haastatteluissa selkeästi esiin.

Haastatteluiden tuloksista voitiin huomata, että valtaosa havaituista muutospainesta olivat pakottavia. Tutkimuksessa havaittiin vain vähäisiä jäljitteleviä prosesseja, joita oli esimerkiksi sairaanhoitopiirien yhteistyö laatu- ja vaikuttavuustiedon koordinoinnissa. Normatiivisia muospaineita ei haastatteluista havaittu, vaikka pakottavien paineiden voidaankin todeta muuttuvan ainakin osittain normatiivisiksi eri asiantuntijoiden työssä. Havaittuja pakottavia paineita olivat erilaiset lait, säädökset, tiedonkeruuohjeet, valvonta, seuraamukset sekä koronapandemia. Haastatteluissa nousi erityisesti esille reaaliaikaisen tiedon tarve, haasteet kirjaamisohjeiden jalkauttamisssa, tiedon saatavuus, enimmäisodotusaikojen sääntely ja hidas valvontaprosessi suhteessa nopeasti muuttuvaan palveluiden tarjoajien ympäristöön. Vaikuttaa siltä, että Suomen hoitotakuujärjestelmään kohdistuu lähinnä pakottavia muospaineita, koska hoitopääsytietojen hallinnan eri vaiheissa koetaan edelleen paljon haasteita, eli toiminta ei aina ole lakien ja annettujen säädöksen mukaista. Lähivuosina Suomen sosiaali- ja terveysjärjestelmässä tehtävien muutosten takia muospaineet näyttävät pysyvän pakottavina myös tulevaisuudessa.

Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset ovat pääosin linjassa aiempien tutkimuksien kanssa. Hoitopääsytietojen hallinnan näkökulma on jäänyt aiemmissa tutkimuksissa melko vähälle huomiolle, joten tämä tutkimus tuotti lisätietoa etenkin Suomen hoitotakuujärjestelmän toiminnasta.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. 4. uud. p. Vastapaino, Tampere.
- Askildsen, J. E. – Holmås, T. H. – Kaarboe, O. (2011) Monitoring prioritisation in the public health-care sector by use of medical guidelines. The case of Norway. *Health Economics*, Vol. 20 (8), 958–970.
- Askildsen, J., E. – Iversen, T. – Kaarboe, O. (2013) Chapter 12: Norway. Teoksessa: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, toim. Siciliani, L. – Borowitz, M. – Moran, V., 221–236. OECD Health Policy Studies.
- Badampudi, D. – Wohlin, C. – Petersen, K. (2015) Experiences from using snowballing and database searches in systematic literature studies. *EASE '15: Proceedings of the 19th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering*, Vol. 17, 1–10.
- Barros, P. B. – Cristóvão, R. – Gomes, P. A. (2013) Chapter 13: Portugal. Teoksessa: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, toim. Siciliani, L. – Borowitz, M. – Moran, V., 237–262. OECD Health Policy Studies.
- Bhakoo, V. – Choi, T. (2013) The iron cage exposed: Institutional pressures and heterogeneity across the healthcare supply chain. *Journal of Operations Management*, Vol. 31 (6), 432–449.
- Boxenbaum, E. – Jonsson, S. (2008) Isomorphism, Diffusion and Decoupling. Teoksessa: *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, toim. Greenwood, R. – Oliver, C. – Lawrence, T. B. – Meyer, R. E., 78–98. Sage, London.
- Buchanan, D. A. – Storey, J. (2010) Don't stop the clock: Manipulating hospital waiting lists. *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 24 (4), 343–360.
- Christiansen, T. (2012) Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy*, Vol. 106 (2), 114–119.
- Christiansen, T. – Bech, M. (2013) Chapter 6: Denmark. Teoksessa: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, toim. Siciliani, L. – Borowitz, M. – Moran, V., 115–131. OECD Health Policy Studies.
- Cipriano, L. E. – Chesworth, B. M. – Anderson, C. K. – Zaric, G. S. (2008) An evaluation of strategies to reduce waiting times for total joint replacement in Ontario. *Medical care*, Vol. 46 (11), 1177–1183.
- Cooper, D. – Ezzamel, M. – Willmott, H. (2008) Examining 'Institutionalization': A Critical Theoretic Perspective. Teoksessa: *The SAGE Handbook of Organizational*

