

TERVEYSPOLIITTISTEN ARVOJEN TARKASTELUA
SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN JA
ARTIKKELIANALYYSIN POHJALTA

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu- tutkielma
Virva Laine
Hanna Suominen

Erityiskiitos Stakesin tutkimusprofessori
Matti Rimpelälle kärsivällisestä ohjauksesta
ja arvokkaista neuvoista.

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

LAINEN VIRVA, SUOMINEN HANNA

Terveyspoliittisten arvojen tarkastelua systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja artikkelianalyysin pohjalta

Pro gradu- tutkielma, 84 sivua ja 14 liitesivua

Ohjaajat: Heli Laijärvi, THT ja Marja Kaunonen, TtT ja Nina Halme, TtM, ma tutkija

Hoitotiede

Joulukuu 2007

Terveyspoliittista arvotutkimusta on tehty Suomessa vähän. Kuitenkin arvokeskustelulle ja sen tutkimiselle on selkeä tilaus yhteiskunnan kaikilla eri osa-alueilla. Terveyspoliittista arvokeskustelua tarvitaan, jotta arvot siirtyisivät myös terveydenhuollon käytännön tasolle. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kansallisen ja kansainvälisen terveystieteiden arvoja, sekä tarkastella ja kuvailla hoito- ja lääketieteen ammatti- ja tiedelehdissä käytyä arvokeskustelua.

Kansallisen ja kansainvälisen terveystieteiden arvojen tarkastelu toteutettiin systemaattisena kirjallisuus- ja dokumenttikatsauksena. Lisäksi toteutettiin artikkelianalyysi, jossa arvokeskustelua tarkasteltiin terveydenhuollon tiede- ja ammattilehtien artikkeleissa esiintyneen arvokeskustelun pohjalta. Artikkelianalyysin tuloksia tarkasteltiin suhteessa systemaattisen kirjallisuushaun tuloksena esiin nostettuihin kansallisten ja kansainvälisten terveystieteiden linjausten arvoihin. Artikkelianalyysin analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kansallisella terveystieteellisellä arvokeskustelulla on yhteneväisyyksiä kansainvälisen arvokeskustelun ja linjausten arvojen kanssa. Yhteneviä perusarvoja olivat tasa-arvo (equity), terveyden edistäminen (health promotion), oikeudenmukaisuus (equality), laatu (quality), tehokkuus (efficiency) ja tuloksellisuus (profitability). Yhteneväisten arvojen lisäksi EU painotti sellaisia arvoja kuin tieto (information) ja turvallisuus (safety). EU ja WHO painottivat arvona yhteistyötä (co-operation) ja Suomi hoidon jatkuvuutta, itsemääräämisoikeutta ja henkilöstön työkykyä, jotka eivät juuri ole saaneet sijaa kansainvälisellä tasolla. Artikkelianalyysin aineistossa yleisimmin arvokeskustelun kohteena olivat sellaiset arvot kuin eettisyys, oikeudenmukaisuus, terveyden edistäminen, tasa-arvo, terveys, hyvä kuolema, vaikuttavuus, itsemääräämisoikeus, vastuu, hyvä hoito ja kollegiaalisuus. Eettisyyden keskeisenä sisältönä korostui sen yhteisöllinen voimavara-olottuvuus kun taas oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon keskeisiksi sisällöiksi muodostui tavoitteellinen yhdenvertaisuus. Terveyden edistäminen kuvattiin terveyden edellytysten luomisena. Hyvän hoidon ja hyvän kuoleman keskeinen sisältö kiteytyi oikeuteen kärsimättömyydestä. Vaikuttavuus kuvattiin terveyshyötyjen maksimointina kun taas itsemääräämisoikeuden keskeiseksi sisällöksi muodostui mahdollistava päätöksenteko. Aineiston mukaan kollegiaalisuus kuvattiin jaettuna ammatillisena yhteisöllisyytenä samoin kuin vastuuta tarkasteltiin jaettuna vastuuna eri tahojen välillä. Yhtenä tutkimuksen keskeisenä tuloksena voidaan pitää jo sitä, että tutkimus nosti esille arvokeskustelun vähäisyyden, erityisesti terveystieteiden arvojen osalta.

Avainsanat: terveystieteet, terveydenhuolto, arvot, arvokeskustelu

ABSTRACT

University of Tampere

Department of Nursing Science

LAINEN VIRVA, SUOMINEN HANNA

Review of health political values by systematic literature survey and article analysis

Master's thesis, 84 pages, 14 pages of appendices

Supervisors: Heli Laijärvi, PhD, Marja Kaunonen, PhD, Docent, Nina Halme MNSc, researcher

Nursing Science

December 2007

In Finland very few studies have addressed health political values. However, it can be calimed that there is a need for discussion about values in all aspects of society. Discussion on health political values is needed for values transfer to the practical level. The aim of this study is to describe national and international health political values. A further aim of this study is to review and describe the discussion of values in professional and scientific nursing and medical journals.

In this study the review of health political values was done by a systematic literature and documentary survey. An article analysis was also conducted in which discussion on values was reviewed in light of debate in health care professional and scientific journals. The results of the article analysis were reviewed against values resultings from a systematic literature survey. The method used in article and document analysis was content analysis.

According to systematic literature survey, the national health political value discussion has things in common with the international value discussion. Common values were equity, health promotion, equality, quality, efficiency and profitability. Besides common values the EU emphasized values like information and safety. The EU and the WHO both emphasized co-operation. However, Finland emphasized nursing continuity, self- determination and staffs' ability to work. In the article analysis' data the most prominent values were ethicality, equality, health promotion, equity, health, death without suffering, effectiveness, self- determination, responsibility, good nursing and collegiality.

According to the systematic article analysis the essential content of ethicality was the communal resource dimension. The essential content of equality and equity was target-oriented comparability. Health promotion was described as the creation of the prerequisites for health. Good nursing and death without suffering were described as a right of being without pain. Effectiveness was described as maximizing health impacts. The essential content of self- determination was described as empowering decision-making. Inlight of the data the essential content of collegiality was described as shared professional equity and responsibility was described as responsibility shared between different levels in society. However, according to this study an essential result can be considered to be the fact that there are very few studies on health political values.

Key words: Health politics, health care, values, discussion on values

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	5
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1. Terveyspolitiikka.....	7
2.2. Terveydenhuolto.....	8
2.3. Etiikka ja moraali	9
2.4. Ammattietiikka.....	11
2.4.1. Ammatti (professio).....	11
2.4.2. Ammattietiikka ja eettiset ohjeistot	12
2.4.3. Lääkintä- ja hoitoetiikka	13
2.4.4. Lääkärin- ja hoitotyön etiikka	14
2.5. Arvot.....	14
2.5.1. Arvon käsitteestä	14
2.5.2. Arvon määrittelyä.....	15
2.5.3. Terveydenhuollon arvot.....	17
2.5.4. Arvokeskustelusta.....	18
2.6. Arvojen tutkimuksesta.....	19
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	20
4. JOHDATUS KANSALLISIIN JA KANSAINVÄLISIIN TERVEYSPOLIITTISIIN ARVOIHIN	21
4.1. Kansallinen aineisto: systemaattisen kirjallisuushaun kuvaus.....	21
TAULUKKO 4. Lähteet lähdetyypeittäin luokiteltuna.....	22
4.2. 1970- LUKU	23
4.2.1. Taustaa.....	23
4.2.2. Keskeiset arvot	23
4.2.2.1. Tasa- arvo	24
4.2.2.2. Terveys ja kansanterveyden edistäminen.....	24
4.2.2.3. Kokonaisvaltainen suunnitelmallisuus.....	25
4.3. 1980- LUKU	26
4.3.1. Taustaa.....	26
4.3.2. Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelma	26
4.3.3. Elämän laatu, eliniän pituus ja terveyden edistäminen.....	27
4.3.4. Hoidon jatkuvuus.....	28
4.4. 1990- LUKU	28
4.4.1. Taustaa.....	28
4.4.2. Keskeiset arvolähtökohdat	30
4.4.3. Priorisoinnin tarkastelua: itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tehokkuus	30
4.4.4. Oikeus hoitoon	31
4.5. KESKEISET HAASTEET JA ARVOLÄHTÖKOHDAT 2000- LUVULLA	31
4.5.1. Terveys 2015- kansanterveysohjelma.....	32
4.5.2. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi	33
4.5.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000- 2003 ja 2004-2007	34
4.5.4. Taloudelliset arvot: tuottavuus, tehokkuus ja tuloksellisuus.....	35
4.6. YHTEENVETO TERVEYSPOLITIIKAN TÄRKEIMMISTÄ ARVOISTA ERI VUOSIKYMMENINÄ	36
5. KANSAINVÄLISEN TERVEYSPOLITIIKAN ARVOLÄHTÖKOHTIEN TARKASTELUA..	37
5.1. Kansainvälinen aineisto: systemaattisen kirjallisuushaun kuvaus	37
5.2. WHO:n terveyspoliittisia arvoja	39

5.2.1. Taustaa	39
5.2.2. WHO 1995: tasa-arvo, epätasa-arvo ja yhdenmukaisuus	39
5.2.3. WHO 1997: Laatu, yhteistyö ja elämänlaatu	40
5.2.4. WHO 1998: oikeudenmukaisuus, vastuu ja yhteistyö	40
5.2.5. WHO 2000: tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja yhteisvastuu.....	40
5.2.6. WHO 2003: turvallisuus, terveyden edistäminen, yhteistyö ja yhteisvastuu.....	41
5.2.7. WHO 2004: oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus, saatavuus ja jatkuvuus.....	41
5.2.8. WHO 2005: oikeudenmukaisuus, yhteisvastuu, osallistuminen ja tasa-arvo	42
5.3. EU:n terveystoimittisia arvoja.....	44
5.4. ESIMERKKEJÄ KANSAINVÄLISEN TERVEYSPOLIITTISEN ARVOKESKUSTELUN ERI NÄKÖKULMISTA	50
5.4.1. Terveydenhuollon etiikka	50
5.4.2. Terveydenhuollon päätöksenteko; arviointi, tieto ja tutkimus	52
5.4.3. Terveystoimittelmä; sisältö, rakenne, odotukset ja ongelmat	53
5.4.4. Resurssien allokointi; päätöksenteko, perusteltavuus ja tieto	54
5.4.5. Terveyden edistäminen	55
5.5. YHTEENVETO SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSISTA ..55	55
6. ARTIKKELIANALYYSIN TOTEUTTAMINEN	57
6.1. Aineisto.....	57
6.2. Aineiston analysointi	59
7. ARTIKKELIANALYYSIN TULOKSET	61
7.1. Arvokohtaiset kuvaukset	62
7.2. Eettisyys; yhteisöllinen voimavara.....	62
7.3. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo; tavoitteellinen yhdenvertaisuus.....	64
7.4. Terveyden edistäminen; terveyden edellytysten luominen.....	65
7.5. Terveys	65
7.6. Hyvä hoito ja hyvä kuolema; oikeus kärsimyksettömyyteen	66
7.7. Vaikuttavuus; terveyshyötyjen maksimointi.....	67
7.8. Itsemääräämisoikeus; mahdollistava päätöksenteko	67
7.9. Vastuu; jaettu vastuu	68
7.10. Kollegiaalisuus; jaettu ammatillinen yhteisöllisyys	68
7.11. Tulosten yhteenveto.....	69
8. SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN JA ARTIKKELIANALYYSIN TULOSTEN TARKASTELUA.....	70
9. POHDINTA.....	71
9.1. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	74
9.2. Terveydenhuollon kehittämisen haasteet.....	75
9.3. Jatkotutkimushaasteet.....	76
LÄHTEET	77
LIITTEET.....	85

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Suomessa sekä julkisen sektorin että valtionhallinnon arvot perustuvat demokraattisen oikeusvaltion ja pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan arvopohjalle vahvasti kansainvälistyvässä ympäristössä (Salminen 2004). Suomi onkin sitoutunut erilaisten kansainvälisten sopimusten kautta yhteiseen kansainväliseen terveydenhuollon arvopohjan kehittämiseen (Heikkilä, Kautto & Teperi 2005). Perinteisesti terveyspolitiikkaa on tarkasteltu kansallisena politiikkana, usein jopa terveyssektorin sisäisenä kansallisena asiana. Suomen liittyminen Euroopan unioniin limitti kansainväliset asiat kansallisiin ja paikallisiin asioihin. Lisääntynyt kansainvälinen yhteistyö tutkimuksessa ja koulutuksessa vaativat kansainvälisten terveyspoliittisten linjojen seuraamista. (Ollila 2004.)

Hallinnon etiikan yhtenä keskeisenä mielenkiinnon kohteena on selvittää, miten eettiset arvot näkyvät julkisen sektorin toiminnassa. Erilaiset tahot, kuten kansainväliset järjestöt, valtiot ja kunnat kehittävät eettisiä koodistoja julkista sektoria varten. Eettisillä koodistoilla pyritään torjumaan hallinnollisia väärinkäytöksiä ja luomaan hallinnon toimintamalleja. (Salminen 2004.) Valtioneuvoston vuoden 2001 periaatepäätöksen mukaan eettisesti korkeatasoisen valtionhallinnon edellytyksenä voidaan pitää arvojen näkymistä päätöksinä ja tekoina jokapäiväisessä työssä. Arvojen tulisi myös muuttua hyviksi toimintatavoiksi. Periaatepäätöksessä määritelläänkin arvojen avulla yhtenäistä toimintakulttuuria valtion eri yksiköissä. (Valtioneuvosto 2005.)

Arvot ovat käsitteitä, jotka ohjaavat sitä, miten sosiaaliset toimijat valitsevat toimintatapansa, arvioivat ihmisiä ja tapahtumia sekä perustelevat toimintansa. (Schwartz & Bilsky 1990, Schwartz 1992, Schwartz & Bilsky 1994, Schwartz 1999, Schwartz & Sagiv 2000, Verkasalo 1996.) Käytännössä esimerkiksi terveydenhuollon toiminnalle asetetaan samanaikaisesti monia osin ristiriitaisia tavoitteita. Siksi terveydenhuollon suorituskyvyn, arvioinnin ja kehittämisen kannalta on keskeistä tiedostaa kuinka näitä tavoitteita painotetaan suhteessa toisiinsa. Jotta valtionhallinnon tasolla muodostetut tavoitteet toteutuisivat kunnallisella tasolla tiukan kuntatalouden tilanteessa, tarvitaan terveydenhuoltopolitiikan keskeisten tavoitteiden kansallista esilläpitoa ja edistämistä. (Heikkilä, Kautto & Teperi 2005.) Kajaste (1998) pohtiikin minkälaista arvokeskustelua tulisi käydä kunnallishallinnossa, vai pitäisikö arvokeskustelua käydä pikemminkin lainsäätäjän ja valtiovallan tasolla?

Kajasteen (1998) mukaan arvokeskustelu suomalaisessa yhteiskunnassa pohjautuu enemmän filosofis-poliittiseen spekulatioon kuin siihen, että tutkittaisiin empiirisesti ihmisten todellisia

arvostuksia. Sen sijaan Mikkolan (2003) mukaan arvokeskustelujen pohjana ovat pikemminkin olleet eri empiirisistä tutkimuksista kerätyt yksittäiset tiedot. Mikkola toteaaakin arvokeskustelulle olevan tyypillistä sen tukeutuminen eri selvitysten ja tutkimusten subjektiivisen tulkinnan pohjalta tehtyihin arvojen Top Ten- listoihin. Myös Puohiniemen (2002) mukaan arvokeskustelu pysähtyy helposti arvojen listaamiseen epärealistisin odotuksin useiden arvojen samanaikaisesta toteutumisesta. Toisaalta Kajasteen (1998) mukaan arvokeskustelun eräs ulottuvuus on se, että kaikki vaativat arvokeskustelua, mutta kukaan ei varsinaisesti keskustele arvoista. Keskeiset arvot myös lausutaan harvemmin julki (Kajaste 1998, Giacomini ym.2004).

Levomäki (1998) on ottanut osaa suomalaiseen arvokeskusteluun todeten, että kysymysten moninaisuus ja monimutkaisuus ilmentävät sitä tosiasiaa, että yhteiskunnallinen elämä on aina arvokysymysten kyllästävä. Levomäen mukaan arvokeskustelua ja yhteiskuntaa koskevat kysymykset ovat vaikeita ja monimutkaisia ja tämän vuoksi tulisi yhteiskunnallista keskustelua käydä laaja-alaisesti eri tutkimusalojen ja viitekehysten pohjalta. Levomäki toteaa, ettei Suomi ole ”keskustelun luvattu maa” ja julkisen keskustelun voidaankin todeta olevan vaikeaa. Kuitenkin Levomäen mukaan vireän keskustelukulttuurin synnyttämiselle näyttäisi olevan otolliset olosuhteet vuosituhannen vaihtumisen jälkeen. Myös ETENE:n (2001:1) mukaan Suomessa on edelleen liian vähän laadukasta keskustelua ajankohtaisista eettisistä kysymyksistä. Tätä keskustelua tulisi syventää ja laajentaa, koska yhteiskunnallisessa kehityksessä eettinen valppaus edellyttää arvoja ja valintoja koskevaa keskustelua.

Toisen näkökulman arvokeskustelun yleisyydestä esittää Mikkola (2003), jonka mukaan arvokeskustelua käydään runsaasti eri puolilla yhteiskuntaa, mikä kertoo Mikkolan mukaan jotakin ajastamme. Mikkola luonnehtii tästä näkökulmasta aikaamme murroskauden lisäksi kriisikaudeksi, jolloin arvoista etsitään vastausta syntyneisiin ongelmiin. Arvoista odotetaan löytyvän vihjeitä uusien kehityspolkujen ja tavoitteiden luomiseksi. Myös Kajasteen (1998) mukaan arvokeskustelua käydään aikaisempaa enemmän, koska aikaisemmin arvomme määrittäneet instituutiot ovat romahtaneet ja yhteiskunnassa ollaan siirtymässä yhtenäisestä arvomaailmasta eriytyneiden arvojen maailmaan.

Terveyspoliittista arvotutkimusta on Suomessa tehty vähän. Kuitenkin arvokeskustelulle ja sen tutkimiselle on selkeä tilaus yhteiskunnan kaikilla eri osa-alueilla. Terveyspoliittista arvokeskustelua tarvitaan muun muassa siksi, että terveyspoliittisten arvojen tulisi siirtyä myös terveydenhuollon käytännön tasolle. Jotta tasokas terveyspoliittinen arvokeskustelu olisi mahdollista, tulisi terveyspolitiikka ymmärtää laajasti. Terveys ja arvokeskustelu tulisi olla kaikkien

ihmisten ja kaikkien alojen yhteinen haaste. Suomen terveystalouden arvokeskustelua tarkasteltaessa tulee huomioida sekä kansalliset että kansainväliset näkökulmat.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvailla terveystaloudellista arvokeskustelusta esiin nostettuja arvoja. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille terveystaloudellisen arvokeskustelun tärkeys ja ajankohtaisuus.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Terveystaloudetikka

Hyvinvointitaloudetikka rakentuu useista eri politiikan sektoreista. Kaikille näille sektoreille on yhteistä se, että niillä vaikutetaan kansalaisten hyvinvoinnin eri osa-alueisiin. Hyvinvointitaloudetikan eri sektoreina voidaan pitää työllisyystaloudetikkaa, tulonsiirtotaloudetikkaa, asuntotaloudetikkaa, terveystaloudetikkaa, koulutus- ja kulttuuritaloudetikkaa, ympäristöpolitiikkaa, kuluttajansuojataloudetikkaa ja sosiaalitalkoudetikkaa. (Lehto ym. 2004, Taipale ym. 1998.)

Hyvinvointitaloudetikkaa laajempuna käsitteenä voidaan pitää vielä *yhteiskuntataloudetikan* käsitettä. Siihen katsotaan kuuluvan hyvinvointitaloudetikan sektorit, sekä julkisen vallan talous- ja muut politiikat, joilla vaikutetaan hyvinvointitaloudetikan edellytyksien lisäksi myös kansalaisten ja yritysten edellytyksiin toimia markkinataloudessa. (Lehto ym. 2004.)

Sosiaalitalkoudetikka-käsitettä käytetään joskus synonyyminä hyvinvointitaloudetikka-käsitteen kanssa. Toisaalta sosiaalitalkoudetikkalla voidaan tarkoittaa vain kaikkia niitä politiikoita, jotka ovat sosiaali-alkuisia. Sosiaali- ja terveystaloudetikkasta puhutaan usein myös sosiaalitalkoudetikan synonyymina. (Lehto ym. 2004.)

Terveystaloudetikka-käsite voidaan ymmärtää myös joko suppeana tai laajana. Suppeana määritelmänä terveystaloudetikka käsittää pääasiassa vain terveystaloudetikkaita ja sairauden ehkäisyä koskevat kysymykset. Laajemmassa merkityksessä terveystaloudetikkaan kuuluvat kaikki ne politiikan alueet, joilla edistetään terveyttä. (Lehto ym. 2004.) Vohlosen (1998) mukaan terveystaloudetikan perustana on normatiivinen arvo, mikä tarkoittaa sitä, että kaikilla ihmisillä on oltava mahdollisuus edistää terveyttään ja saada hoitoa sairastuttuaan. Vohlosen mukaan terveystaloudetikkaa voidaan pitää jonkin väestöryhmän yhteisenä suunnitelmana. Suunnitelman tavoitteena on luoda edellytykset väestön

hyvälle terveydelle. Terveyspoliittinen näkökulma ei ole kuitenkaan sopimista vain terveydenhuollon järjestämisestä vaan myös terveydenhuollon ulkopuolisista tavoitteista, joilla pyritään edistämään terveyttä. Terveyspolitiikan tavoitteista on määrätty perustuslaissa. Terveyspolitiikasta puhutaan silloin, kun terveyttä edistetään julkisten toimenpiteiden avulla. Terveys on sidottuna lähes kaikkeen yhteiskunnalliseen toimintaan, joten myös terveystoiminta ulottuu koko yhteiskuntapolitiikan alueelle. Terveystoiminta on siis laajempi käsite kuin terveydenhuoltopolitiikka. (Kauhanen ym. 1998.)

2.2. Terveystoiminta

Terveystoiminnassa ja Suomen lainsäädännössä terveydenhuolto on jaettu kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon hoitoon. Aikaisemmin yleisessä keskustelussa käytetty kansanterveystyö-käsite on kuitenkin korvautunut 1980-luvun lopulta alkaen perusterveydenhuolto-käsitteellä. (Taipale ym. 1998.) Vastuu terveyspalveluiden järjestämisestä on kunnilla, joiden toimintaa ohjaa kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidon laki ja mielenterveyslaki. (STM 1998:2 & Taipale ym. 1998.)

Terveydenhuolto koostuu väestölle tarjolla olevista sairaanhoidollisista ja sairauksia ehkäisevistä palveluista. (Lehto ym. 2004). Toisaalta terveydenhuoltoon voidaan määritellä sisältyvän terveyspalvelut sekä niihin liittyvät toiminnot, joita ovat muun muassa terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja terveydensuojelu (Taipale ym.1998). Terveydenhuolto-käsitteen sijaan voidaan käyttää myös terveyspalvelu-käsitettä, tai terveystoimi-käsitettä. Terveystoiminta-käsite viittaa terveyspalveluihin. Terveystoimi taas on enemmän hallinnollinen käsite, joka tarkoittaa kunnan toimialaa. (Lehto ym.2004, Taipale ym.1998.) Vuoden 1971 terveydenhuollon suunnittelukomitean mietinnössä terveydenhuollon on määritely käsittävän toiminnan, jonka tavoitteena on terveyden edistäminen ja säilyttäminen, sairauden ennaltaehkäisy, sairauden parantaminen, sekä lääkinällinen kuntoutus. (Ojala, Vataja & Vintturi 1974.)

Hastings Center on koonnut raportin lääketieteen ja terveydenhuollon keskeisistä tavoitteista ja päämääristä. Terveydenhuollolle on määritely neljä päämäärää. Ensimmäisenä päämääränä on sairauden ja vammautumisen ehkäisy sekä terveyden edistäminen ja ylläpito. Toisena päämääränä on sairauksien aiheuttaman kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Kolmantena on sairaiden hoiva ja hoito sekä parantumattomasti sairaiden hoiva. Viimeisenä on ennenkuoleman estäminen ja rauhallisen kuoleman takaaminen. (Ryynänen ja Myllykangas 2000.) Samansuuntaisesti Hastings Centerin raportin kanssa terveydenhuollon päämääriä on Suomessa käsitellyt ETENE. Terveydenhuollon päämääriä ovat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoito sekä

kärsimyksen lievittäminen (ETENE 2001:1). Myös Kauhanen ym. (1998) nimeävät terveydenhuollon tärkeimmiksi tehtäviksi sairauksien ehkäisyn, sairaanhoidon ja kuntoutuksen. Näiden lisäksi tehtäviin voidaan lukea kuuluvaksi myös terminaali- eli saattohoito. Terveydenhuolto voidaan pitää myös terveystaloudellisesti välineenä terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä.

Terveydenhuollon priorisointiryhmän mukaan terveydenhuollon tulee sekä tukea yksilöä heidän terveyspyrkimyksissään että hoitaa heidän sairauksiaan. Priorisointiryhmä esitti myös, että ihmisten pyrkimyksiä edistää omaa terveyttään ja hoitaa sairauttaan on tuettava lisäämällä heidän tietojaan ja edellytyksiään huolehtia itsestään ja ympäristöstään. (Stakes 1995.) Mäntyrannan ym. (2004) mukaan terveyspalveluiden keskinäistä tärkeysjärjestystä suunniteltaessa terveysjärjestelmän keskeisenä tavoitteena on hoidon elämän laatua lisäävien vaikutusten huomioiminen, väestön terveyden lisääminen ja nykyistä parempien elintapojen valitsemiseen kannustaminen. Sen sijaan Jouni Niskanen (1997) on määritellyt julkisen sairaanhoidon tarkoittavan julkisen sektorin järjestämää perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa. Julkisella sairaanhoidolla on erilaisia tavoitteita kuten tuotantotavoitteet, terveystavoitteet ja tasa-arvotavoitteet.

2.3. Etiikka ja moraalit

Sana ”etiikka” tulee kreikan sanasta *ethos* ja moraalit latinan sanoista *mos, mores*. Molemmat sanat tarkoittavat tapaa, tapoja koskevaa, traditiota ja henkeä. Sekä etiikassa että moraalissa on kysymys ihmisten ja sosiaalisten yhteisöjen toiminnasta eli niistä säännöistä ja tavoista, joita toiminta noudattaa. Kuitenkin moraalilla viitataan usein käytännön toiminnan tasoon, kun taas etiikka viittaa teoreettiseen tasoon pyrkien tutkimaan ja pohtimaan moraalit sekä muodostamaan moraalit teorioita. (Kalkas & Sarvimäki 1996.) Etiikan alan keskeisenä kysymyksenä voidaan pitää hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän pohtimista. Kun taas moraalit voidaan katsoa koskevan enemmän sitä, mikä on oikeaa ja väärää toimintaa esimerkiksi jollakin yksittäisalueella. (Aadland, 1993.)

Lindqvistin (1986) mukaan tieteen kielipelissä moraalit tarkoittaa ihmisten valintoja ja niiden perustana olevia arvoihin liittyviä katsomuksia. Etiikka puolestaan on joko moraalit teoriaa tai moraalit tutkimista. Etiikka pyrkii yleispätevyyteen, puolueettomuuteen ja teoreettiseen perusteltavuuteen. Lisäksi Lindqvistin (1995) mukaan rationaalista näkökulmasta tarkasteltuna etiikka perustuu mahdollisimman tarkoin määriteltyihin arvoihin ja niihin pohjautuviin päätelmiin, joissa otetaan huomioon tietyssä tilanteessa ilmenevät rajoitukset samoin kuin sen suomat mahdollisuudet.

Pietarinen ja Poutanen (1998) kuvaavat moraalintarkoitettavan empiiristä ilmiötä, josta voidaan tehdä huomioita. Heidän mukaansa moraalint on yhteisöjen ja sen jäsenten toiminnan piirre, jolloin moraalint toiminta perustuu yhteisössä vallitseville säännöille. Pietarisen ja Poutasen mukaan moraalint kuuluu jokapäiväiseen elämään, jossa moraalikeskustelu muodostaa tärkeän osan praksista eli pohdintaa säännöistä, oikeuksista ja velvollisuuksista. Etiikka eli moraalifilosofia sen sijaan tutkii moraalint. Pietarisen ja Poutasen mukaan etiikka ei osallistu arkielämän moraalikeskusteluun vaan etiikan pyrkimyksenä on selvittää moraalikeskustelun luonnetta.

Kalkkaan ja Sarvimäen (1996) mukaan etiikalle on ominaista se, että etiikka ei perustu yksinomaan tosiasioihin, joten ongelmanratkaisussa voidaan päätyä kahden yksilön välillä erilaisiin lopputuloksiin. Moraalille ominaiseksi Kalkas ja Sarvimäki nimeävät sosiaalisen ohjeiston, jonka mukaan ihmiset ohjailevat sekä omaa että toistensa elämää. Myös Revon (2003) mukaan moraalissa on kysymys siitä, millaisia tekoja erilaisissa tilanteissa kuuluu ja pitää tehdä sekä siitä millaisille periaatteille yhteiskunnan tulisi rakentua. Moraalin ja etiikan käsitteitä on ongelmallista tyhjentävästi määrittellä kuten filosofian luonteeseen kuuluu. Usein käsitteitä moraalint ja etiikka käytetään synonyymeinä eikä käsitteitä varsinaisesti eroteta toisistaan.

Etiikkaa voidaan tarkastella yleisen filosofian näkökulmasta ja tarkoittaa filosofian osa-alueetta, jossa kiinnostuksen kohteena ovat moraalint koskevat yleiset kysymykset. Etiikalla voidaan siis tarkoittaa tutkimusalaa, jonka tutkimuskohde on moraalint. (Frankena 1973, Hämäläinen & Niemelä 1993, Repo 2003, Pietarinen & Poutanen 1998.) Etiikkaa voidaankin kutsua moraaliteoriaksi, koska etiikan tehtävänä on moraalisten toimenpiteiden systemaattinen pohdinta (Aadland, 1993.)

TAULUKKO 1. Etiikka, moraalint ja moraalifilosofia (Pietarinen & Poutanen 1998)

ETIIKKA = MORAALI, YHTEISÖJEN JA YKSILÖIDEN TOIMINTAA OHJAAVAT SÄÄNNÖSTÖT JA KÄYTÄNNÖT, JOTKA VOIVAT OLLA EMPIIRISEN TAI FILOSOFISEN TUTKIMUKSEN KOHTEENA, ESIMERKIKSI TIETEENHARJOITTAJAN ETIIKKA JA LÄÄKÄRIN ETIIKKA.
ETIIKKA = MORAALIFILOSOFIA, MORAALI-ILMIÖITÄ TUTKIVA FILOSOFIAN ALUE, ESIMERKIKSI ANALYYTTINEN ETIIKKA, NORMATIIVINEN ETIIKKA, SOVELTAVA ETIIKKA.

Etiikkaa käsitteenä voidaan tarkastella myös osa-alueidensa kautta. Yleinen etiikan osa-alueiden jakotapa on jako kolmeen osa-alueeseen: deskriptiiviseen-, normatiiviseen- ja metaetiikkaan. Deskriptiivinen etiikka pyrkii selvittämään mitkä tekijät vaikuttavat ihmisten päätöksiin, mutta ei kuitenkaan ota kantaa siihen mikä on oikeaa tai väärää. Normatiivinen etiikka pyrkii selvittämään miten pitäisi toimia oikein. Normatiivinen etiikka koostuu kahdesta osa-alueesta, jotka ovat teoreettinen etiikka ja käytännön etiikka. Teoreettisen etiikan tavoitteena on muotoilla eettisiä teoriamalleja, eli miettiä miten arvoja ja normeja tulisi käyttää. Käytännön etiikassa pyritään

selvittämään miten arvoperustoja sovelletaan käytännössä. Metaetiikkaa voidaan pitää teoriana teoriasta, eli se pyrkii selvittämään eettisten pohdintojen taustalla olevia ajatusrakennelmia. (Aadland 1993, Frankena 1973.) Etiikka voidaan jakaa myös toisella tapaa osa-alueisiin, joita ovat esimerkiksi metaetiikka, moraaliteoria ja soveltava (praktinen) etiikka. (Repo 2003.)

TAULUKKO 2. Metaetiikka, moraaliteoria ja soveltava etiikka (Repo 2003)

METAETIIKKA	→ Mistä moraalissa on kyse? Voiko moraalista tietoa olla? → moraalin metafysiikka (moraalisten arvojen olemassaolo) ja moraaliepistemologia (moraalin tietoteoria)
MORAALITEORIA	→ Yleisten teoreettisten suuntaviivojen kehittäminen moraalisten ongelmien ratkaisemiseksi → konkreetit normatiiviset väitteet
SOVELTAVA ETIIKKA	→ Tarkastellaan rajattua elämän tai toiminnan aluetta → pyritään konkreettisiin normatiivisiin ohjeisiin → hoitamisen etiikka, bioetiikka jne.

Etiikkaa voidaan tarkastella osa-alueiden lisäksi myös tasojen kautta. Etiikan tarkastelun tasoiksi on kuvattu meta-, makro-, meso-, macho- ja mikrotaso, joissa jokaisella tasolla on oma kiinnostuksen kohteensa. Metatason kiinnostuksen kohteena ovat käsitteet (ks. Maijala ym. 2000, Whitemore 2005). Tällä etiikan tarkastelun tasolla pyritään suorittamaan käsitteellistä analyysiä ja luomaan etiikalle filosofisesti kestävä pohjaa. Makrotaso on kiinnostunut yhteiskunnallisesta kontekstista. Makrotasoa voidaan esimerkiksi terveydenhuollon näkökulmasta kutsua terveydenhuollon etiikaksi. Esimerkiksi pohdinnat terveystalvvelujärjestelmien arvoista kuuluu makrotason tarkasteluun. Mesotasolla kiinnostuksen kohteena ovat terveystalvvelujen sisällä olevat kysymykset. Esimerkiksi kysymykset potilaiden oikeuksista ja niiden toteutumisesta kuuluvat mesotasolle (ks. Taylor & Mayberry 1995, Schwartz ym. 2005). Machotasolla tarkastelun kohteena ovat eettiset kysymykset liittyen tiettyyn ammattikuntaan. Esimerkiksi sairaanhoitajan (ks. sairaanhoitajien eettiset ohjeet) ja lääkärin ammattieettiset ohjeet (ks. lääkärin ammattieettiset ohjeet) ja niiden tarkastelu kuuluvat machotasolle. Mikrotaso on kliinisen etiikan taso, jossa etiikkaa tarkastellaan tietyn kliinisen ongelmatilanteen näkökulmasta. Potilaan ohjaus ja potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen (ks. Välimäki ym. 2004) ovat esimerkkejä mikrotason eettisestä tarkastelusta. (Leino-Kilpi 2003).

2.4. Ammattietiikka

2.4.1. Ammatti (professio)

Hämäläisen ja Niemelän (1993) mukaan ammatti professiona, eli ammatillistuneena ammattina perustuu akateemiseen koulutukseen ja pitkälle erikoistuneeseen tieteelliseen tietoon. Äärimaa

(2005) puolestaan toteaa, että professioiden harjoittamiseen liittyy vankka moraalipohja. Professionille on myös tyypillistä, että se itse määrittelee omat tehtävänsä ja profession harjoittajilla on vapaus tehdä päätöksiä itsenäisesti eettisten sääntöjen ohjaamina. (Äärimaa 2005.)

Salminen (2004) on määritellyt profession käsitteen tiivistetysti tarkoittavan ammattiryhmää, jolla on pitkälle viety erityiskoulutus ja erityisosaaminen, johon profession asema perustuu. Salminen korostaa myös eettisyyden merkitystä osana professioiden toimintaa. Airaksinen (1993) korostaa puolestaan ammatin määrittelyssä ammatin muodostuvan ammattikunnan osaamisesta, asemasta ja auktoriteetista. Kalkas ja Sarvimäki (1996) sekä Airaksinen (1993) ottavat ammatin tarkastelussa huomioon ympäristöllisen kontekstin. Heidän mukaansa ammatit ovat osa sosiaalista ympäristöä, joka muodostuu solmituista sopimuksista ja niiden noudattamisesta yhteisen hyvän nimissä.

Välimäki (2003) painottaa että ammatilliseen etiikkaan kohdistuu tietyn ammatillisen toiminnan ja siihen liittyvän yhteiskunnallisen roolin erityisvaatimuksia. Lindqvistin (1986) mukaan ammattietiikan tarkastelu ei ole irtisanoutumista etiikan yleisinhimillisestä perustasta, vaan ammattietiikka on hyvän ja pahan konkretisointia määrättyissä historiallisissa tilanteissa. Airaksinen (1993) määrittelee ammattietiikan muodostavan osan moraalifilosofian sovelluksista. Hänen mukaansa ammattietiikkaa tarkasteltaessa on kyettävä hahmottamaan kuva sekä ammattiteista että etiikan ja oikeudenmukaisuuden periaatteista. Ammattietiikan tehtäväksi Airaksinen kuvaa ammattien aseman ja tehtävän ymmärtämisen, koska ammatit määräävät yhtenä osatekijänä yksilön päätöksentekoa.