- Institutionalism*, toim. Greenwood, R. – Oliver, C. – Lawrence, T. B. – Meyer, R. E., 673–701. Sage, London.
- Dacin, T., M. – Goodstein, J. – Scott, R., W. (2002) Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum. *Academy of Management journal*, Vol. 45 (1), 45–56.
- Deephouse, D. L. (1996) Does Isomorphism Legitimate? *Academy of Management journal*, Vol. 39 (4), 1024–1039.
- Deephouse D., L. – Suchman M. (2008) Legitimacy in Organizational Institutionalism. Teoksessa: *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, toim. Greenwood, R. – Oliver, C. – Lawrence, T. B. – Meyer, R. E., 49–77. Sage, London.
- DiMaggio, P. J. – Powell, W. W. (1983) The iron cage revisited institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. Teoksessa: *Economics Meets Sociology in Strategic Management*, toim. Baum, J. A. C. – Dobbin, F., 143–166. Emerald, Bingley.
- Ebbevi, D. – Hasson, H. – Lönnroth, K. – Augustsson, H. (2021) Challenges to ensuring valid and useful waiting time monitoring – a qualitative study in Swedish specialist care. *BMC health services research*, Vol. 21(1), 1–1024.
- Eriksson, P. – Kovalainen, A. (2008) *Qualitative Methods in Business Research*. Sage, London.
- Gangstøe, J. J. – Heggstad, T. – Norheim, O. F. (2016) Norwegian priority setting in practice—An analysis of waiting time patterns across medical disciplines. *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 5 (6), 373–378.
- Goddard, J. – Tavakoli, M. (2008) Efficiency and welfare implications of managed public sector hospital waiting lists. *European Journal of Operational Research*, Vol. 184 (2), 778–792.
- Gomes, P. – Lapão, L. V. (2009) The role of a nation-wide information system in improving the access to surgery in Portugal. *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol. 150, 71–75.
- Granlund, M. – Lukka, K. (1998) It's a small world of management accounting practices. *Journal of management accounting research*, Vol. 10, 153–179.
- Greenwood, R. – Hinings, C. R. – Whetten, D. (2014) Rethinking Institutions and Organizations. *Journal of management studies*, Vol. 51 (7), 1206–1220.

- Guerrazzi, C. (2020) An International Perspective on Health Information Exchange: Adoption in OECD Countries With Different Health Care System Configurations. *Medical Care Research and Review*, Vol. 77 (4), 299–311.
- Handayani, P. W. – Hidayanto, A. N. – Ayuningtyas, D. – Budi, I. (2016) Hospital information system institutionalization processes in Indonesian public, government-owned and privately owned hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 95, 17–34.
- Hanning, M. (1996) Maximum waiting-time guarantee—An attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health Policy*, Vol. 36 (1), 17–35.
- Hanning, M. – Lundström, M. (1998) Assessment of the maximum waiting time guarantee for cataract surgery—The case of a Swedish policy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 14 (1), 180–193.
- Hanning, M. – Lundström, M. (2007) Waiting for cataract surgery—Effects of a maximum waiting-time guarantee. *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 12 (1), 5–10.
- Hanning, M. – Spångberg, U. W. (2000) Maximum waiting time—A threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. *Health Policy*, Vol. 52 (1), 15–32.
- Haunschild, P. R. – Miner, A. S. (1997) Modes of Interorganizational Imitation: The Effects of Outcome Salience and Uncertainty. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 42 (3), 472–500.
- Helsingin Sanomat (2020) Erikoissairaanhoito kriisiytyi Helsinginseudulla: Tuhannet ihmiset odottavat leikkauksia ja muuta hoitoa jonossa, joka rikkoo jo lakia. <<https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000006654169.html>>, haettu 20.11.2020.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. (2008) *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus, Helsinki.
- Häkkinen, P. (2012) *Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsyn seuranta: Määrittelyt ja ohjeistus 2013*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino oy, Tampere.
- Iltasanomat (2020) Koronan myötä hoitojonot ryöpsähtivät, ja nyt pelätään jo uutta kriisiä – katso kotiseutusi tilanne. <<https://www.is.fi/kotimaa/art-2000006674088.html>>, haettu 2.3.2021.
- Jalali, S., & Wohlin, C. (2012) Systematic literature studies: Database searches vs. Backward snowballing. *Empirical Software Engineering and Measurement*, 29–38.