2.4.2. Ammattietiikka ja eettiset ohjeistot

Kokkonen (1995) kuvaa eri yhteisöjen jäsenten keskuudessaan sisäistämien arvojen pohjalta hyväksymiä toimintaohjeita eettisiksi ohjeiksi. Eettiset ohjeet ja säännöt ovat terveydenhuollon ammattikuntien omia pelisääntöjä ja ohjeita. Eettisissä ohjeissa pyritään antamaan menettelytapaohjeita tiettyjä käytännössä tunnistettuja ristiriitatilanteita varten. Kokkonen mukaan eettiset ohjeet näyttäisivät viime vuosina lähentyneen luonteeltaan lainsäädäntöä. Äärimaa (2005) korostaa lisäksi, että eettisten sääntöjen ja etiikan kehittäminen ovat ammattikuntien omia tehtäviä ja ammattikunnilla on myös vastuu valvoa etiikan noudattamista.

Launiksen (1995) mukaan eri ammattiteissa toimivilla henkilöillä on omat vastuualueensa, joihin sisältyy joukko moraalisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Ammattieettiset ohjeet pyrkivät

täsmentämään, mihin ammattikuntien edustajilla on oikeus puuttua ja mihin he ovat moraalisesti velvollisia sitoutumaan. Sen sijaan Kalkas ja Sarvimäki (1996) tarkastelevat eettisiä ohjeita eräänlaisina lupauksina ammattikunnan jäsenten palveluja käyttäville asiakkaille siitä, minkälaisia palveluja ammatinharjoittajat ovat sitoutuneita antamaan.

Raunio (2004) tarkastelee ammattietiikkaa sosiaalityön näkökulmasta. Hänen mukaansa arvot saavat ilmauksensa sosiaalityön etiikassa eli eettisissä periaatteissa. Tätä kautta Raunio mukaan arvot ohjaavat ammatillista toimintaa ja eettiset periaatteet ovat tietyn ammattikunnan kannanotto siihen, millaista ammatillisen toiminnan perustavien lähtökohtien tulisi olla. Välimäen (2003) mukaan tietyn ammatillisen toiminnan ja siihen liittyvän yhteiskunnallisen roolin erityisvaatimukset liittyvät vahvasti ammatilliseen etiikkaan. Eettiset ammattisäännöt ovat sen sijaan periaatteita, joihin tietyn ammattiryhmän jäsenet sitoutuvat sekä yhteisönä että yksilönä. Eettisten ohjeiden välityksellä ammattikunnan jäsenten arvot säätelevät sitä, minkä arvojen mukaisesti ja miten ammattikuntaan kuuluvat toimivat. Eettiset ohjeet tukevat ammattikunnan hyvätasoista toimintaa, vahvistavat jäsenissä yhteenkuuluvuutta, varmistavat työn eettiset laatuvaatimukset ja tarjoavat käytännön ohjeita.

2.4.3. Lääkintä- ja hoitoetiikka

Räikän (1995) mukaan lääkintäetiikka sijoittuu etiikan ja filosofian kenttään, mutta käsitteelle ei ole erityisen innokkaasti pyritty löytämään tyhjentävää määritelmää. Gillon (1985) on kuvannut:

”Lääkintäetiikka on analyysoivaa toimintaa, jossa tutkitaan kriittisesti lääkinnällis-moraalisen päätöksenteon taustalla olevia käsitteitä, oletuksia, uskomuksia, asenteita, tunteita, perusteita ja argumentteja”. Myös hoitoetiikka on yleisen etiikan sovellutusalue. Hoitotyön etiikka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä hoitotyössä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003.)

Lääkintäetiikan juuret sijoittuvat antiikin aikaan, mutta edelleen lääkintäetiikan ydinkohdat ovat säilyttäneet asemansa (Pelkonen 2005). Lääkintäetiikan ajatellaan olevan lähellä hoitotyön ja terveydenhuollon etiikan tutkimusalueita ja pitävän sisällään useita eri osa-alueita. Tällaisia osa-alueita ovat esimerkiksi lääkärin etiikka ja hoitohenkilökunnan etiikka. Lääkintäetiikkaa voidaan tarkastella myös laajassa merkityksessä, jolloin sen osa-alueeksi katsotaan kuuluvan terveydenhuollon voimavarojen jakamista koskevat eettiset kysymykset sekä lääketieteellisen tutkimuksen etiikka. (Räikkä 1995.) Pietarisen ja Launiksen (2005) mukaan lääkintä- ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet ovat elämän kunnioittamisen-, ihmisarvon kunnioittamisen-, hoitamisen-,

itseäänmääräämisen-, oikeudenmukaisuuden- ja hyödyn maksimoimisen periaatteet. (ks. myös Pietarinen 1995.)

2.4.4. Lääkäri- ja hoitotyön etiikka

Lääketieteen etiikka on osa soveltavaa etiikkaa, jossa tavoitteena on ratkaista todellisessa elämässä esiintyviä moraalisia ongelmia filosofisen argumentoinnin avulla (Pelkonen 2005). Lääkärietiikkana voidaan pitää vastuullista ammattikäytäntöä, joka koostuu tiedosta, kokemuksesta ja sitoutumisesta eettisesti hyväksyttäviin päämääriin ja toimimiseen niiden saavuttamiseksi. Todellisuudessa toiminnan eettiseen tasoon vaikuttavat ammattiosaaminen, sekä ne arvot ja periaatteet, joihin toiminnassa sitoudutaan. (Lindqvist 2005.) Lääkärietiikkana on elämän ylläpitäminen, kärsimysten lievittäminen ja kuoleman salliminen (Pelkonen 2005). Suomen lääkärietiikan valtuuskunnan vuonna 2003 hyväksymät lääkärietiikan perusarvot ovat elämän kunnioittaminen, ihmisyyden eettisyys, korkea ammattitaito ja kollegiaalisuus (Äärimaa 2005).

Hoitotyön toteuttamisessa on perimmäinen kysymys inhimillisessä yhteistyössä tapahtuvasta pyrkimyksestä edistää toisen ihmisen hyvää. Tällöin hoitotyön toimintaan sisältyy olennaisesti myös eettinen ulottuvuus. Hoitotyön etiikka käsittelee juuri tätä eettistä ulottuvuutta. Hoitotyön etiikka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä hoitotyössä. Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittamisen-, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen-, oikeudenmukaisuuden- ja perusteltavuuden periaatteet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003.)

2.5. Arvot

2.5.1. Arvon käsitteestä

Arvo käsitteenä voi olla varsin monimerkityksinen ja tämän vuoksi sitä usein käytetään epätarkasti. (Pohjanheimo 2005.) Arvojen määrittelyn avulla on mahdollista selkiyttää arvon käsitettä. Arvojen määrittelyssä voidaan tukeutua arvojen ontologiaan, eli arvojen olemassaoloa koskevaan analyysiin. Arvojen olemassaoloa voidaan tarkastella kolmen perustyyppin kautta: subjektiivisen, objektiivisen ja luonnollisen. Subjektiivinen olemassaolo viittaa siihen, että arvot ovat yksilöiden mielessä olevia ajatusrakennelmia, joita ei voida nähdä. Objektiivinen olemassaolo on sen sijaan yhteydessä todellisuudessa oleviin ominaisuuksiin, mutta niitä ei voida ihmisaistein havaita. Arvojen luonnollinen olemassaolo viittaa siihen, että arvot voidaan perustaa tosiasiatietoon ja arvoja on mahdollista havaita ihmisaistein. (Leino-Kilpi 2003.)

Toinen tapa arvojen määrittelyssä on eri näkökulmien käyttö. Voidaan esittää kysymys: kuka arvoa kannattaa (arvon kannattaja), mitä asiaa kannatetaan (arvo-objekti) tai miksi asiaa kannatetaan, miltä kannalta asia on arvokas (arvon locus). Arvojen eri näkökulmien käytön kautta arvon kannattajaksi voidaan luokitella henkilö, joka hyväksyy tietyn arvon ja sen todentumisen. Arvo-objektiksi voidaan luokitella asia, jota arvostetaan. Arvon locuksen voidaan ymmärtää ilmaisevan näkökulman miksi jokin asia on arvokas ja miltä kannalta asiaa arvostetaan. (Leino-Kilpi 2003.)

TAULUKKO 3. Arvon määrittelyt eri näkökulmista (Leino-Kilpi 2003)

ARVON MÄÄRITTELYT ERI NÄKÖKULMISTA		
NÄKÖKULMA	SISÄLTÄÄ	MUODOSTAA
ARVON KANNATTAJA	Henkilökohtaiset, ammatilliset ja kulttuuriset arvot	<ul style="list-style-type: none"> ·Henkilökohtaiset arvot muodostavat yksilön toiminnan perustan ja taustan ·Ammatilliset arvot muodostavat tietyn ammattikunnan toiminnan perustan · Kulttuuriset arvot muodostavat toiminnan perustan tietyssä kulttuurissa
ARVO-OBJEKTI	Esinearvot, ympäristöön liittyvät arvot, yksilöitä koskevat arvot, ryhmäarvot ja yhteiskunnalliset arvot	<ul style="list-style-type: none"> ·Puhtaus, nopeus → esinearvot ·Kauneus → ympäristöön liittyvät arvot · Rohkeus, älykkyys → yksilöön liittyvät arvot · Luottamus, kunnioitus → ryhmäarvot ·Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus → yhteiskunnalliset arvot
ARVON LOCUS	Ilmaisun miksi asia on arvokas tai miksi asiaa kannatetaan	

2.5.2. Arvon määrittelyä

Schwartzin (1999) mukaan arvot ovat ihmisten yleiskäsityksiä tai uskomuksia, jotka liittyvät toivottuihin lopputuloksiin ja käyttäytymiseen (ks. myös Rokeach 1973). Arvot ohjaavat käyttäytymisvalintoja, tapahtumien arviointia ja arvot voidaan asettaa toisiinsa nähden tärkeysjärjestykseen. Arvot ovat käsitteitä, jotka ohjaavat sitä, miten sosiaaliset toimijat valitsevat toimintatapansa, arvioivat ihmisiä ja tapahtumia sekä perustelevat toimintansa. Arvot ovat lähellä asenteita ja arvot ovat tavoite- ja tilannesidonnaisia. Arvot ja asenteet eroavat toisistaan niin, että arvot ovat yleisiä käsityksiä ja periaatteita, mutta asenteilla on aina joku selkeä kohde. Arvot ovat luonteeltaan universaaleja ja ne perustuvat ihmisen perustarpeille luoden sosiaalista kanssakäymistä, nostaen ryhmän koherenssia ja hyvinvointia. (Schwartz & Bilsky 1990, Schwartz 1992, Schwartz & Bilsky 1994, Schwartz 1999, Schwartz & Sagiv 2000, Verkasalo 1996, Puohiniemi 2002.)

Arvot voidaan jäsentää varsinaisiin arvoihin eli platonisiin arvoihin, jotka ovat totuus, kauneus ja hyvyys. Ihanteita on paljon enemmän kuten esimerkiksi rehellisyys ja oikeudenmukaisuus. Ihanteiden tehtävänä on jäsentää ja organisoida ihmisten keskinäisiä suhteita yhteiskunnassa. Kolmantena arvojen ryhmänä ovat arvostukset, jotka perustuvat ihmisten moninaisiin tarpeisiin. Arvostusten kohteina voivat olla konkreettiset tai abstraktit kohteet. Viimeisenä arvojen ryhmänä ovat kokemusarvot, joita voidaan kutsua myös inhimillisesti arvokkaiksi kokemuksiksi. (Salo & Tähtinen 1996.) Arvoja voidaan jäsentää myös jaottelun kautta varsinaisiin arvoihin, arvostuksiin ja asenteisiin. Varsinaisten arvojen muuttuminen on hidasta, koska niiden kehittyminen tapahtuu yhteydessä toisiin ihmisiin ja varsinaiset arvot koetaan tavoiteltaviksi ideoiksi. Esimerkkejä varsinaisista arvoista ovat terveys ja ihmisarvo. Arvostuksilla on sen sijaan yleensä selvä arvostuksen kohde, kuten taloudellinen menestys. Asenteiden ajatellaan puolestaan olevan epäkriittistä suhtautumista johonkin asiaan. (Leino-Kilpi 2003.)

Kluckhohnin (1954) määritelmän mukaan arvo voi olla eksplisiittinen tai implisiittinen, yksilölle tunnusomainen tai ryhmälle luonteenomainen käsitys toivottavasta. Tämä käsitys toivottavasta vaikuttaa käytettävissä olevien toiminnan keinojen ja päämäärien valintaan. Samansuuntaisesti arvon on määritellyt Rokeach (1973), joka ymmärtää arvon pysyvänä uskomuksena siitä, että tietty menettelytapa tai elämänpäämäärä on henkilökohtaisesti tai sosiaalisesti parempi verrattuna johonkin toiseen.

Tones ja Green (2004) esittävät Rokeachia mukaillen viisi väitettä arvojen luonteesta;

1) arvojen totaalinen määrä on suhteellisen pieni, 2) jokainen omistaa samat arvot eriasteisina, 3) arvot ovat järjestäytyneet arvosysteemeiksi, 4) arvot syntyvät ja niihin vaikuttavat kulttuuri, yhteiskunta; eri instituutiot ja persoonallisuus 5) arvot vaikuttavat lähes kaikissa ilmiöissä, joita sosiaalitieteet tutkivat; psykologiassa, sosiologiassa, antropologiassa, psykiatriassa, politiikassa, koulutuksessa, taloudessa ja historiassa.

Jallinoja (1993) on tarkastellut arvojen ambivalenssia yhteiskunnassa. Jallinoja ymmärtää arvon hyvänä ja tavoittelemisen arvoisena asiana. Myös valtioneuvosto (2005) määrittelee arvon tärkeäksi pidettynä asiana tai päämääränä. Sen sijaan Niiniluoto (1984) määrittelee arvot melko itsenäisen aseman omaaviksi ihmisen luomuksiksi. Näitä luomuksia käytetään pääasiallisesti toiminnan oikeuttamiseksi. Myös Ahlmanin (1976) mukaan arvot ovat ihmisen toiminnan perimmäisiä motiiveja. Arvoina voidaan siis pitää tapahtumien tavoitteita, eli sitä minkä toteuttamisen takia jokin viime kädessä tapahtuu. Ahlman luokittelee arvot hedonisiin, vitaalisiin, esteettisiin, tiedollisiin, eli teoreettisiin, uskonnollisiin, sosiaalisiin ja eettisiin arvoihin. Frondizin (1971)

puolestaan luokittelee arvot vitaalisiin, uskonnollisiin, spirituaalisiin, eli mielen arvoihin ja tunnearvoihin.

Seedhousen (1998) mukaan yksilöille on luonteenomaista arvostaa eri asioita eriasteisesti. Seedhouse painottaa kuitenkin sitä, että eri asioiden eriasteisella arvottamisella on erilaiset seuraukset. Tulee myös huomioida, että ihmiset arvottavat asioita ollessaan osana oman kulttuurinsa vaikutuspiiriä. Toisaalta Sinisalmi (1998) pitää arvoja hyvin henkilökohtaisina. Sinisalmen mukaan arvo liittyy henkilöön, joka on päättänyt arvostaa tai olla arvostamatta jotakin asiaa. Arvo voi siten tarkoittaa joko henkilön mieltymystä tai määriteltyä tärkeysjärjestystä. Arvot sisältävät ajatuksemme todellisuuden toivottavasta luonteesta. Sen sijaan Suhonen yhdistää arvojen yksilöllisen ja yhteisöllisen luonteen. Suhosen (1988) mukaan ”Arvot ovat ihmisten ajattelussa ja yhteiskunnan kulttuurissa vallitsevia käsityksiä yksilöiden, yhteiskunnan ja ihmiskunnan keskeisistä päämääristä. Ne ovat siis käsityksiä hyvästä elämästä, hyvästä yhteiskunnasta ja hyvästä maailmasta.”

Tässä tutkimuksessa arvot ymmärretään hyvinä ja arvokkaina asioina. Arvot ovat hyviä ja tavoittelemisen arvoisia asioita ja päämääriä. Arvot ohjaavat käyttäytymistä, toiminnan arviointia ja arvojen kautta perustellaan valittuja toimintatapoja. Arvot ovat ihmisten ajattelussa ja yhteiskunnan kulttuurissa vallitsevia käsityksiä yksilöiden, yhteiskunnan ja ihmiskunnan keskeisistä päämääristä. Arvot ovat siis käsityksiä hyvästä elämästä, hyvästä yhteiskunnasta ja hyvästä maailmasta. Tässä tutkimuksessa keskitytään tutkimuskysymysten mukaisesti enemmän arvojen yhteisöllisiin piirteisiin kuin yksilöllisiin piirteisiin.

2.5.3. Terveysthuollon arvot

Terveysthuollon etiikassa varsinaisena arvona voidaan pitää kärsimyksen minimointia. Ihanteet voivat sen sijaan vaihdella kulttuureittain. Ihanteiksi voidaan ymmärtää esimerkiksi rehellisyys, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Ihanteina voidaan pitää myös luottamusta hoitosuhteessa, rehellisyyttä potilasta kohtaan, hyvää hoitoa ja taloudellisuutta. Arvostukset vaihtelevat yksilöiden välillä ja yksilön eri elämänvaiheissa. Arvostuksina voidaan pitää muun muassa tietoa, taitoa ja koulutusta, sekä terveysthuollossa tutkimusta, ammattitaitoa, palvelujen laatua ja saatavuutta ja inhimillisyyttä. (Ryynänen ym. 1999.)

Äärimaan (2005) mukaan lääkäriliitto on hyväksynyt lääkärin perusarvoiksi elämän kunnioittamisen, ihmisyyden, eettisyyden, korkean ammattitaidon ja kollegiaalisuuden. Sen sijaan

Hall (1996) on määritellyt hoitotyön professionaaliksi arvoiksi hyväntekeväisyyden (tehdä hyvää potilaille), vahingoittamattomuuden (ei tehdä vahinkoa potilaille), oikeudenmukaisuuden, autonomian, lojaliteetin, rehellisyyden, luottamuksellisuuden, salassapidon ja arvon antamisen potilaan elämälle.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitajien tehtäviksi kuvataan terveyden edistäminen ja ylläpito, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksen lievittäminen. Keskeisinä arvolähtökohtina ohjeesta nousee esille ihmiselämän suojelu, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, luottamus ja hoitotyön laatu. Sairaanhoitajien ymmärretään maailmanlaajuisesti edistävän samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta. (ks. sairaanhoitajan eettiset ohjeet/www.sairaanhoitajaliitto.fi.)