- Johansson, K. A. – Nygaard, E. – Herlofsen, B. – Lindemark, F. (2017) Implementation of the 2013 amended Patients' Rights Act in Norway: Clinical priority guidelines and access to specialised health care. *Health Policy*, Vol. 121 (4), 346–353.
- Jonsson, P. M. – Häkkinen, P. – Järvelin, J. – Kärkkäinen, J. (2013) Chapter 7: Finland. Teoksessa: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, toim. Siciliani, L. – Borowitz, M. – Moran, V., 133–146. OECD Health Policy Studies.
- Jormanainen, Reijo, lakimies, Valvira. Haastattelu 8.2.2022.
- Joshi, N. P. – Noseworthy, F. T. – Noseworthy, T. W. (2006) Waiting time care guarantees: Necessity or nemesis? *Healthcare Management Forum*, Vol. 19 (2), 35–39.
- Ju, J. C. – Gan, S. A. – Wee, J. T. S. – Yuchi, P. H. – Mei, C. M. – Mei, S. W. M. – Fong, K. W. (2013) Managing patients' wait time in specialist out-patient clinic using real-time data from existing queue management and ADT systems. *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol. 192, 192–951.
- Karlberg, H. I. – Brinkmo, B.-M. (2009) The unethical focus on access: A study of medical ethics and the waiting-time guarantee. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 37 (2), 117–121.
- Kenis, P. (2006) Waiting lists in Dutch health care: An analysis from an organization theoretical perspective. *Journal of Health, Organisation and Management*, Vol. 20 (4), 294–308.
- Kozlowski, D. – Worthington, D. (2015) Use of queue modelling in the analysis of elective patient treatment governed by a maximum waiting time policy. *European Journal of Operational Research*, Vol. 244 (1), 331–338.
- Kreindler, S. A. (2010) Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, Vol. 95 (1), 7–32.
- Kreindler, S. A. (2008) Watching your wait: Evidence-informed strategies for reducing health care wait times. *Quality Management in Health Care*, Vol. 17 (2), 128–135.
- Lee, M. – Martin-Carroll, M. – Mollendorff, W., von – Condon, C. – Kavanagh, M. – Thomas, S. (2021) Common patterns in the public reporting of waiting time and waiting list information: Findings from a sample of OECD jurisdictions. *Health Policy*, Vol. 125 (8), 1002–1012.
- Liang, H. – Saraf, N. – Hu, Q. – Xue, Y. (2007) Assimilation of Enterprise Systems: The Effect of Institutional Pressures and the Mediating Role of Top Management. *MIS quarterly*, Vol. 31 (1), 59–87.

- Malik, M. M. – Khan, M. – Abdallah, S. (2015) Aggregate capacity planning for elective surgeries: A bi-objective optimization approach to balance patients waiting with healthcare costs. *Operations Research for Health Care*, Vol. 7, 3–13.
- Manderbacka, K. – Arffman, M. – Järvelin, J. – Häkkinen, U. – Rättö, H. – Keskimäki, I. (2015) National and regional trends in equity within specialised health care in Finland in 2002–2010. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 43 (5), 514–517.
- Martalog, J. – Bains, S. (2009) Turning data into meaningful information. *Healthcare Quarterly*, Vol. 12, 76–77.
- Meyer, J. W. – Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American journal of sociology*, Vol. 83 (2), 340–363.
- Myers, M. D. (1997) Qualitative Research in Information Systems. *MIS quarterly*, Vol. 21 (2), 241–242.
- Myers, M. D. (2021) Qualitative Research in Information Systems. <<https://www.qual.auckland.ac.nz/>>, haettu 17.12.2021.
- Nikolova, S. – Sinko, A. – Sutton, M. (2015) Do maximum waiting times guarantees change clinical priorities for elective treatment? Evidence from Scotland. *Journal of health economics*, Vol. 41, 72–88.
- Nordgren, L. (2012) Guaranteeing Healthcare: What Does the Care Guarantee Do? *Financial Accountability and Management*, Vol. 28 (3), 335–354.
- Orlikowski, W. J. – Barley, S. R. (2001) Technology and Institutions: What Can Research on Information Technology and Research on Organizations Learn from Each Other? *MIS quarterly*, Vol. 25 (2), 145–165.
- Oulasvirta, L. (2014) The reluctance of a developed country to choose International Public Sector Accounting Standards of the IFAC. A critical case study. *Critical perspectives on accounting*, Vol. 25 (3), 272–285.
- Palvannan, R. K. – Teow, K. L. (2012) Queueing for healthcare. *Journal of Medical Systems*, Vol. 36 (2), 541–547.
- Runeson, P. – Höst, M. – Rainer, A. – Regnell, B. (2012) *Case Study Research in Software Engineering: Guidelines and Examples*. John Wiley & Sons, Inc, Hoboken.
- Rönnerstrand, B. – Oskarson, M. (2020) Standing in Line When Queues Are on the Decline: Services Satisfaction Following the Swedish Health Care Waiting Time Guarantee. *Policy Studies Journal*, Vol. 48 (2), 469–493.

- Salminen, A. (2011) *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Opetusjulkaisuja 62, Julkisjohtaminen 4, Vaasan yliopiston julkaisuja, 1–50.
- Sæther, S. M. M. – Heggstad, T. – Heimdal, J.-H. – Myrtveit, M. (2020). Long Waiting Times for Elective Hospital Care—Breaking the Vicious Circle by Abandoning Prioritisation. *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 9 (3), 96–107.
- Salles-Djelic, M. – Quack, S. (2008) *Institutions and transnationalization*. Teoksessa: *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, toim. Greenwood, R. – Oliver, C. – Lawrence, T. B. – Meyer, R. E., 299–323. Sage, London.
- Saunes, I. S. – Karanikolos, M. – Sagan, A. (2020) Norway: Health system review. Health systems in Transition. *Norwegian Institute of Public Health*, Vol. 22 (1), i–196.
- Sheiman, I. – Richardson, E. (2021) Using Targets to Reduce Waiting Times for Elective Care: What Can We Learn from the Russian Experience? *Health Systems and Reform*, Vol. 7 (1), 1–9.
- Siciliani, L. – Borowitz, M. – Moran, V. (2013a) *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies, 11–13.
- Siciliani, L. – Moran, V. – Borowitz, M. (2014) Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*, Vol. 118 (3), 292–303.
- Siciliani, L. – Moran, V. – Borowitz, M. – Dixon, H. (2013b) Measuring waiting times across OECD countries. *OECD Health Policy Studies*, 33–47.
- Socialstyrelsen (2022) Statistikdatabas, Socialstyrelsen. <<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/>>, haettu 5.3.2022.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2021) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimialan lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien uudelleenjärjestelymahdollisuudet: Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2021:26. Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto, Helsinki.
- STM (2020) Hoitoon pääsy (hoitotakuu), Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. <<https://stm.fi/hoitotakuu>>, haettu 19.11.2020.
- Sæther, S. M. M. – Heggstad, T. – Heimdal, J.-H. – Myrtveit, M. (2020) Long Waiting Times for Elective Hospital Care—Breaking the Vicious Circle by Abandoning Prioritisation. *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 9 (3), 96–107.