Pihlaisen (2000) tutkimuksen mukaan terveydenhuollon opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan hoitotyön arvo- ja arvostuskäsitysten arvokategorioiksi muodostuivat potilaan hyvä, ihanteellisuus potilaan auttamisessa, sairaanhoitajan sitoutuminen, velvollisuudet ja hyvä työnantaja. Pihlaisen mukaan hoitotyön arvo- ja arvostuskäsityksinä säilyi ihmisarvo, ihmisen kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, terveys ja inhimillisyys. Sen sijaan Niskasen (1997) mukaan markkinaohjautuvuuteen siirtyneen julkisen sairaalan näkyviä arvoja ovat hoidon hyvä laatu, asiakkaiden tyytyväisyys ja taloudellisuus.

ETENE:n (STM 2001b) mukaan terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeet pohjautuvat samoihin arvoihin siitä huolimatta, että ne painottuvat eri tavoin. Keskeisiksi terveydenhuollon arvoiksi ETENE määrittelee ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, ihmiselämän suojelun ja terveyden edistämisen. Leino- Kilpi ja Välimäki (2003) sen sijaan toteavat eri ammattiryhmillä olevan eri arvoperustansa johtuen ammattikuntien näkemyseroista toiminnan tavoitteen suhteen. Toisten ammattiryhmien arvoperustaa on kuitenkin kunnioitettava, jotta keskusteleminen eri ammattiryhmien kanssa olisi mahdollista erilaisissa eettisissä ongelmatilanteissa.

2.5.4. Arvokeskustelusta

Kajasteen (1998) mukaan kaikki vaativat arvokeskustelua, mutta kukaan ei todellisuudessa keskustele arvoista, vaikka arvot ohjaavat yksilöiden toimintaa. Samankaltaisesti toteaa Puohiniemi (2002), jonka mukaan hyvin lupaavasti alkanut arvokeskustelu päättyy usein arvojen määrittelyn ja tunnistamisen epämääräisyyteen. Arvokeskustelun yleisimpänä ongelmana on, että arvoja ja niiden

keskinäisiä suhteita ei määritellä tarkoin. Samalla Puohiniemi tiivistää, että arvokeskustelulle hyvin tyypillinen ongelma on arvojen, asenteiden ja ajankuvan ilmiöiden sekoittuminen toisiinsa käsitteinä. Puohiniemen mukaan arvokeskustelun lähtökohtana on omien arvojen julkituominen eikä arvokeskustelun tavoitteena ole miellyttää toisia osapuolia. Arvokeskustelun päämääränä tulisi olla omien perusteltujen näkemysten kertominen ja niiden arvioiminen suhteessa toisten esittämiin näkemyksiin.

Tässä tutkimuksessa keskustelu ymmärretään eri kirjoittajien kirjallisena argumentointina. Arvokeskustelua siitä tekee se, että eri kirjoittajat ottavat kantaa arvoihin ja aukikirjoittavat niitä. Hoitotieteellistä keskustelua on tutkinut Tuomi (1997), joka tarkasteli hoitotieteellistä keskustelua kirjoittajien dokumenteista. Samoin tässä tutkimuksessa perusajatuksena on että terveystieteiden arvoja voidaan tutkia julkaistuista teksteistä, koska suullisesti käydystä keskustelusta ei jää jälkeen dokumentteja. Itse arvokeskustelu ei ole tämän tutkimuksen ainoa tutkimuskohde, vaan tutkimuksen mielenkiinnon kohteina ovat keskusteluissa esille nostetut arvot ja niiden kuvailu.

2.6. Arvojen tutkimuksesta

Arvotutkimus on perinteisesti kuulunut filosofian, sosiologian ja sosiaalipsykologian alueeseen, mutta nyt sen katsotaan laajentuneen myös näiden tieteiden ulkopuolelle. (Sinisalmi 1998). Laajempi kiinnostus arvojen empiiriseen tutkimiseen on herännyt yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen piirissä vasta 1970-luvulla. Kuitenkin tutkimusperinne juontaa juurensa kauemmaksi. Sosiologien Thomasin ja Znanieckin katsotaan luoneen perustan nykyiselle empiiriselle arvotutkimukselle. Heidän teoksensa ”The Polish Peasant in Europe and America” (1918- 1920) käsitteli arvoja ja asenteita. Seuraava käännekohta empiirisen arvotutkimuksen kohdalla tapahtui 1930-luvulla kun kehitettiin ns. Allportin ja Vernonin arvomittari, josta tuli useiksi vuosiksi arvotutkimuksen standardi. Empiirisen arvotutkimuksen jatkajia ovat myöhemmin olleet muun muassa arvoista yksilötasolla kiinnostunut Milton Rokeach, kulttuurien välisten empiirisen arvotutkimuksen aloittaja Ronald Inglehart sekä arvojen yleismaailmallista rakennetta tutkinut Shalom Schwartz. (Mikkola 2003.)

Keskeisiä suomalaisia arvotutkijoita ovat esimerkiksi Pertti Suhonen, joka on tutkinut muun muassa suomalaisten arvoja ja politiikkaa (1988), Esa Pohjanheimo, joka on tutkinut suomalaisten arvomuutoksia (esim.1996). Irma Levomäki on puolestaan perehtynyt tietoyhteiskunnan arvomaailmaan (esim. 1998). Lisäksi voidaan mainita Markku Verkasalo (esim.1996) ja Tuija Mikkola (2003), joka on tutkinut suomalaisen uuden keskiluokan arvoja. Sen sijaan Martti

Puohiniemi on tutkinut suomalaisten arvojen, ajankuvan ja asenteiden muutoksia (2002). Hoitotieteen puolella arvoja on tutkinut muun muassa Aira Pihlainen (2000).

Arvotutkimus voi olla deskriptiivistä tai normatiivista. Deskriptiivisellä arvotutkimuksella tarkoitetaan aktuaalisten arvostusten kuvailua ja selittämistä. Normatiivinen arvotutkimus keskittyy moraalisten oikeutusten arviointiin. (Rantala 2000.) Arvotutkimuksessa on mahdollista havaita erilaisia tutkimussuuntauksia. Arvofilosofisen tutkimuksen edustajana voidaan mainita esimerkiksi Georg Henrik Von Wright. Sekundaarianalyysin eli puhutun ja kirjoitetun tekstin analysointitutkimusta on tehnyt esimerkiksi Sahlgren (2001) ja Giacomini ym. (2004). Sen sijaan survey-tyyppistä väestötutkimusta on Suomessa tehnyt muun muassa Esa Pohjanheimo, joka tutki pyhtäläisten arvoja ja niiden muutoksia vuosina 1975- 1993 (Pohjanheimo 1996).

Yhteiskunnallista arvotutkimusta tarvitaan tulevaisuuden ennustamisessa ja suunnittelussa. Tulevaisuudentutkimus käsittää kehitysvaihtoehtojen tutkimista, joille tyypillisiä ominaisuuksia ovat esimerkiksi arvolähtökohtien ja kansalaiskeskustelujen korostuminen. Tulevaisuudentutkimusta pidetään arvorationaalisenä tiedontuottamisena, jossa korostuu arvojen arviointi keskeisenä osana tutkimusta. Tulevaisuuden tutkimukselle samoin kuin muulle tutkimukselle, arvot ja arvostukset ovat kuitenkin monitahoisia asioita. (Rantala 2000.) Arvojen tutkimuksessa keskeiseksi ongelmaksi voidaan ymmärtää se, että ei ole olemassa sellaista ehdotonta todellisuutta, johon vertaamalla arvoista voisi muodostaa varmaa tietoa. Toisaalta eettinen ajattelu perustuu yleensä yhteiskunnassa käsitteellisiin ideologioihin. Pätevän päättelyn muodostamiseksi tulisi sitoutua tietoisesti tiettyyn teoriaan ja tuoda selkeästi esille valitun teorian perusoletukset tutkimuksen lähtökohtina. (Rantala 2000.)

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kansallisen ja kansainvälisen terveystieteiden arvoja, sekä tarkastella ja kuvailla hoito- ja lääketieteen ammatti- ja tiedelehdissä käytyä arvokeskustelua. Kansallisen ja kansainvälisen terveystieteiden arvojen tarkastelu toteutetaan systemaattisena kirjallisuus- ja dokumenttikatsauksena. Arvokeskustelua tarkastellaan terveydenhuollon tiede- ja ammattilehtien artikkeleissa esiintyneen arvokeskustelun pohjalta peilaten keskustelussa keskeisiksi muodostuneita arvoja kansallisten ja kansainvälisten terveystieteiden linjausten arvoihin.

Tämän tutkimuksen ensimmäisenä tutkimustehtävänä on *1) tarkastella ja kuvailla terveystalouden keskeisiä arvoja kansallisen ja kansainvälisen arvokeskustelun pohjalta.* a) Suomen terveystalouden keskeisiä arvoja 1970- 2000 – luvuilla tarkastellaan valtakunnallisten dokumenttien ja vuosikymmenten keskeisten teosten avulla b) Kansainvälisen terveystalouden keskeisiä arvoja tarkastellaan Euroopan unionin ja Maailman Terveystalouden julkaisujen sekä muun kansainvälisen kirjallisuuden avulla.

Toisena tutkimustehtävänä on *2) tarkastella ja kuvailla vuosina 2003 - 2005 hoitotyön ja lääketieteen ammattilehdissä sekä hoitotieteen ja lääketieteen tiedelehdissä käytyä arvokeskustelua.*

4. JOHDATUS KANSALLISIIN JA KANSAINVÄLISIIN TERVEYSTALOUKSIIN ARVOIHIN

4.1. Kansallinen aineisto: systemaattisen kirjallisuushaun kuvaus

Kirjallisuushaun tavoitteena oli etsiä lähteitä, jotka kuvaisivat mahdollisimman laajasti Suomen terveystalouksellisia arvoja 1970-2000- luvuilla. Kirjallisuushaku rajattiin aikavälille 1970-2005. Aineisto kerättiin systemaattisesti Tampereen yliopiston kirjaston Tamcat -tietokannasta, kotimaisesta terveystieteellisestä Medic- tietokannasta, Linnea-yhteistietokannoista Linda ja Arto, sekä Aleks-tietokannasta. Aiheen vaativuuden ja aikavälin pituuden vuoksi oli välttämätöntä täydentää hakuprosessia käsihaulla. Tutkimuksen keskeisten käsitteiden abstraktisuuden vuoksi hakuprosessi ei ole voinut täysin toteutua systemaattisen kirjallisuushaun kriteereiden mukaisesti. Tämän vuoksi käsihaun merkitys onkin korostunut.

Hakusanoina tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin ”terveystaloukset”, ”terveydenhuolto”, ”arvot”, ”etiikka”, ”päämäärä” ja ”tavoitteet”, sekä niiden eri yhdistelmiä kuten ”terveystaloukset ja arvot”, ”terveydenhuolto ja arvot”, ”terveydenhuolto ja etiikka”, ”terveystaloukset ja tavoitteet/päämäärä”.

Systemaattista kirjallisuushakua tehtäessä oli perusteltua pidättäytyä vain suomalaisissa tietokannoissa, koska erityisesti 1970- 1980- lukujen terveystalouksetta käsittelevä aineisto koostui pitkälle vain muutamien kirjoittajien teoksista ja valtiollisista asiakirjoista.

Yksittäin ”terveydenhuolto”- ja ”arvot”-sanoilla hakiessa valituista tietokannoista löytyi tuhansia osumia. Hakusanat yhdistettäessä osumien määrä väheni muutamisiin kymmeniin. Tieteellisiä artikkeleita ei löytynyt osumien joukosta ollenkaan. Tutkimuskysymystä vastaavasti arvoja käsitellyttä aineistoa ei löytynyt osumien joukosta kokonaisuudessaan kuin muutamia kymmeniä. Kaikki mukaan valitut lähteet on hyväksytty aineistoon vasta tarkemman sisällöllisen läpikäynnin jälkeen.

Systemaattisen kirjallisuushaun tuloksena muodostuneen aineiston suppeuden vuoksi on aineistoa koottaessa pitänyt käyttää myös käsihakua jotta tutkimuskysymyksiin vastaaminen mahdollistuisi. Tietokannoista löytyneiden ja mukaan valittujen lähteiden lisäksi kirjallisuuskatsauksen aineistoon on käsihakua käyttäen valittu mukaan merkittävimmät terveystieteelliset ohjelmat, sekä teoksia joihin oli useasti viitattu lähdeaineistossa. Lisäksi aineistoon on valittu keskeisimpiä sosiaali- ja terveystieteellisiä ohjelmia käsittelevät Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin julkaisut. Kokonaisuudessaan aineisto koostui yhteensä 33 (n=33) lähteestä. (ks. taulukko 4, liite 1). Aineistoksi on pyritty kokoamaan mahdollisimman laaja ja monipuolinen Suomen terveystieteiden arvoja käsittelevä lähteistö.

TAULUKKO 4. Lähteet lähdetyypeittäin luokiteltuna

Lähdetyyppi	Lukumäärä
Kirjat	11
Artikkelit	2
Lait	1
Väitöskirjatutkimukset	1
Stakesin raportit ja muut julkaisut	4
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut	6
Valtioneuvoston julkaisut	2
Sosiaali- ja terveyshallitus	1
Terveystieteelliset ohjelmat	5
Yhteensä	33

4.2. 1970- LUKU

4.2.1. Taustaa

Tarkasteltaessa 1970- lukua politiikan kehityksen kannalta, keskeisen perustan loi silloin vallinnut henkinen ilmasto, joka kannatti kollektivistisia ja demokraattisia ratkaisuja (Sipilä 1985). Tyypillisenä piirteenä 1970- luvulle oli myös usko solidaarisiin tulonsiirto- ja rahoitusjärjestelmiin, ehkäisevien toimien suuriin mahdollisuuksiin, sekä moniammatilliseen työryhmätyöskentelyyn. (Kokko & Lehto 1993). Heikkilän ym.(2005) mukaan uudistusten taustalla vallitsi 1960-luvulla vahvistunut laaja yhteisymmärrys siitä, että väestön terveyden ja terveydenhuollon tila oli kestävä. Vielä 1970- luvullakin vallinnut hyvinvointivaltion kausi nähdään alkaneen jo toisen maailmansodan jälkeen valtakunnan taloudellisen tilanteen kohentuessa. Hyvinvointivaltiolle oli tyypillistä valtiokeskeisyys ja kehityksen ohjaaminen. (Tahvanainen 2004.) Suomen 1970 – luvun terveystalouden arvoja tarkasteltaessa onkin siis turvauduttava pitkälle valtakunnallisiin asiakirjoihin.

Suomen terveystalouden tärkein uudistus 1970-luvulla oli vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki. Kansanterveyslain keskeisenä tavoitteena oli järjestää uudelleen kansanterveystalouden hallinto ja rahoitus, sekä luoda edellytykset perushoitajärjestelmän suunnitelmalliselle kehittämiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985). Terveystalouden muuttui valtiojohtoiseksi, koska terveydenhuollon suunnittelusta tuli lakisääteistä. Valtakunnallisen viisivuotissuunnitelman kytkeminen taloussuunnitteluun ja eduskunnan myöntämiin määrärahoihin katsottiin mahdollistavan kansanterveystalouden järjestyksen kehittämisen. (Puro 1973.) Terveystalouden valtiollista ohjausta vahvisti myös valtionosuusjärjestelmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1985). Valtionosuuksia sai toimintaan, joka sisältyi hyväksytyihin toteuttamissuunnitelmiin (Kokko & Lehto 1993).

4.2.2. Keskeiset arvot

Suomen 1970- luvun terveystaloutta käsitteleviä perusteoksia ovat Pekka Kuusen (1968) 60-luvun sosiaalipolitiikka, Kari Puron (1973) Terveystalouden perusteet, sekä Ojalan, Vatajan ja Vintturin (1974) Kansanterveystalouden teos. Pekka Kuusi tarkastelee teoksessaan terveystaloutta laaja-alaisesti koko yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta. Puron teoksessa terveystaloutta käsitellään kansanterveyslain tarkastelun rinnalla. Ojala, Vataja ja Vintturi tarkastelevat

teoksessaan laaja- alaisesti kansanterveystyötä sekä kansanterveyslakia erityisesti sen tulkintaan ja toimeenpanoon keskittyen. Kaikissa näissä teoksissa käsitellyt arvot olivat hyvin yhtenäiset keskenään. Suomen 1970- luvun terveystalouden keskeisimpiä arvoja olivat *tasa-arvo, terveys ja kansanterveyden edistäminen sekä kokonaisvaltainen suunnitelmallisuus*.

4.2.2.1. Tasa- arvo

Tasa-arvoisuuden päämäärä on löydettävissä toisen maailmansodan jälkeen alkaneesta ja 1970-luvulle kestäneestä yhteiskuntapoliittisesta painotuksesta, jonka mukaan ongelmat nähtiin yhteisöstä johtuvina. Tästä painotuksesta johtuen sosiaalipolitiikan tavoitteena oli tukea yhteiskunnallisiin toimiin puutteessa elävien ryhmien hyvinvointia (Sipilä 1985). Kuusen (1968) mukaan 1960-luvun lopulla terveydenhuollon kehittämisen kannalta keskeisenä asiana pidettiin lääkintäpalveluiden alueellista tasoittamista niin, että hyvät lääkintäpalvelut viedään jokaista kansalaista lähelle tasa-arvoisuuden periaatteen mukaisesti. Tasa-arvon edistämisen pyrkimys sisältyi myös tavoitteeseen kehittää terveydenhuoltoa sellaiseksi, että tarpeellinen terveydenhuolto olisi saatavilla kaikille ilman taloudellista erikoisrasitusta.

Kansanterveyslain yhtenä päätavoitteena oli terveyspalveluiden paremman saatavuuden varmistaminen tasa-arvoisesti kaikille kansalaisille terveyskeskusjärjestelmän rakentamisen ja avosairaanhoidon maksuttomuuden avulla (Puro 1973). Tasa- arvon periaatteen toteutumista edisti myös uudistettu valtionapujärjestelmä, joka mahdollisti terveyskeskusten saaman valtionavun porrastamisen kuntien taloudellisen kantokyvyn mukaisesti. Tämä järjestelmä takasi kunnille paremmat mahdollisuudet tarjota yleistä tasoa vastaavia terveyspalveluja huolimatta huonosta taloudellisesta tilanteesta. Maksuttomuuden tavoitteena oli puolestaan taata kaikille varallisuuteen katsomatta hyvät terveyspalvelut mutta myös tasoittaa sairaudesta aiheutuvia kustannuksia. (Ojala, Vataja, Vintturi 1974.)

4.2.2.2. Terveys ja kansanterveyden edistäminen

Kuusi (1968) näki 1960- luvun lopulla kansanterveyden kohottamisen silloisen yhteiskunnan erääksi olennaiseksi tehtäväksi. Kuusen mukaan terveystaloudellinen käsitti kaiken sen, mikä edisti kansalaisten mahdollisuuksia oman terveytensä vaalimiseen.