- THL (2022) Olennaiset vaatimukset ja sertifiointi — <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedonhallinnan-ohjaus/olennaiset-vaatimukset-ja-sertifiointi>
- THL Tiiviste (2022a) Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioinnista toteutuneeseen käyntiin — THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä. <[, haettu 6.3.2022.](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avohpaasy/pthjono01/summary_tiiviste1?ammatti_0=30664&aika_0=429307&aika_1=508471&palvelumuoto_0=33780&yhteystapa_0=226667&mittari_0=25618#>, haettu 5.3.2022.</p>
<p>THL Tiiviste (2022b) Erikoisalajakauma—Erikoissairaanhoidon jonotilanne — THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä. <<a href=)
- THL Tiiviste (2022c) Aikasarja—Erikoissairaanhoidon jonotilanne — THL kuutio- ja tiivistekäyttöliittymä. <[, haettu 11.3.2021.](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/eshjono/perus2/summary_aikasarja?paltu_0=516039&paltu_1=&eala_0=516136&eala_1=&mittarit_0=18814#>, haettu 6.3.2022.</p>
<p>THL Tilastoraportti 34/2021 (2021) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2021. <<a href=)
- THL Tilastoraportti 1/2021 (2021) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2020. <[, haettu 11.3.2021.](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140969/TR_01_2021.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, haettu 11.3.2021.</p>
<p>THL Tilastoraportti 38/2020 (2020) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2020. <<a href=)
- THL Tilastoraportti 7/2020 (2020) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2019. <[, haettu 11.3.2021.](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139563/Tr07_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, haettu 11.3.2021.</p>
<p>THL Tilastoraportti 6/2019 (2019) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2018. <<a href=)

- THL Tilastoraportti 3/2018 (2018) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136003/Tr03_18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, haettu 11.3.2021.
- THL Tilastoraportti 1/2017 (2017) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131930/Tr01_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, haettu 11.3.2021.
- THL Tilastoraportti 1/2016 (2016) Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.12.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129933/Tk01_16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, haettu 11.3.2021.
- Thornton P. – Ocasio W. (2008) Institutional Logics. Teoksessa: *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, toim. Greenwood, R. – Oliver, C. – Lawrence, T. B. – Meyer, R. E., 99–128. Sage, London.
- Tolbert P. – Zucker L. (1996) *The Institutionalization of Institutional Theory*. Teoksessa: *Handbook of organization studies*, toim. Clegg, S. R. – Hardy, C. – Nord, W. R. 175–190. Sage, London.
- Valtioneuvosto (2021) Koronavirustilanteen hoitoon välttämättömiä toimivaltuuksia valmiuslain käyttöönottoasetuksilla. <<https://valtioneuvosto.fi/-/10616/koronavirustilanteen-hoitoon-valttamattomia-toimivaltuuksia-valmiuslain-kayttoonottoasetuksilla>>, haettu 24.1.2022.
- Valvira (2022) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät. <<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tietojarjestelmat>>, haettu 24.1.2022.
- Valvira (2021) Hoitotakuun valvonta. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitoon_paasy/hoitotakuun_valvonta>, haettu 24.1.2022.
- Valvira (2020) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023; Päivitys vuodelle 2021. Valvontaohjelma.
- Vezyridis, P. – Timmons, S. (2014) National targets, process transformation and local consequences in an NHS emergency department (ED): A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, Vol. 14 (1), 1–12.
- Viberg, N. – Forsberg, B. C. – Borowitz, M. – Molin, R. (2013) International comparisons of waiting times in health care—Limitations and prospects. *Health Policy*, Vol. 112 (1–2), 53–61.

- Vrangbæk, K. – Østergren, K. – Birk, H. O. – Winblad, U. (2007) Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 2 (2), 125–152.
- Webster, J. – Watson, R. T. (2002) Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review. *MIS quarterly*, Vol. 26 (2), xiii–xxiii.
- Winblad, U. – Hanning, M. (2013) Chapter 15: Sweden. Teoksessa: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, toim. Siciliani, L. – Borowitz, M. – Moran, V., 275–292. OECD Health Policy Studies.
- Winblad, U. – Vrangbæk, K. – Östergren, K. (2010) Do the waiting-time guarantees in the Scandinavian countries empower patients? *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 23 (4), 353–363.
- Winter, A. – Brigl, B. – Funkat, G. – Häber, A. – Heller, O. – Wendt, T. (2005) 3LGM2-Modelling to support management of health information systems. *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol. 116, 491–496.
- Wohlin, C. (2014) Guidelines for Snowballing in Systematic Literature Studies and a Replication in Software Engineering. *EASE '14: Proceedings of the 18th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering*, Vol. 38, 1–10.
- Wohlin, C. – Mendes, E. – Felizardo, K. R. – Kalinowski, M. (2020) Guidelines for the search strategy to update systematic literature reviews in software engineering. *Information and software technology*, Vol. 127, 106366.
- Yle (2020) Hoitotakuun toteutumisesta ei ole tarkkaa tietoa – ”Me valvojat olemme tuoneet esille, että valvonnan pitäisi perustua luotettavaan tietoon”. <<https://yle.fi/uutiset/3-11171007>>, haettu 20.11.2020.

Lait ja säädökset

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

HE 185/2014 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta sekä eräksi niihin liittyviksi laeiksi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008.

Kansanterveyslaki 66/1972.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Valmiuslaki 1552/2011

LIITTEET

Liite 1: STM:n teemahaastattelurunko

1) Tausta lyhyesti

- Minkälainen työnjako sosiaali- ja terveysministeriössä on koskien kiireetöntä erikoissairaanhoidon hoitopäätystä, tiedonhallintaa ja valvontaa?
- Miten työtehtäväsi liittyvät edellä mainittuihin teemoihin?

2) Erikoissairaanhoidon kiireettömään hoitopäätys

- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopäätöksen aikarajoihin on päädytty?
- Pitäisikö aikarajoja muuttaa esimerkiksi siten, että odotusajat olisivat erikoisalakohtaiset?
- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon odotusajat peilautuvat muihin EU-maihin?
- Miten erikoissairaanhoidon pääsy on toteutunut yleisesti viimeisen 10 vuoden aikana?
- Merkittävimmät erot hoitopäätöksessä erikoisaloittain? Muutokset viimeisen 10 vuoden aikana? Miksi?
- Merkittävimmät alueelliset erot? Muutokset viimeisen 10 vuoden aikana? Miksi?
- Minkälaisia mahdollisuuksia lainsäädännön muutokset tuovat? Entä haasteita?

3) Tiedonhallinta

- Miksi sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan strategisia tavoitteita ja linjauksia ei jatkossa enää julkaista omana strategia-asiakirjana? Pidätkö toimintamallia hyvänä?
- Millaisia ”parhaita käytäntöjä” muissa maissa on käytössä koskien kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopäätystietojen raportointia? Miten Suomen käytännöt peilautuvat niihin?
- Onko erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuustiedot valtakunnanlaajuisesti saatavilla kansalaisille? Onko tieto luotettavaa ja vertailukelpoista?
- Miten on sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaisten käytössä olevat tietojärjestelmät tukevat erikoissairaanhoidon hoitoon pääsyä?
- Minkälaisia muutoksia erikoissairaanhoidon tietosisältöön on tullut viimeisen 10 vuoden aikana? Miksi? Entä miten erikoissairaanhoidon tietosisällössä huomioidaan kansainvälinen kehitys?
- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon sote-tietojen saatavuus kyetään turvaamaan organisaatiorakenteiden, palveluiden tai tietojärjestelmien muutostilanteissa?
- Onko tietoturvan ja tietosuojan takaamisessa ongelmia hoitopäätystietojen osalta?