Terveyttä pidettiin talousneuvoston yhteiskuntapolitiikan tavoitteita tutkivan jaoston mietinnössä terveyspolitiikassa itseisarvona ja se haluttiin korottaa yhdeksi koko yhteiskuntapolitiikan keskeisimmistä päämääristä, eikä ainoastaan terveyspolitiikan päämääräksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Terveyspolitiikan tuli laajentaa näkökulmaansa niin, että terveyttä ei tarkasteltaisi enää pelkästään lääketieteellisestä näkökulmasta vaan hyvinvoinnin keskeisenä perustekijänä (Puro 1973).

Terveyspolitiikan keskeisimpänä tavoitteena oli 1970-luvulla mahdollisimman suuri terveyden määrä ja sen tasainen jakautuminen yhteiskunnassa. Tavoite sisältää terveyden korostamisen lisäksi myös selkeän pyrkimyksen tasa-arvoisuuden lisäämiseen. (Puro 1973, Sosiaali- ja terveysministeriö 1982.) Talousneuvoston yhteiskuntapolitiikan tavoitteita tutkiva jaosto korosti mietinnössään 1970-luvun alussa *terveyden edistämistä*, eikä vain terveydenhuollon palvelusten lisäämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Myös suunnittelukomitean mietinnössä vuonna 1971 terveydenhuollon keskeisiksi tavoitteiksi määriteltiin terveyden edistäminen ja säilyttäminen sekä sairauden ennaltaehkäisy (Ojala, Vataja & Vintturi 1974).

Kansanterveyslain mukaan keskeiset terveystavoitteet olivat mahdollisimman suuri terveyden määrän ja terveyden tasainen jakautuminen. Lisäksi terveyspolitiikan keskeisinä tavoitteina pidettiin sairauksien ehkäisyä ja lääketieteellisten tautien mahdollisimman tehokasta hoitamista, jotka molemmat voitiin nähdä myös keinoksi saavuttaa ensimmäinen tavoite, eli mahdollisimman suuri terveys. Huolimatta terveyspolitiikan peruspyrkimyksestä saavuttaa mahdollisimman suuri terveys, oli huomioitava myös se, että terveydenhuoltoon käytettävät varat eivät olleet rajattomat. Vastakkain olikin siis asetettava sairauden hoidosta saatava hyöty ja sairauden aiheuttamat kustannukset. (Puro 1973, Puro 1975, Aer & Härö 1975.)

4.2.2.3. Kokonaisvaltainen suunnitelmallisuus

Jo 1960-luvulla nostettiin esille seurannan ja *kokonaisvaltaisen suunnitelmallisuuden* merkitys terveydenhuollon kehittämisessä. Seurannan avulla oli tarkoitus hankkia erityisesti terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia tietoja suunnitelmallisuuden perustaksi. (Kuusi 1968.) Terveydenhuollon suunnittelusta tuli kuitenkin lakisääteistä ensimmäisen kerran vasta kansanterveyslain myötä. Suunnitelmia tuli tehdä kahdella tasolla sekä valtakunnallisella että paikallisella. Lääkintöhallituksen laatima ja valtioneuvoston vahvistama suunnitelma koski koko terveydenhuoltoa. Paikallinen suunnitelma oli kunnan tai kuntainliiton laatima ja lääkintöhallituksen hyväksymä. Valtakunnallisen suunnitelman oli tarkoitus luoda suunta

terveydenhuollon kehittämiseksi. Valtakunnallinen suunnitelma velvoitti myös kuntia – ja kuntaliittoja, koska kuntien suunnitelmien tuli olla valtakunnallisen suunnitelman mukaisia. Lisäksi kuntien tuli suunnitelmassaan ilmaista kuinka aikovat täyttää kansanterveyslaissa säädetyt velvollisuudet. (Ojala, Vataja & Vintturi 1974.)

4.3. 1980- LUKU

4.3.1. Taustaa

Vielä 1980- luvullakin terveyspolitiikka oli edelleen tiukasti valtiojohtoista. Kuntien tehtävinä voitiinkin pitää 1980- luvulla pääasiassa valtion toimeksiantojen suorittamista. Kunnat toimivat valtion valvonnan alaisina eikä vapaudella ollut suurtakaan merkitystä kunnallishallinnossa. (Sinisalmi 1998.) Keskeisenä terveyspoliittisena muutoksena voidaan pitää myös sitä, että terveyspolitiikassa oli syntynyt ymmärrys yleisten yhteiskunnallisten tekijöiden ja yhteiskunnan eri lohkojen sisällä tapahtuvan päätöksenteon merkityksestä väestön terveyden kannalta. Laaja-alaisen terveyspolitiikan painottamista voidaankin pitää keskeisenä piirteenä 1980-luvun terveyspolitiikkaa linjanneille dokumenteille. (Heikkilä ym. 2005.)

Terveyspolitiikkaa ohjasi 1980 –luvulla suurelta osin ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelma”. Tämän ohjelman tarkastelussa ja muun 1980 luvun terveyspolitiikan tarkastelussa on käytetty keskeisinä lähteinä Sosiaali- ja terveysministeriön (1982) Sosiaalinen aikakauskirja- julkaisua ja Sosiaali- ja terveysministeriön (1985) julkaisua: Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely 26. – 27. 3. 1985. Laajemman keskustelun kohteena 1980- luvulla olivat sellaiset arvot kuin *elämän laatu, eliniän pituus, terveyden edistäminen ja hoidon jatkuvuus*.

4.3.2. Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelma

Vuoden 1979 Maailman terveysjärjestön 32. yleiskokouksessa käynnistettiin ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – ohjelma”. Jäsenvaltioiden tuli laatia omat kansalliset terveyspoliittiset ohjelmansa vuoteen 2000 asti, sekä osallistua myös alueellisten ja maailmanlaajuisten toimintaohjelmien laadintaan. Euroopan alueellinen strategia hyväksyttiin aluekokouksessa vuonna 1980. Nopeasti alueellisen strategian hyväksymisen jälkeen aloitettiin Suomen strategian laatiminen. Perustana kansallisellekin strategialle oli WHO:n jäsenvaltioiden vuonna 1977 hyväksymä päätöslauselma. Lauseelman keskeisenä yhteiskunnallisena tavoitteena pidettiin sitä, että kaikki maailman ihmiset saavuttaisivat vuoteen 2000 mennessä sellaisen terveydellisen tason, joka antaisi

heille mahdollisuuden elää sosiaalisesti ja taloudellisesti antoisaa elämää. ” Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – ohjelman ” tavoitteena oli terveys, eikä siis terveystalouden kehittäminen itseisarvona. Terveyttä kaikille tarkoitti pääasiassa huomion kiinnittämistä erityisesti kansakuntien välisten ja kansakuntien sisällä väestöryhmittäisten erojen vähentämiseen. Voidaan siis selkeästi nähdä, että Suomen terveystalouden linjat ja periaatteet ovat olleet jo 1970 – luvulla sopusoinnussa WHO:n painottamien toimintalinjojen kanssa. (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 1986.)

WHO:n Euroopan aluetalouden piirissä ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – politiikka” ymmärrettiin terveystalouden näkökulmasta pitkän tähtäimen politiikkana, joka ei rajoitu vain terveystalouteen vaan korostaa terveyden edistämistä ja tautien ehkäisyä, pitää tärkeänä kansainvälistä yhteistyötä ja priorisoi oikeudenmukaisuuden tavoitetta. WHO:n Euroopan alueen tavoiteohjelmassa keskeisinä periaatteina korostui terveydentilallinen tasa- arvo, elämän lisääminen vuosiin, vuosien lisääminen elämään, ja terveyden lisääminen elämään, mikä tarkoitti sairauksien ja vammautumisen vähentämistä. Lisäksi Euroopan ohjelmassa painotettiin keskeisenä periaatteena terveyden edistämistä. (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 1986.)

4.3.3. Elämän laatu, eliniän pituus ja terveyden edistäminen

Vaikka Suomen ” Terveyttä kaikille vuoteen 2000 – ohjelma ” onkin kytkeytynyt Euroopan alueelliseen ohjelmaan ja maailmanlaajuiseen ohjelmaan niin sitä pidetään kuitenkin vahvasti maakohtaisena. Suomen kansallisen ohjelman perustavoitteeksi muodostui tavoite *edistää jokaisen kansalaisen ja koko väestön terveyttä ja hyvinvointia*. Tavoite jaettiin kolmeen osaan. Ensimmäisenä osatavoitteena oli *lisätä vuosia elämään*, mikä tarkoitti ennenaikaisen kuolleisuuden laskemista ja keskimääräisen eliniän pidentymistä. Toisena osatavoitteena oli *lisätä terveyttä elämään*, eli kaikille kansalaisille haluttiin tulevaisuudessa taata mahdollisuus aikaisempaa useampiin terveisiin ja toimintakykyisiin elinvuosiin. Kolmantena osatavoitteena oli *lisätä elämää vuosiin*. Elämän lisääminen edellytti terveyden edistämistä niin, että mahdollisimman moni kansalainen elinvuosinaan tuntisi itsensä kaikin tavoin terveeksi ja hyvinvoivaksi, selviytyisi jokapäiväisistä elämäntilanteistaan ja kokisi elämänsä rikkaaksi ja monipuoliseksi. (Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö 1985 & 1986.)

Karjalainen ym. summasivat raportissaan (1991) prevention, eli terveydentilallisten haittojen ehkäisyn muodostuneen Suomalaisen terveydenhuollon keskeiseksi tehtäväksi. Prevention hyväksyttävänä päämäärinä voidaan pitää yhteiskunnan taloudellisia säästöjä, *keskimääräisen eliniän pitenemistä* ja

elämän laadun kohoamista väestössä. Kaikki prevention keinot eivät ole kuitenkaan eettisesti ongelmattomia. Raportista on selkeästi poimittavissa kirjoittajien prevention tarkastelussa painottamat arvot, joita ovat terveys, oikeudenmukaisuus ja ihmisen vapaus.

4.3.4. Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus nostettiin esille jo Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1978 asettaman terveyskeskusten ja avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan mietinnössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1979). Toimikunta asetti ongelmien kartoittamisen jälkeen kolme keskeistä tavoitetta, jotka olivat palveluiden saavutettavuuden parantaminen, hoitojatkuvuuden turvaaminen ja hoitotoiminnan sisällön ja laadun kehittäminen. Kokon ja Lehdon (1993) mukaan perhe- ja omalääkärikeskustelu nousi esiin kun etsittiin keinoja parantaa hoidon jatkuvuuden toteutumista. Erilaiset kokeilut 1980-luvun alussa tähtäsivät juuri terveyskeskuslääkärin avosairaanhoidopalveluiden järjestämisen uudistamiseen. Ensimmäinen näistä kokeiluista oli sosiaali- ja terveysministeriön ja Kansaneläkelaitoksen järjestämä omalääkärikokeilu. Jatkossa kehiteltiin myös muita uusia toimintamalleja.

4.4. 1990- LUKU

4.4.1. Taustaa

Hyvinvointivaltiollinen kehitys oli saavuttanut huippunsa 1980 – luvun lopulla, joten julkisen vallan merkitys alkoi kaventua. Hyvinvointivaltion kaudesta siirryttiinkin managerialistiseen kauteen, johon muun muassa pyrittiin julkista valtaa hajauttamalla (Tahvanainen 2004.) Valtiolla oli 1990-luvulle asti paljon valtaa päättää jopa palveluiden tuottamisen yksityiskohdista käytössä olleen suunnittelu- ja raportointijärjestelmän avulla. Valtionosuuksia sai 1990-luvulle asti toimintaan, joka sisältyi hyväksytyihin yksityiskohtaisiin viisivuotisiin toteuttamissuunnitelmiin. Valtionosuusmenettelyllä haluttiin taata palveluiden kohdistuminen tasapuolisesti todellisen tarpeen mukaan. Käytäntö oli kuitenkin menoperusteinen eikä suosinut säästämistä, koska valtionosuudet määräytyivät menojen mukaan. Lisäksi keskusjohtoista suunnittelua oli ruvettu vierastamaan muistakin syistä. Yksi keskeinen syy oli se, että organisaatioiden oletettiin toimivan tehokkaammin, jos niille annetaan vapauksia toiminnan järjestämisen yksityiskohtien suhteen huolimatta vaativistakin yleistavoitteista. (Kokko ja Lehto 1993.)

Vuonna 1993 toteutetun valtionosuusuudistuksen myötä valtionosuudet alkoivat määräytyä menojen rahoittamisen sijasta laskennallisesti. Kuitenkin kuntien velvollisuudet järjestää ja rahoittaa laeissa ja asetuksissa säädetyt palvelut pysyivät ennallaan. Entisestä velvoittavasta suunnittelukäytännöstä luovuttiin niin, että kuntien ei enää täytynyt alistaa omia suunnitelmiaan minkään valtion hallintoelimen hyväksyttäväksi. Samoin palveluiden järjestämisen tapoja koskevaa normistoa purettiin, eli kokonaisuutena valtionosuusuudistus toi kunnille suuremman vapauden suunnitella ja toteuttaa palvelut harkintansa mukaan. Kunnat saivat siis oikeuden vuoden 1993 alusta järjestää palvelunsa valintansa mukaan esimerkiksi itse, yhteistyössä toisen kunnan kanssa, olemalla jäsenenä kuntainliitossa, tai hankkimaan palvelut yksityisiltä palveluiden tuottajilta. (Kokko & Lehto 1993.)

Aikaisemmin arvojamme olivat määrittäneet siis sellaiset instituutiot kuten eduskunta. Suomalaisessa yhteiskunnassa alkoi kuitenkin 1990- luvulla toisenlainen aika kun yhtenäinen arvomaailma alkoi kehittyä kohti eriytyneiden arvojen maailmaa. (Kajaste 1998.) Toisaalta vaikka normiohjausta purettiin ja kunnat saivat enemmän vapauksia järjestää hallintonsa niin tulee huomioida, että normiohjauksen purkamisen aikoihin ajoittui Suomessa myös lama. Valtio käyttikin laman aikana normiohjauksen sijasta taloutta kuntien ohjauksen välineenä. Erilaiset taloudelliset toimenpiteet rajoittivatkin selvästi kuntien toimintavapauksia. Lama herätti kuitenkin tarpeen käydä syvällisempää arvokeskustelua. (Sinisalmi 1998.) Voimavaraohjauksen työvälineistä luopumisen jälkeen siirryttiin informaatio-ohjaukseen, jota kehittämään perustettiin esimerkiksi Stakes, eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2000- luvulle – hanketta voidaan pitää ensimmäisenä laajana sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton yhteisenä kehittämisohjelmana ja informaatio-ohjauksen työvälineenä. Hankkeen ollessa vielä käynnissä luotiin uudeksi informaatio-ohjauksen välineeksi Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO, joka laaditaan kutakin hallituskautta varten. TATolla on lakisääteinen asema, mutta silti se on vain suositus, mikä heikentää sen toteutumisen onnistumista. (Heikkilä ym. 2005.)

Jämsenin ja Pekurisen (2003) mukaan uskottiin vakaasti, että valtionosuusuudistuksen jälkeen kunnat alkaisivat todella kilpailuttamaan sairaanhoitopiirejä ja muita terveyspalveluiden tuottajia. Sairaanhoitopiirit alkoivatkin hinnoitella tuotteitaan yksityiskohtaisesti. Kunnat eivät kuitenkaan ryhtyneet kilpailuttamaan tuottajia. Yhtenä syynä siihen, ettei kilpailuttamista syntynyt oli se, että yksityissektorilla ei ollut kykyä tarjota kiinnostavia palvelukokonaisuuksia. Suurin syy kilpailuttamisen hiipumiseen oli kuitenkin Suomen taloudellinen lama 1990- luvulla. Innostus

terveydenhuollon uudistamiseen palasi 2000- luvulle tultaessa, mutta silloin ajatukset olivat paremmin terveydenhuoltoon sopivia

4.4.2. Keskeiset arvolähtökohdat

Useita erilaisia arvoja nousi keskusteluareenalle 1990- luvulta alkaen. Keskeisimpiä arvokeskustelua ohjanneita arvoja ovat olleet *oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, tehokkuus ja oikeus hoitoon*. Arvoja tarkasteltaessa tulee huomioida erityisesti myös priorisointi, koska keskustelu priorisoinnista ja sen lähtökohdista alkoi vahvasti jo 1990- luvulla. Käytettävissä olevien erilaisten lähteiden valikoima oli hajanaisempi kuin aikaisempien vuosikymmenten terveystoliittisia arvoja tarkasteltaessa johtuen pitkälle siitä, että terveystoliittikka ei ollut enää niin valtiojohtoista kuin aikaisemmin.

4.4.3. Priorisoinnin tarkastelua: itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tehokkuus

Terveydenhuollon priorisointiryhmän raportissa priorisointivalintojen kannalta keskeisimpinä periaatteina pidettiin ihmisarvoa, *itsemääräämisoikeutta*, tasa- arvoa ja *oikeudenmukaisuutta*. Oikeudenmukaisuuden vaatimukseen perustuen yhteiskunnan tehtävänä on taata jokaiselle yhtäläiset mahdollisuudet terveyteen ja toimintakyvyn turvaamiseen. Oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta keskeinen vaatimus on yhtäläisten terveystoliittien turvaaminen kaikille. Itsemääräämisoikeus perustuu pitkälle siihen ajatukseen, että ihminen on itse oman sairautensa paras asiantuntija. (Stakes 1995.)

Juhani Pietarisen (1995) mukaan jokainen *priorisointiin* liittyvä valinta perustuu aina lääketieteellis- hoidolliseen ja hoidon merkitystä koskeviin arvoihin. Hän nimeää kuitenkin periaatteita, jotka tulee huomioida kun tehdään priorisointivalintoja. Hyödyn maksimoimisen periaatteen mukaan hoitopäätös on tehtävä niin, että odotettavissa oleva hyöty on suurempi suhteessa haittoihin. *Itsemääräämisen periaate* tarkoittaa sitä, että kompetentin ihmisen harkittuja ratkaisuja koskien omaa terveydentilaa ja hoitoa tulee kunnioittaa. Pietarisen mukaan oikeudenmukaisuuden periaatteet tarkoittavat sitä, että jokaisella on yhtäläinen oikeus itsemääräämiseen ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Lisäksi jokaiselle potilaalle tulee turvata hoidon avulla tasapuoliset mahdollisuudet normaalitoimintoihin. Viimeisin *oikeudenmukaisuuden periaate* pitää sisällään priorisointia koskevan vaatimuksen, eli priorisointi voidaan hyväksyä siinä tapauksessa,

että se hyödyttää kaikkia ja parantaa erityisesti huonommassa asemassa olevan tilannetta rikkomatta tasapuolisten mahdollisuuksien vaatimusta.

Terveydenhuollon priorisointiryhmän mukaan oikeudenmukaisuuteen ja ihmisoikeuksiin vetoaminen ei sulje pois sitä, että vaikuttavuutta *ja tehokkuutta* on myös jatkuvasti tutkittava. Tehokkuuden ja vaikuttavuuden huomioiva toiminta on nimenomaan oikeudenmukaisuuteen tähtäävää toimintaa, koska silloin huomioidaan yhteisön kokonaisuus. Terveydenhuollon priorisointiryhmä käsittelee raportissaan lähtökohtina myös terveyshyötyä, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Terveyshyödyn mittaamisessa nähtiin ongelmia erilaisten mittaustapojen takia. Priorisointiryhmän mukaan tavallisemmin käytettyjä käsitteitä ovatkin vaikuttavuus ja tehokkuus. Vaikuttavuus tarkoittaa hoidon, tai toimenpiteen kykyä parantaa sairaus, tai lisätä terveyttä. Tehokkuudella tarkoitetaan yleensä taloudellisen tuottavuuden lisäämistä. Terveydenhuollon voimavaroja tulisikin priorisointiryhmän mukaan tarkastella kokonaisuutena niin, että huomioidaan vanhoista ja uusista hoidoista saatu hyöty, kustannukset sekä päätösten eettinen oikeudenmukaisuus. (Stakes 1995.)

4.4.4. Oikeus hoitoon

Oikeutta hoitoon käsittelee Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 luvussa 2. Laki tuli voimaan 1.3.1993. ”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.” Kokko ja Lehto täsmentävät sitä, että laki lupaa ihmisille hoidon, mutta hoitoa ei voida nähdä subjektiivisena oikeutena, koska samassa lain pykälässä tehdään rajaus toimimisesta käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. (Kokko & Lehto 1993.)

4.5. KESKEISET HAASTEET JA ARVOLÄHTÖKOHDAT 2000- LUVULLA

Terveydenhuolto on ollut viime vuosikymmenien ajan yksi nopeimmin muuttuva yhteiskunnallinen alue. Aikaisempina vuosikymmeninä muutoshasteita ovat aiheuttaneet samat tekijät, jotka tulevat olemaan keskeisellä sijalla seuraavinakin vuosikymmeninä. Tällaisina tekijöinä voidaan pitää julkisen rahoituksen ongelmia, väestön vanhenemista, väestön kasvaneita odotuksia, sekä hoito- ja tutkimusteknologian kehitystä. Kansantalouden kannalta keskeinen 2000- luvun kysymys tulee olemaan terveydenhuollon kustannukset, koska terveydenhuollon palvelukysyntään ei pystytä

vastamaan enää vain lisäämällä teknistä tehokkuutta. Tulevaisuudessa tarvitaankin useiden allokatiiivista tehokkuutta lisäävien ratkaisujen tekemistä. Yhtenä keskeisenä keinona voidaan pitää esimerkiksi hoitojen priorisointia. (Kekomäki 2000.)

Paikallisella tasolla myös kansainvälistyminen on tuonut haasteita. Sääntely tapahtuu kuitenkin pitkälle kansainvälisellä tasolla. Samanaikaisesti paikallisen tason vastuun suurentuessa resurssit ovat suhteessa vastuuseen pienentyneet. Paikallisella tasolla ovat lisääntyneet jatkuvasti siis myös julkisen sektorin osaamisen vaatimukset erityisesti uusien hallinnon tehtävien myötä. Tällaisia uusia hallinnollisia tehtäviä ovat esimerkiksi kilpailuttamisosaaminen ja laadunvalvonta. (Ollila 2004.)

Kuluvan vuosikymmenen kysymyksenä tulee olemaan myös työvoiman riittävyys, joka on sidoksissa tietysti myös kansantalouteen ja yhteiskunnan arvoihin. Kekomäki kuitenkin arvioi, että tulevaisuudessa suuntaa ohjaavat sekä immateriaaliset, että materiaaliset arvot, koska luultavasti arvojen koventuminen on saavuttanut jo jonkinlaisen käännekohdan. (Kekomäki 2000.)

Terveyspolitiikan ja terveydenhuollon sekä niiden yksityiskohtaisen ohjauksen kannalta 2000-luvun keskeisimmät ohjelmat ovat vuonna 2001 hyväksytty kansallinen Terveys 2015-kansanterveysohjelma ja Kansallinen terveydenhuollon hanke, joka käynnistettiin vuonna 2003. (Rimpelä 2004.) Lisäksi lähteenä on käytetty Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmia 2000-2003 ja 2004-2007. Keskeiset arvot ovat säilyneet samansuuntaisina kuin 1990-luvulla. Uusina arvoina on 2000-luvulla on nostettu esille erityisesti *taloudelliset arvot*, kuten *tuottavuus*, *tehokkuus* ja *tuloksellisuus*. Tarkasteltaessa 2000-luvun terveyspolitiikkaa, keskeisellä sijalla keskustelussa on ollut *kilpailuttaminen*. Lisähuomiota on suunnitelmassa annettu myös *terveydenhuollon henkilöstön työkyvylle (osaaminen ja jaksaminen)* sekä *väestön omalle aktiivisuudelle (toimintakyvyn ja oman aktiivisuuden tukeminen)*.

4.5.1. Terveys 2015- kansanterveysohjelma

Terveys 2015- kansanterveysohjelma on jatkoa Suomen kansalliselle Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelmalle. Terveys 2015- kansanterveysohjelma perustuu vanhalle arvopohjalle ja periaatteille, mutta muuttunut toimintaympäristö on edellyttänyt ainakin osittain toimintalinjojen muuttamista. Ohjelman tavoitteena on säilynyt terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen, sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Strategiassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa ikäryhmittäistä tavoitetta. Näiden tavoitteiden lisäksi ohjelmassa on esitetty 36 terveyden edistämiseen tähtäävää toimintaa linjaavaa kannanottoa.

Kannanotot sisältävät sekä kansalaisten arkielämän ympäristöjä että yhteiskunnan eri toimijoita koskevia haasteita ja linjauksia. Suomen Terveys 2015- kansanterveysohjelmassa keskeisenä lähtökohtana on yhteiskunnan eri alueilla kehitettävä terveyden edistäminen. Terveyspolitiikan haasteena pidetäänkin pyrkimystä turvata kaikille väestöryhmille *mahdollisuus terveytensä edistämiseen* sekä yhteiskunnan toimintaan osallistumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 4.) Rimpelä (2004) toteaa Terveys 2015- kansanterveysohjelman strategisen linjan olevan selvän suhteessa terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon keskeinen merkitys terveyden edistämässä on tiedon jakaminen ja muiden sektoreiden yhteistyön tukeminen, koska terveyden edistäminen nähdään tapahtuvaksi pääasiassa muualla kuin terveydenhuoltojärjestelmässä.

4.5.2. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

Valtioneuvosto asetti kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi syyskuussa 2001. Julkisuudessa ja myöhemmin viralliseen käyttöön hankkeen nimi lyhennettiin kansalliseksi terveysprojektiksi (Rimpelä 2004). Projektin tavoitteena oli laatia suunnitelma ja toimeenpano- ohjelma terveydenhuollon toimivuuden, terveystalveluiden saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Projektin tarkoituksena oli täydentää Terveys 2015- kansanterveysohjelmaa. Hankkeessa tuli huomioida myös kansainväliset kokemukset terveydenhuollon uudistuksista, sekä terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000- 2003. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:3.)

Projektin kehittämistyön tavoitteena oli turvata perustuslain säädösten mukaisesti kaikille kansalaisille terveystalveluiden saatavuus heidän tarpeidensa mukaisesti. Toisena tavoitteena oli turvata potilaille riittävä tiedonsaanti ja *osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon*. Uudistusten avulla pyrittiin varmistamaan palveluiden jatkuvuus, oikea- aikaisuus, turvallisuus ja laatu. Tavoitteena oli myös edistää eri toimijoiden yhteistyötä ja kannustaa *kustannustehokkuuteen*. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:3.) Valtioneuvoston periaatepäätökseen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:6) oli edellä mainittujen keskeisten kehittämisaalueiden joukkoon lisätty tavoitteeksi *henkilöstön saatavuuden ja osaamisen parantaminen*, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistaminen sekä rahoituksen vahvistaminen.

4.5.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000- 2003 ja 2004-2007

Valtioneuvoston päättämässä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000-2003 sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä pidetään ihmisten tukemista niin, että heillä on *paremmat mahdollisuudet edistää ja ylläpitää terveyttä ja toimintakykyään*, hoitaa sairauksiaan ja selviytyä hoito- ja kasvatustehtävästään. Hallituksen ohjelman keskeinen tavoite onkin kansalaisten hyvinvoinnin ja turvallisuuden vahvistaminen, sekä ihmisten kannustaminen omaehtoiseen ponnisteluun oman hyvinvointinsa edistämiseksi. (1999:16.) Myös vuosien 2004-2007 Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa korostetaan sitä, että palveluketjun toiminnan tulee vastata paremmin asiakkaiden tarpeisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003:20).

Hallitusohjelmassa 2000-2003 korostetaan myös sitä, että julkisen vallan järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveyspalveluiden tulee olla kaikkien saatavilla ja kustannettavissa pääasiassa verovaroin (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999:16). Myös vuosien 2004-2007 tavoiteohjelman suosituksilla pyritään pienentämään palveluiden järjestämisessä esiintyviä perusteettomia eroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003:20). Vuosien 2000-2003 Ohjelmassa painotetaan tavoitetta rakentaa hyvinvointia tukeva ympäristö, joka sisältää muun muassa tavoitteen parantaa palveluiden toimivuutta niin, että terveyspalveluiden saatavuus turvataan ja palveluiden *järjestämistehokkuutta* parannetaan. Toisena keskeisenä painotusalueena ohjelmassa on toiminnan edellytysten turvaaminen, mikä pitää sisällään sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden ammatillisen osaamisen parantamisen sekä *henkilöstön riittävydestä ja hyvinvoinnista huolehtimisen*. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999:16.) Myös vuosien 2004-2007 tavoiteohjelmassa painotetaan osaavan, riittävän ja hyvinvoivan henkilöstön olevan sosiaali- ja terveydenhuollon voimavara (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003:20).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001:3) on tiivistänyt sosiaali- ja terveyspolitiikan lähivuosien strategiset painotuksensa neljään eri linjaukseen, joita ovat terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito, sekä toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentulo. Erityisesti terveyttä ja toimintakykyä koskeva tavoite kuuluu tiukasti terveydenhuollon alueeseen. Tarkemmin tavoitteena nähdäänkin psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen *toimintakyvyn ylläpito*, kansanterveystyön- ja työterveyshuollon tehostaminen, vanhusten itsenäinen elämä, terveyserojen kaventaminen ja ympäristöterveyden kehittäminen. Keskeisenä näkemyksenä tuodaan esille myös se, että terveyden on oltava osa yhteiskuntapolitiikkaa.

4.5.4. Taloudelliset arvot: tuottavuus, tehokkuus ja tuloksellisuus

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelma on osa valtionvarainministeriön johtamaa valtionhallinnon tuottavuuden toimintaohjelmaa, joka toteuttaa hallitusohjelman ja hallituksen strategia-asiakirjan mukaista julkisen hallinnon ja palveluiden tuottavuuden kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelman tavoitteena on *tuottavuuden edistäminen* sekä hallinnon sisällä että sosiaali- ja terveystaloudessa. Ohjelma sisältää henkilöstöstrategioiden laatimisen ja tarkastamisen, sekä taloushallinnon, tilastoinnin ja tutkimustoiminnan kehittämisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: 5.) Toisaalta toiminnan tuloksellisuus nousi yhdeksi valtionhallinnon arvoperustan muodostamista perusarvoista. *Tuloksellisuuden* määriteltiin tarkoittavan taloudellista toimintaa, eli tehtävät tulee hoitaa tuloksellisesti. Tuloksellisuutta arvioitaessa on kuitenkin huomioitava yhteiskunnallinen vaikuttavuus. (Valtioneuvosto 2005.)

Lillrank ym. (2004) eivät näe Suomalaisen terveydenhuollon ongelmana resurssipulaa vaan erityistä huolta on aiheuttanut hoidon saatavuus ja sitä kuvaavat jonot. Terveysministeriön organisaatioiden, prosessien ja johtamisen kehittämistä pidetään suositeltavana, koska ongelmien ratkaisemiseksi terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat olisi saatava mahdollisimman tehokkaasti käyttöön. *Tehokkuuden* ajatellaan tarkoittavan sitä, että terveydenhuollon organisaatiot tuottavat resursseihin nähden maksimaalisesti laadukkaita ja muiden yleisesti hyväksytyjen kriteereiden mukaisia suoritteita. Kirjoittajien mukaan terveydenhuollon tuotannollinen tarkastelu ei ole uutta ja jatkossa tarvittaisiin ammattijohtajia, jotka ymmärtävät kokonaisen tuotantojärjestelmän toimintaa.

Sosiaali- ja terveystaloudellisten *kilpailuttamista* koskeva keskustelu on lisääntynyt reilusti 2000-luvun alussa johtuen paljon siitä, että managerialistinen ajattelu on lisääntynyt myös julkisella sektorilla. Keskustelua ovat vauhdittaneet myös muun muassa kuntien taloudelliset vaikeudet ja yksityisen ja julkisen palvelutuotannon vertailut. Sosiaali- ja terveystaloudellisten kilpailuttamiseen liittyvän markkinaohjautuvuuden ajatellaan ratkaisevan sekä julkisen sektorin sisäisiä että yhteiskunnallisia ongelmia, parantavan julkisen palveluiden laatua, *alentavan kustannuksia* ja vahvistavan palveluiden käyttäjien asemaa. (Niiranen 2003.) Sinikka Mönkäre (2003) kuitenkin painottaa, ettei taloudellinen kasvu ja voiton tavoittelu saa milloinkaan ohittaa tavoitetta oikeudenmukaisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta. Palvelun tuottajien valinnassa tulee pystyä varmistamaan, että yksityisen sektorin palvelut täyttävät hyvinvointiyhteiskunnan palveluilleen asettamat vaatimukset. Yksityisten palveluntarjoajien toimintaa on koskettava samat

laatuvaatimukset kuin julkisen sektorin palveluntarjoajien, jotta tasa- arvon ja oikeudenmukaisuuden vaatimukset toteutuvat.

Virtanen & Wennberg (2005) näkevät prosessiperusteisen organisaation ja prosessijohtamisen yhtenä keskeisimpänä julkishallinnon haasteena 2000- luvulla. Nykypäivään asti vallalla ollut tulosohjaus nähdään riittämättömänä uusiin haasteisiin vastaamisessa. Prosessilähtöisyys nähdään päinvastoin *tuloshakuisuutta* ja asiakaslähtöisyyttä vahvistavana. Julkishallinnossa organisaatioiden prosessiajattelu kytkeytyy tiiviisti hallinnon tuloksellisuusvaatimukseen yhteiskunnallisen vaikuttavuuden osalta. Prosessien kehittämisessä tulee lähteä liikkeelle siitä, että ulkoisten asiakkaiden näkökulma otetaan huomioon. Organisaatioiden *vaikuttavuustavoitteet* tulisin kytkeä ulkoisten asiakkaiden tarpeisiin.

4.6. YHTEENVETO TERVEYSPOLITIIKAN TÄRKEIMMISTÄ ARVOISTA ERI VUOSIKYMMENINÄ

Seuraavaksi taulukossa on esitetty yhteenveto tärkeimmistä terveystoimittisista arvoista 1970- 2000- luvuilla. Tärkeimmät arvot on koottu taulukkoon vuosikymmenittäin terveystoimittisista asiakirjoista. (Taulukko 5)

TAULUKKO 5. Terveystoimittisten asiakirjojen keskeiset arvot 1970- 2000- luvuilla

AIKA	TERVEYSPOLIITTISTEN ASIAKIRJOJEN TÄRKEIMMÄT ARVOT
1970- luku	tasa- arvo, terveys, kansanterveyden edistäminen, kokonaisvaltainen suunnitelmallisuus
1980- luku	elämän laatu, eliniän pituus, hoidon jatkuvuus, terveyden edistäminen
1990- luku	oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, tehokkuus, oikeus hoitoon
2000- luku	taloudelliset arvot; tuottavuus, tehokkuus, tuloksellisuus, väestön aktiivisuus ja toimintakyky sekä henkilöstön työkyky

5. KANSAINVÄLISEN TERVEYSPOLITIIKAN ARVOLÄHTÖKOHTIEN TARKASTELOUA

Perinteisesti terveyspolitiikkaa on tarkasteltu kansallisena politiikkana, usein terveyssektorin sisäisenä asiana. Suomen liittyminen Euroopan unioniin limitti kansainväliset asiat sekä kansallisiin että paikallisiin asioihin. Lisääntynyt kansainvälinen yhteistyö tutkimuksessa ja koulutuksessa vaativat kansainvälisten terveyspoliittisten linjojen seuraamista. (Ollila 2004.)

Kansainvälinen toimintaympäristö muutoksineen on tärkeä osa nykyistä kansallista terveydenhuoltoa ja terveyspolitiikkaa. Terveyspolitiikan keskiössä oleviin toimijoihin voidaan lukea muun muassa YK, kansainväliset rahalaitokset, WHO ja Euroopan neuvoston ohella Euroopan unioni. Näiden toimijoiden globaalit agendat sisältävät terveyttä koskevia tavoitteita, koska terveyttä pidetään entistä enemmän yhtenä sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen edellytyksenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:19.)

Suomalaisen terveyspoliittisen keskustelun tarkastelemiseksi on tärkeää huomioida kansainvälisen terveyspolitiikan kehittyminen ja siinä esiintyvät arvolinjaukset, jotka ohjaavat ja antavat suuntaviivoja suomalaiselle terveyspolitiikalle. Tässä kappaleessa tarkastellaan WHO:n ja EU:n arvoja systemaattisen kirjallisuushaun tulosten avulla.

5.1. Kansainvälinen aineisto: systemaattisen kirjallisuushaun kuvaus

Systemaattisen kirjallisuushaun tarkoituksena on identifioida ja kerätä olemassa olevaa tietoa, arvioida tiedon laatua sekä syntetisoida tuloksia tutkittavasta ilmiöstä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006.) Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa kerättiin systemaattisella kirjallisuushaulla Tampereen yliopiston OVID- tietokannoista: Medline, Cinahl ja EBM Reviews. Tietokannoista haettiin tieteellisiä artikkeleita ja peruskirjallisuutta kansainvälisen terveyspoliittisten arvojen hahmottamiseksi.

Aineistoon on pyritty kokoamaan ajankohtaisia lähteitä, jotka kuvaisivat monipuolisesti 1990- ja 2000-luvun kansainvälistä arvokeskustelua. Kirjallisuuskatsauksen aineiston haku rajattiin kaikkien kolmen tietokannan osalta kymmeneen vuoteen, koska sen ajateltiin olevan riittävän edustava aika kansainvälisiin terveyspoliittisiin arvolähtökohtiin keskittyvän aineiston läpikäymiseksi.