4) Valvira ja aluehallintoviranomaiset valvovat hoitotakuun toteutumista

- Miten yhteistyö toimii edellä mainittujen toimijoiden kanssa? Raportointi ministeriölle? Pitäisikö mallia kehittää?
- Minkälaisia muutoksia eri valvontakeinojen määrässä erikoisaloittain ja alueittain on tapahtunut viimeisen 10 vuoden aikana?
- Miten muualla hoidettujen potilaiden määrät erikoisaloittain ja alueittain ovat muuttuneet viimeisen 10 vuoden aikana?
- Pitäisikö sanktiojärjestelmää kehittää? Miten?

Liite 2: THL:n teemahaastattelurunko

1) Tausta lyhyesti

- Minkälainen työnjako Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on koskien kiireetöntä erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen keruuta, analysointia ja eteenpäin raportointia?
- Miten työtehtäväsi liittyvät edellä mainittuihin teemoihin?

2) Toiminnan ohjaus ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa

- Mitkä ovat tiedonhallinnan ohjauksen tavoitteet koskien kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsytietoja?
- Miten lainsäädäntö tukee tiedonhallintaa ja sen ohjausta ko. alueella?
- Miten yhteistyö Kelan, tietojärjestelmätoimittajien ja erikoissairaanhoidon yksiköiden kanssa toimii?
- Onko kansainvälistä yhteistyötä? Mitkä ovat kansainvälisen yhteistyön tavoitteet? Entä kuinka hyödyllisenä koet yhteistyön?
- Mitkä ovat keskeisimmät kehittämistarpeet tiedonhallinnan ohjaukseen liittyen?

3) Kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopääsytietojen tiedonhallinta

- Millainen hoitopääsytietojen koko käsittelyprosessi on? Erikoissairaanhoidon yksiköstä raportointiin ja valvontaan.
- Missä ovat prosessin suurimmat ongelmat ja kehittämistarpeet? Entä miten prosessi on kehittynyt ajan kuluessa? Eri näkökulmista tarkasteltuna:
 - o Määrittelyt ja määräykset?
 - o Potilastietojärjestelmien toteutukset?
 - o Muut järjestelmät?
 - o Kirjaamiseen liittyvät haasteet?
 - o Raportointi?
- Onko tietojen yhdenmukaisuus ja oikeellisuus parantunut vuosien myötä? Mitkä ovat suurimmat ongelmat ja haasteet? Entä kehittämisen mahdollisuudet?
- Miten tietosuojan ja -turvaan liittyvät asiat on otettu huomioon?

Liite 3: Valviran teemahaastattelurunko

1) Tausta lyhyesti

- Minkälainen työnjako Valviralla on kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsyn valvonnassa ja seuraamusten antamisessa?
- Mitkä ovat omat työtehtäväsi tähän liittyen?

2) Kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitotakuun valvonta

- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon pääsyn valvonta on järjestetty? Mitkä ovat suurimmat haasteet valvonnassa? Entä kehityssuunnat?
- Miten kiireettömän erikoissairaanhoidon pääsyä koskevat valvonta-asiat tulevat vireille?
- Miten yhteistyö toimii Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen, aluehallintovirastojen ja erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa? Pitäisikö toimintamallia kehittää? Miten?

3) Seuraamukset

- Minkälaisia muutoksia seuraamuksissa ja niiden määrissä on tapahtunut erikoisaloittain ja alueittain viimeisen 10 vuoden aikana?
- Ovatko seuraamukset tehokkaita ja saadaanko niiden antamisella asia toimimaan?
- Pitäisikö järjestelmää kehittää? Miten?