Hakusanoina tässä kirjallisuushaussa käytettiin: ”health policy and values”, ”primary health care and values”, ”health care and values”, ”health care and ethics” sekä ”EU and health policy” ja ”EU and health policy and values” sekä niiden eri yhdistelmiä. Aiheen monipuolisuuden sekä dokumenttien ja asiakirjojen hankalan saatavuuden vuoksi myös internet- sivuja on käytetty aineiston kokoamisessa.

EU:ta ja arvoja koskevia tieteellisiä artikkeleita tietokannoista löytyi vain seitsemän. Tarkemman läpikäynnin jälkeen, millä tarkoitetaan sekä otsikon, abstraktin että kokotekstin lukemista, neljä artikkelia rajautui aineistosta pois. Vähäisen aineiston vuoksi päädyttiin ratkaisuun, jossa EU:ta ja arvoja koskevaa tietoa haettiin myös kahdesta EU:n keskeisestä sopimuksesta sekä yhdestä toimintaohjelmasta. Lisäksi katsaukseen hyväksyttiin ammattilehdistä yksi artikkeli.

TAULUKKO 6. Yhteenveto systemaattisen kirjallisuushaun aineistosta

EU:ta koskevat artikkelit (n=7)	
↓	
Otsikon perusteella hyväksytyt (n=1) → Otsikon perusteella hylätyt (n=1)	
↓	
Abstraktin perusteella hyväksytyt (n=1) → Abstraktin perusteella hylätyt (n=1)	
↓	
Kokotekstin perusteella hyväksytyt (n=1) → Kokotekstin perusteella hylätyt (n=2)	
↓	
Systemaattisen kirjallisuushaun ulkopuolelta hyväksytyt: toimintaohjelma 1 kpl	
	sopimus 2 kpl
	ammattilehden artikkeli 1 kpl
	vuosiraportit 6 kpl
	kokoava raportti 1 kpl
Lopullinen aineisto: artikkelit (n=4), sopimukset (n=2), toimintaohjelmat (n=1),	vuosiraportit (n=6), kokoava raportti (n=1)

WHO:n arvoja koskevia tieteellisiä artikkeleita ei valituista tietokannoista löytynyt. WHO:ta koskeva aineisto kerättiin siten WHO:n julkaisemista vuosiraporteista (n=6) ja yhdestä kokoavasta raportista. Yhteenvetona voidaan todeta, että EU:ta ja WHO:ta koskeva aineisto (n= 14) on hankittu asiakirjoja, raportteja ja ammattilehtiä käyttäen. Systemaattisen kirjallisuushaun kautta aineistoon valikoitui ainoastaan kolme lähdettä. (Liite 2)

Aineiston hankinta ei tiukkojen systemaattisen kirjallisuushaun kriteerien mukaan kokonaisuudessaan ehkä täyty, mutta lähteiden vähyyden vuoksi aineiston hankinta oli toteutettava joustavasti. Tämän vuoksi viimeiseen kappaleeseen on pyritty kokoavasti kartoittamaan

esimerkkejä kansainvälisestä terveystoliittisesta arvokeskustelusta, jotta aiheen laajuus ja toisaalta myös lähteiden vähyys kompensoituisivat.

5.2. WHO:n terveystoliittisia arvoja

5.2.1. Taustaa

WHO:lla on erityinen mandaatti pohjautuen peruskirjaansa tehdä yhteistyötä terveyden kehittämisen edistämiseksi. WHO toteuttaa terveyden kehittämistä normien, standardien ja käytäntöjen luomisen kautta. Myös tutkimus, tiedon levittäminen ja analysointi sekä sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen edistäminen teknisen avun keinoin ovat WHO:n toiminnan keskiössä. WHO:n Terveyttä kaikille - prosessi ja muun muassa sen vuosiraportit ovat ohjanneet alan kansainvälistä yhteistyötä, politiikan kehittämistä ja paikallista toimintaa. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2000:19.)

WHO julkaisee vuosittain raportin, jossa keskitytään maailmanlaajuiseen terveyteen ja terveystoliittisiin teemoihin. Raporteissa kuvaillaan eri osa-alueiden kautta terveyden globaalia tilannetta, sekä annetaan suuntaa-antavia toimintaohjeita. Vuosiraporttien sisällön ja teemojen kautta on mahdollista tarkastella WHO:n painottamia terveystoliittisiä päämääriä ja tehtäviä, sekä näiden kautta muodostuvia arvolinjauksia. Tässä kappaleessa tarkastellaan seitsemää WHO:n vuosiraporttia vuosilta 1995-2005 sekä yhtä arviointiraporttia.

5.2.2. WHO 1995: tasa-arvo, epätasa-arvo ja yhdenmukaisuus

Vuoden 1995 raportti käsitteli laajasti terveydenhuollossa vallitsevaa epätasa-arvoa. Raportissa kuvailtiin miten siltoja voitaisiin rakentaa terveystoliittisten välille, jotta maailmanlaajuinen terveys olisi mahdollinen kaikille ihmisille. Köyhyys, lasten ja aikuisten terveys sekä tulevaisuuden haasteet terveydelle olivat vuoden 1995 raportin keskiössä. Raportista voidaan nostaa esiin tulevaisuuden haasteiksi neljä näkökulmaa. Ensimmäiseksi näkökulmaksi kuvattiin ”rahalle arvoa”. Tällä ilmaisulla tarkoitettiin olemassa olevien resurssien suuntausta mahdollisimman tehokkaasti sinne missä resursseja eniten kaivataan. WHO:n mukaan tavoitteena oli luoda ympäristöjä, missä jokainen mies ja nainen voi turvata lapsilleen paremman tulevaisuuden. Toinen näkökulma liittyi köyhyyden vähentämiseen, mikä takaisi kaikille paremman terveyden. Terveysten sijoittaminen säästää rahaa ja samalla ihmiselämiä. Jokaiselle ihmiselle tulisi turvata perustarpeet, joihin sisältyy

pääsy terveydenhuollon piiriin. Kolmas näkökulma käsitteli perusterveydenhuollon toimintaa. Rakenteiden suunnittelu, ekonomisten ja poliittisten olosuhteiden vaikutukset tulisi huomioida tasa-arvon nimissä. Neljäs näkökulma käsitteli kansallisten resurssien käyttöä humanitaarisessa avussa sekä hätätilanteissa. (WHO 1995.)

5.2.3. WHO 1997: Laatu, yhteistyö ja elämänlaatu

WHO:n raportti vuodelta 1997 keskittyi tarttuviin sairauksiin, jotka ovat leviämässä nopeasti köyhempien kansakuntien keskellä sekä muodostavat taakan useimmille kehitysmaille. Raportti painotti laajaa ja yhdistettyä toimintaa, joka taistelee kaikkea sairautta vastaan ja etsii terveyttä. Raportissa korostettiin elämän laatua ja sen kokemista eri maissa. Terveyttä etsittäessä ja sitä kohden pyrittäessä tärkeintä ei saisi olla pyrkimys elää pitkään, vaan lisäksi se, kuinka pysyä pidempään terveenä. Raportin yhdeksi tärkeäksi sanomaksi voitaisiinkin tiivistää lause: ”Lisää elämää vuosiin.” Raportti painottaa keskeisinä arvoina laatua, yhteistyötä ja elämänlaatua. (WHO 1997.)

5.2.4. WHO 1998: oikeudenmukaisuus, vastuu ja yhteistyö

Vuoden 1998 WHO:n vuosiraportin teemana oli viiden viime vuosikymmenen terveystrendien käsittely, johtuen WHO:n 50. vuosipäivästä. Raportin teemaa lähestyttiin oppimisen näkökulmasta, tulevaisuutta ajatellen. Odotettua elinikää ja terveystilannetta tarkasteltiin eri näkökulmien ja keinojen kautta, jotta edellä mainittuja asioita voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. WHO:n maailmanlaajuista toimintaa, yhteistyön merkityksen korostamista sekä uuden vuosisadan terveyden edistämisen tarkoitusta painotettiin merkittävästi. Terveyden saavuttaminen kaikille ihmisille tulisi olla pääpainopisteenä. Raportin aiheissa ja niiden sisällössä korostuvat oikeudenmukaisuus, yhteistyö ja yhteisvastuu. (WHO 1998.)

5.2.5. WHO 2000: tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja yhteisvastuu

WHO:n vuosiraportti (2000) keskittyi terveysjärjestelmiin. Raportissa käsiteltävien aiheiden kautta etsittiin vastauksia terveysjärjestelmiä koskeviin kysymyksiin. Mikä tekee terveysjärjestelmästä hyvän? Mikä tekee terveysjärjestelmästä oikeudenmukaisen? Mistä tiedämme toimiiko

terveysjärjestelmämme niin hyvin kuin se voisi? Miksi maissa, joissa resursseja voidaan nähdä olevan saman verran, toisen terveysjärjestelmä toimii paremmin kuin toisen maan? (WHO 2000.)

Terveysjärjestelmien suunnittelu, toteutus ja rahoittaminen vaikuttavat merkittävästi ihmisten elämään ja elämäntyyliin. Tämän vuoksi vuoden 2000 raportissa haasteena koettiin paremman ymmärryksen saavuttaminen siitä, mitkä tekijät vaikuttavat terveysjärjestelmiin. Raportti ottaa kantaa myös terveysjärjestelmien tavoitteisiin ja päämääriin. Painokkaimmin raportissa korostettiin terveyden edistämistä ja suojelua. Toisaalta terveysjärjestelmälle asetettiin myös muita tavoitteita, kuten oikeudenmukaisuus, väestön tarpeiden hyvä vastaavuus sekä eriarvoisuuden vähentäminen. Vuoden 2000 raportti ottaa teemansa kautta kantaa moneen eri arvolähtökohtaan. Raportin painottamiksi arvoiksi muodostuivat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja yhteisvastuu. (WHO 2000.)

5.2.6. WHO 2003: turvallisuus, terveyden edistäminen, yhteistyö ja yhteisvastuu

Vuosiraportissa 2003 WHO:n huomio kohdistui terveyden edistämiseen; erityisesti köyhien ja vähempiosaisten näkökulmasta. Raportissa käsiteltiin maailmanlaajuisen terveyden tämän hetkisiä haasteita; epidemioita sekä terveyteen kohdistuvia, kasvavia uhkia. Raportti sisälsi myös maailmanlaajuisen yhteistyön perusarvoja, joiden varaan yhteistyön eri maiden välillä tulisi perustua. Kansallisen ja kansainvälisen terveyden saavuttaminen vaatii uusia resursseja sekä eritasoista yhteistyötä lukuisten eri toimijoiden välillä. Eri maiden kaikkien toimintojen tulisi perustua tarkkaan ja tinkimättömään tieteelliseen tietoon sekä selkeään eettiseen visioon. WHO:n mukaan maiden välisen yhteistyön tulisi perustua vuonna 1946 julistettuihin perusarvoihin: turvallisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Maailmanlaajuisen yhteistyön perusarvojen lisäksi, raportti käsitteli perusterveydenhuollon arvoperustaa. Visio näille perusarvoille löytyy Alma-Atan (1978) julistuksesta, jossa korostettiin esimerkiksi yhdenmukaista ja oikeudenmukaista pääsyä hoitoon, yksilön ja yhteisöjen osallistumista terveydenhuollon suunnitteluun ja toteutukseen sekä eri yksiköiden välistä yhteistyötä. (WHO 2003.)

5.2.7. WHO 2004: oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus, saatavuus ja jatkuvuus

WHO:n vuoden 2004 raportti sisältää seurantaa, arviointia ja parannuksia koskevaa tietoa siitä kuinka Euroopan alueen maat ovat lähestyneet ja toteuttaneet Terveyttä kaikille - ohjelmaansa. Vuoden 2004 raportti antaa mahdollisuuden tarkastella kuinka Euroopan alueen maiden terveysjärjestelmät ovat yhteyksissä etiikkaan ja ihmisoikeuksiin. Raportti mahdollistaa myös

pohdinnan siitä, millaisia ovat WHO:n ja Terveyttä kaikille – ohjelman käsitteet sekä julkisen terveydenhuollon päätöksenteko uudella vuosituohannella. (WHO 2004.)

Vaihtuvat poliittiset - ja taloudelliset tilanteet sekä arvojen kääntäminen käytännön työvälineiksi ja käytäntöä ohjaavaksi suuntaviivoiksi ovat haastavia kokonaisuuksia tarkastella ja toteuttaa. Raportti painottaa arvojen tärkeyttä ja niiden yhdistämistä käytännön työn pohjana ja suunnantajina. (WHO 2004.)

5.2.8. WHO 2005: oikeudenmukaisuus, yhteisvastuu, osallistuminen ja tasa-arvo

Vuoden 2005 raportin haasteena oli tunnistaa ja kuvailla arvoja, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä Euroopan alueella, kehittää määritelmät näille tunnistetuille arvoille sekä yhdistää nämä arvot niihin tekijöihin, jotka muokkaavat terveystoimia ja linjauksia.

Euroopan sisällä tietyt yhteiset arvot ovat osana terveydenhuollon päätöksentekoa. Maiden välillä saattaa olla suuriakin kulttuurisia eroja. Tästä näkökulmasta huolimatta Euroopan maiden välillä voidaan nähdä olevan jaettuja, yhteisiä arvoja, jotka vaikuttavat kaikessa terveydenhuollon toiminnassa ja kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Yhdessä nämä arvot muodostavat sosiaalisen konsensuksen, tunteen sosiaalisesta tarkoituksesta ja uskon oikeudenmukaisuudesta. (WHO 2005.)

WHO (2005) painottaa raportissaan myös muita tekijöitä, jotka auttavat rakentamaan lujan pohjan oikeudenmukaiselle yhteiskunnalle. Näitä tekijöitä ovat sitoutuminen sosiaaliseen hyvään, yhteisvastuu, maailmanlaajuinen osallistuminen ja usko julkiseen säätelyyn. Raportissa tarkastellaan ja uudelleen muistutetaan Terveyttä - kaikille ohjelman perusperiaatteista; tärkeimpänä päämääränä voidaan pitää kaikille paremman terveyden tavoittelua, terveystuulujen supistamista eri maiden välillä ja yksilöiden ja yhteisöjen osallistumista terveydenhuollon kehittämiseen. Raportissa todetaan myös, että terveyden edistämistä voidaan saavuttaa ainoastaan kansainvälisten ja kansallisten strategioiden kautta, jotka painottavat määrätietoisesti terveyttä ja että jokainen yhteiskunnan sektori on vastuussa toimiensa terveydellisistä vaikutuksista. (WHO 2005.)

Vuoden 2005 raportti kuvailee ja tiivistää yhteen Terveyttä kaikille - ohjelman perusarvot, joiden tulisi ohjata jäsenmaiden terveystoimittista päätöksentekoa ja toimintaa. Ensimmäisenä arvona mainitaan oikeudenmukaisuus, joka on Terveyttä kaikille – ohjelman keskiössä. Oikeudenmukaisuuden luonnehditaan tarkoittavan sitä, että jokaisella yksilöllä on yhtäläinen mahdollisuus saavuttaa oma täysi terveydellinen tilansa. Oikeudenmukaisuuden täyttämiseksi on

suora yhteys siihen, miten päätöksentekijät valitsevat prioriteettinsa terveydenhuollon päätöksenteossa eli mitkä terveydelliset näkökulmat tulkitaan tärkeiksi ja mitkä väestöryhmät saavat eniten huomiota. Raportin mukaan terveydenhuollon päätökset, jotka ovat tehty oikeudenmukaisuudesta huolehtien, takaavat tasapuolisen palvelun kaikille väestön eri edustajille köyhimmät ja marginaaliryhmät huomioon ottaen. (WHO 2005.)

Toiseksi perusarvoksi WHO mainitsee yhteisvastuun. Tämä arvo ymmärretään yhteiskunnan tunteeksi kokonaisvaltaisesta ja yhteisestä vastuusta. Terveyttä – kaikille - ohjelman kontekstissa yhteisvastuu tarkoittaa sitä, että jokainen yksilö edesauttaa omalta osaltaan terveysjärjestelmää omien kykyjensä mukaan. Yhteisvastuu voidaan nähdä keinona taata oikeudenmukaisuus. Kolmas perusarvo on osallistuminen, joka on suoraan yhteydessä oikeudenmukaisuuteen ja yhteisvastuuseen. Kaikkien osapuolten ja väestöryhmien osallistuminen edesauttaa terveydenhuollon päätöksenteon laatua. (WHO 2005.)

WHO nostaa esiin ajatuksen, jossa yhdessä nämä kolme perusarvoa; oikeudenmukaisuus, yhteisvastuu ja osallistuminen vaikuttavat suoraan terveysjärjestelmien rahoittamiseen, terveydenhuollon palvelujen saatavuuteen ja yrityksiin parantaa väestön terveyttä. Nämä kolme perusarvoa vaikuttavat myös tiedon leviämiseen, joka on tärkeä osa-alue terveydenhuollossa. Tiedon levittämisen puute on yksi suurimmista epätasa- arvon lähteistä. Tästä syystä tiedon kulun parantaminen on tärkeä väline epätasa-arvon vähentämiseksi ja tasa- arvon lisäämiseksi. (WHO 2005.)

TAULUKKO 7. Yhteenvedo WHO:n vuosiraporttien esiin nostetuista arvoista

AINEISTO	AIHE	ESIIN NOSTETUT ARVOT
WHO 1995. Bridging the gaps. World Health Organization, Geneva.	Maiden väliset terveyskuilut ja keinot niiden kaventamiseksi. Tulevaisuuden haasteiden neljä pääpiirrettä.	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa-arvo • Epätasa-arvo • Yhdenmukaisuus
WHO 1997. Conquering suffering, enriching humanity. World Health Organization, Geneva.	Keskittyminen tarttuviin sairauksiin. Yhteistyön ja elämänlaadun painottaminen.	<ul style="list-style-type: none"> • Laatu • Yhteistyö • Elämänlaatu
WHO 1998. Life in the 21 st century: a vision for all. World Health Organization, Geneva.	Viime vuosikymmenien terveystrendit ja mitä niistä on opittu. Maailman terveystilanteen tarkastelu eri näkökulmista. WHO:n toiminnan, yhteistyön sekä terveyden edistämisen korostaminen.	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeudenmukaisuus • Vastuu • Yhteistyö

WHO 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization, Geneva.	Terveysjärjestelmät; niiden toimivuus ja parantaminen.	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa-arvo • Oikeudenmukaisuus • Yhteisvastuu
WHO 2003. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva.	Terveyden haasteet; epidemiat. Terveyden edistäminen erityisesti köyhien ja vähempiosaisten näkökulmasta. Maiden välisen yhteistyön sekä perusterveydenhuollon arvoperustan painottaminen.	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeudenmukaisuus • Turvallisuus • Terveyden edistäminen • Yhdenmukaisuus • Yhteistyö • Yhteisvastuu
WHO. 2004. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Health Evidence Network, Copenhagen.	Terveysjärjestelmien tarkastelu perusterveydenhuollon painottamisen etujen ja haittojen näkökulmasta.	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeudenmukaisuus • Tuloksellisuus • Tehokkuus • Vastavuus • Tyytyväisyys • Vaikuttavuus • Tasa-arvo • Saatavuus • Jatkuvuus
WHO. 2005. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization, Copenhagen.	Terveyttä kaikille - ohjelman jäsenmaiden terveystoimien hankkeiden tarkastelua. Perusperiaatteiden ja perusarvojen tarkastelua.	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeudenmukaisuus • Yhteisvastuu • Osallistuminen • Tasa-arvo

5.3. EU:n terveystoimittisia arvoja

Tässä kappaleessa kuvataan kahden merkittävän sopimuksen ja yhden ohjelman kautta EU:n arvoja. Aineisto on valittu sellaisen käsityksen pohjalta, että toimintaohjelmista ja sopimuksista esiin nostetut arvot tuovat julki tavoitellut päämäärät ja niitä voidaan yleistää koko EU:n toimintaan. Lisäksi kappaleeseen on valittu kahden tutkijan pohdintoja, joissa tarkastellaan EU:n vaikutuksia.

Ollilan (2004) mukaan EU on pohjimmiltaan talousliitto. Tästä syystä EU:n yleinen politiikka on tärkeä näkökulma tarkasteltavaksi eksplisiittisen terveyden liittyvän politiikan ohella. EU on sekä globalisaatioprosessin välittäjä alueellisella tasolla, mutta myös taloudelliseen integraatioon ja talous- ja kauppapoliittisiin prioriteetteihin nojautuvan kehityksen edistäjä. Palolan (2005) mukaan EU:n neljän perusvapauden (tavarat, palvelut, pääoma ja vapaa liikkuminen) periaatteet ja määräykset koskevat myös terveyttä ja terveydenhuoltoa ja tätä kautta vaikuttavat Suomen terveystoimittiseen ympäristöön.

Ollila (2004) korostaa muiden alueiden, kuten talous- ja rahapolitiikan, sisämarkkinoiden sekä maatalouspolitiikan terveystoimittisia vaikutuksia terveyden määrittävinä tekijöinä, mutta myös

terveydenhuollon rahoituksen ja rakenteen näkökulmasta. Ollila toteaa EU:n vaikutuksen korostuvan tulevaisuudessa monestakin eri syystä. Ollila nimeää esimerkiksi seuraavia, pyrkimykset EU:n rakenteen tiivistämiseen lisäävät EU:n vaikutuksia jäsenmaissa ja EU:n laajeneminen tuo Suomelle uusia haasteita terveyden- ja terveystalouden alueella. Ollila toteaaakin, että EU-politiikan seuraaminen ja siihen vaikuttaminen terveystalouden näkökulmasta tulisi tulevaisuudessa tehostaa.

Hämäläinen ym. (2004) muistuttavat, että Eurooppa on muuttumassa. Tämä tuo muutoksia siihen, miten kansallisia terveystalouksia tarkastellaan. Eurooppalaisia suuntaviivoja ja periaatteita ei voida enää nähdä pakollisina tai kansainvälisinä, vaan niitä on tarkasteltava välttämättömänä osana kansallista terveystalousta ympäristöä. Eurooppalaisten terveystalouksien linjojen ymmärtäminen voidaan myös nähdä välttämättömänä takeena siitä, että kansallinen terveystaloukka toimii tavalla, joka edistää universaalisuutta, taloudellista kannattavuutta ja yhteisvastuuta.

Maastrichtin sopimus ja sen 129 artikla loi oikeudellisen perusteen EU:n laajalle terveystaloukselle. Artikla vahvisti unionin roolin taistelussa narkoottisia huumeita, AIDS:ia ja syöpää vastaan. Erityinen merkitys artiklalla on kuitenkin siinä, että se korosti, vahvisti ja laajensi EU:n, erityisesti komission oikeutta vaikuttaa terveyteen. Artikla antoi yhteisölle oikeudellisen kompetenssin edistää korkean tason terveyden suojelua koskien kaikkia kansalaisia. Lisäksi artikla sitoi terveyden suojeluun mahdollisuuden suunnitella ja kehittää terveydenhuoltoa. Artiklassa korostettiin myös kaikkien yhteisöjen eri politiikkojen sitoutumista terveyden suojeluun. (Hämäläinen ym. 2004.)

Cuccin (2000) mukaan Maastrichtin sopimuksessa (artikla 129) luki terveyttä koskevat alueet kuten kuluttajan suoja, koulutus ja kuljetusturvallisuus otettiin tarkasteluun juuri terveyden suojelun näkökulmasta. Maastrichtin sopimus tuotti kolme tärkeää muutosta EU:n suhtautumisessa terveyteen: 1) EU:n rooli täsmennettiin tarkasti terveyden suojelussa, erityisesti julkisen terveydenhuollon osalta, 2) tuotettiin selvä viitekehys toimenpiteille, jotka keskittyvät julkiseen terveydenhuoltoon ja sairauksien ehkäisyyn, 3) EU: jäsenvaltiot veloitettiin tarkastamaan kaikki toimenpiteet/periaatteet, jotka heikentävät terveyttä sekä periaatteet koskien terveyden edistämistä.

Amsterdamin sopimus ja sen artikla 152 korostivat terveyden yhteenkuuluvuutta komission kaikkeen työskentelyyn. Sopimus edellytti yhteisön toimien suuntaamista terveyden edistämiseen, väestön sairauksien ehkäisyyn ja terveyttä uhkaavien tekijöiden tunnistamiseen. Artikla 152 muutti näkökulmaa sairauksien ehkäisystä kohti terveyden edistämistä. Artikla korosti näkökulmaa, jossa

komission on kunnioitettava jäsenvaltioiden vastuuta terveyspalveluiden organisoinnissa ja järjestämisessä. (Hämäläinen ym. 2004.)

Cuccin (2000) mukaan Amsterdamin sopimus (artikla 152) tuo selvästi esille täsmälliset käsitteet EU:n määräysvallasta suhteessa jäsenvaltioiden julkiseen terveydenhuoltoon. Terveyden suojeluun päätettiin sitouttaa yhteisöjen eri toimenpiteet ja päätökset. Terveyden suojelu ja edistäminen kuuluvat yhteisöjen kaikkeen päätöksentekoon ja toimenpiteisiin. Lisäksi artikla korostaa yhteisöjen välistä yhteistyötä terveyttä koskevissa asioissa, korkeaa laatua ja turvallisuutta, suojelua, harmonisointia ja terveyden edistämistä.

EU:n kansanterveysohjelma (2003–2008) pyrkii täydentämään kansallisia toimenpiteitä väestön terveyden suojelussa ja terveyden edistämässä. Kansanterveysohjelma painottaa lisäksi korkean tason terveyden suojelua kaikissa unionin politiikoissa ja toimenpiteissä multisektoraalisen ja integroidun terveysstrategian kautta. Ohjelma pyrkii vastaamaan terveyden epätasa-arvoisuuteen ja rohkaisee jäsenmaiden väliseen yhteistyöhön eri politiikkojen alueilla, jotka ovat mainittuina Amsterdamin sopimuksen artiklassa 152. Alueilla kuten sisäinen kaupan, sisäisten asioiden, tutkimuksen ja kehityksen, maatalouden, kehityspolitiikan ja ympäristön tulisi edistää terveyden suojelua. Ohjelman kolmeksi suuntaviivaksi on nimetty; 1) terveydellisen tiedon parantaminen, 2) terveysuhkiin reagoiminen nopeasti ja yhteistyön avulla, 3) tunnistaa terveyteen vaikuttavia tekijöitä terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn kautta. Ohjelma tavoittelee kattavan ja perusteellisen terveydellisen tiedon järjestelmää, jotta terveydenhuolto, terveydenhuollon ammattilaiset, kansalliset ja kansainväliset viranomaiset sekä muut vaikuttajat saisivat pääsyn luotettavan ja päivitetyn tiedon pariin. Ohjelma keskittyy terveystrendeihin, terveysjärjestelmien tehokkuuteen, terveysteknologiaan, laatustandardeihin ja hyvien käytäntöjen kriteereihin. (Hämäläinen ym. 2004.)

TAULUKKO 8. Yhteenveto valittujen EU:n dokumenttien arvolähtökohdista

AINEISTO	AIHE	ESIIN NOUSEVAT ARVOT
Maastrichtin sopimus 1993, artikla 129.	Esim. täsmälliset käsitteet terveydenhuollosta, toiminnasta, toimenpiteistä, EU:n kompetenssin vahvistaminen.	* Esim. turvallisuus, suojelu, yhteistyö, koulutus, tieto, sitoutuminen, hyödyllisyys, tehokkuus
Amsterdamin sopimus 1999, artikla 152.	Esim. terveysvaikutusten arviointi muissa EU:n politiikoissa, terveyden edistäminen.	* Esim. suojelu, terveyden edistäminen, yhteistyö, laatu, tieto, turvallisuus, tasa-arvo, läpinäkyvyys.
EU:n kansanterveysohjelma 2003-2008	Esim. ohjelman sisältö, suuntaviivat, periaatteet ja tavoitteet.	*Esim. terveyden edistäminen, suojelu, laatu, tieto, yhteistyö, tasa-arvo, tehokkuus.

Cucci (2000) on tarkastellut EU:n vaikutuksia jäsenvaltioiden terveydenhuoltoon lainsäädännön, säännöstelyn, periaatteiden ja rakenteen näkökulmasta. Cuccin tarkastelussa olivat mukana EU:n tärkeimmät dokumentit komission, parlamentin, neuvoston ja tuomioistuimen osalta. EU:n ja jäsenvaltioiden suhteet terveydenhuollon areenoilla ovat kompleksiset johtuen EU:n lainsäädännöstä ja sääntelystä. EU:n määräysvalta jäsenvaltioita kohtaan tapahtuu subsidiariteetti periaatetta kunnioittaen ja tavoitteena on harmonisoida jäsenvaltioiden terveyttä koskevaa lainsäädäntöä ja säännöstelyä. EU:n toiminnan työkaluina toimivat säännöstely, direktiivit, ohjeet, lait ja sopimukset.

Terveydenhuollon informaation kehittäminen; EU:n parlamentin ja neuvoston suosituksesta on EU:hun perustettu kaksi ohjelmaa koskien terveydenhuollon informaation kehittämistä: IDA (interchange of data between administrations) ja EUPHIN (European Union Public Health Information Network). Ohjelmien tarkoituksena on kerätä, analysoida ja välittää tietoa. Lisäksi tarkoituksena on kehittää, arvioida ja vertailla tulevaisuuden toimenpiteitä. Ohjelmien olisi tarkoitus keskittyä kokonaisuudessaan kahteen kokonaisvaltaiseen alueeseen; terveyden tilan trendeihin ja terveyden determinantteihin sekä terveysjärjestelmien kehittäminen. Cucci tiivistää informaation kehittämisen ohjelmien painottavan parasta toimintatapaa, turvallisuutta, tehokkuutta, toimivuutta ja kustannus-vaikuttavuutta koskien terveyden edistämistä sekä diagnosointia ja hoitoa. (Cucci 2000.)

Tutkimus; tutkimuksellisen tiedon lisäämistä ja tekniikan kehittymistä on tuettu EU:ssa eri ohjelmin ja toimin, joilla on joko suora tai epäsuora vaikutus jäsenmaiden terveydenhuoltoon. Tutkimuksellinen tieto on sisältänyt erilaisia teemoja koskien esimerkiksi genetiikkaa, bioetiikkaa, julkisen terveydenhuollon ja sen palveluiden tutkimusta. Tutkimuksen tulisi EU:n mukaan kunnioittaa perustavanlaatuisia ihmisarvoja ja sosiaalis-taloudellista näkökulmaa ihmistieteitä ja teknologiaa tarkasteltaessa. (Cucci 2000.)

Tarkastellessaan EU:n tulevaisuuden kehittymistä Cucci (2000) nimeää neljä mielenkiintoista skenaariota, joiden avulla voidaan pohtia eri arvojen painotuksia skenaariosta riippuen. 1) *Nykyinen tilanne;* jossa jäsenvaltiot eivät tee kehityksen eteenpäin viemiseksi mitään, vaan kehittävät omaa terveydenhuoltosysteemiään kansallisten rajojen sisällä. Konfliktit EU:n säännösten kanssa testattaisiin oikeusteitse. Kehityksen pysähtyminen tarkoittaisi markkinoiden eristäytymistä. Mallissa painottuu yksilöllisyys. 2) *Kansallisten systeemien harmonisointi,* mikä tarkoittaen lähinnä julkisen terveydenhuollon ja vakuutusten harmonisointia. Tämä kehitys voisi johtaa Euroopan yhteiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Mallissa painottuvia arvoja ovat yhteistyö ja yhteisöllisyys. Cucci (2000) ei kuitenkaan usko täydelliseen harmonisointiin, vaan enemmänkin esimerkiksi

tiettyjen standardien ja ohjeiden yhteensovittamiseen. 3) *Säännöstely*; joka johtaisi erilaisiin terveydenhuoltopaketteihin ja antaisi kuluttajille täydellisen valinnan vapauden. Mallissa painottuvat yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus ja vapaus. USA:n esimerkkiä tarkastellen tämä kehitys johtaisi väestön eri ryhmien epätasa-arvoon ja terveystalustalustusten nousuun. 4) *Kansallisten systeemien synkronointi*; tämä kehitys erottuisi harmonisoinnin skenaariosta siinä mielessä, että se kunnioittaisi subsidiariteettiperiaatetta sekä korostaisi vastuullisuutta. Tässä mallissa korostuu yksilöllisyys, mutta myös yhteisöllisyys, yhteistyö ja vastuu. Tämän skenaarion toteutuminen Cuccin mielestä vaatisi EU:lta paljon tehokkaampaa päätöksentekoa ja toimeenpanoa sekä lisääntynyttä yhteistyötä muiden valtioiden ja WHO:n kanssa. (Cucci 2000.)

Palola (2001) on tarkastellut uutta eurooppalaista sosiaalipolitiikka muun muassa Lissabonin huippukokousasiakirjojen ja EU:n sosiaalipoliittisen toimintaohjelman näkökulmasta. Lissabonin huippukokouksen valmisteluasiakirja ”Tavoitteena osallisuutta edistävä Eurooppa” perustui Palolan mukaan tahtoon edistää sosiaalipolitiikkaa tuottavana tekijänä ja investointina tulevaisuuteen. Myönteisen talouskehityksen kannustamana Euroopassa on Palolan (2001) mukaan saavutettu laaja yksimielisyys siitä, että on ryhdyttävä sekä taloudellisiin että sosiaalisiin uudistuksiin, joissa yhdistyvät sosiaalinen yhteenkuuluvuus ja kilpailukyky. Palolan tarkastellessa EU:n sosiaalipoliittista toimintaohjelmaa, esille nousevat kuusi strategista suuntaviivaa. Näiden suuntaviivojen arvoiksi voidaan tiivistää; ennakoivuus, hyödyntäminen, tasa-arvo, osallistuminen, yhdenmukaisuus, laatu ja turvallisuus.

Palola (2004) on tarkastellut Euroopan sosiaalista mallia myös diskurssin avulla esittäen seuraavanlaisia kysymyksiä; miksi Euroopan sosiaalista mallia halutaan rakentaa ja mitä sillä tavoitellaan? Millaisena sosiaalipoliittinen yhteistyön tiivistyminen nähdään komissiossa? Palola etsii kysymyksiinsä vastauksia analysoimalla Anna Diamantopouloun puheita, jonka erikoisosaamiseen kuuluvat työllisyys- ja sosiaalipolitiikka. Diskurssianalyysin kautta Palola tarkastelee miten komission näkökulmasta rakennetaan ja hallitaan eurooppalaisen sosiaalipolitiikan diskurssia ja mitkä toteamukset ja käsitykset nousevat tosiasioiksi, joihin nojautuen politiikkaa muotoillaan ja argumentoidaan.

Palolan (2004) analyysin mukaan peruskertomus Euroopan sosiaalisesta mallista näyttää muodostuvan seuraavanlaiseksi (komission retoriikan mukaan): ”*Meillä on kokonaan uudenlainen talous ja uudenlainen yhteiskunta, joihin vanhat ratkaisumallit eivät enää sovellu. Jotta menestyisimme, meidän on pakko omaksua uudenlainen ajattelu ja sen vaatimat ratkaisut.*

Muutokset ovat välttämättömiä ja ne on mahdollisia tehdä vain yhdessä. Vain näin voimme pelastaa Euroopan sosiaalisen mallin ja minimoida siihen kohdistuvat uhat.”

Palolan (2004) mukaan komission sosiaalipoliittista retoriikkaa dominoi tarinalinja, jossa päämääräksi artikuloituu Euroopan sosiaalisen mallin muutos. Mallia rakennetaan diversiteettiä kunnioittaen, mutta samalla eurooppalaista tietä jatkuvasti laajentaen. Päättäjille ja viranomaisille rakennetaan toimivalmiuksia tämän mallin muutoksen toimeenpanemiseksi. Talouskasvun ja talouden kilpailukyvyn tavoite asettuu sosiaalipoliittikan uudistamisen oikeuttajaksi ja EU sen ylimmäksi auktoriteetiksi, joka antaa viranomaisille, poliitikoille, ja kaikille muille osallisille oikeutuksen ja velvoitteen toimia sitomalla jäsenmaat poliittisesti koordinaatioprosesseihin. Palolan analyysin mukaan mallipuheilla on institutionaalinen ulottuvuus. Arvot ja periaatteet ovat tärkeitä, kuten yhteistyö, tehokkuus ja tieto, mutta eivät yksistään riitä; lisäksi tarvitaan instituutioita ja säännöksiä.

Palola (2005) on analysoinut ”terveyden Eurooppaa” diskurssin avulla aineistonaan terveystoimikomitean David Byrnen puheet vuosina 2000–2004 Euroopan terveystoimikomiteassa. Palola on tehnyt mielenkiintoisia huomioita terveyden Eurooppa- käsitteestä. Palolan mukaan komitean puheet tuovat esiin sen, että olennaista eurooppalaisen yhteiskunnan rakentamisessa on terveystoimikomitean korkea profiili; terveys on saatava kaiken EU-politiikan keskiöön. Terveystoimikomiteassa Euroopassa erityisesti tulee yleistä ja päinvastoin; terveys on kaikkea ja kaikkialla, mutta sairauden käsitteen kanssa sillä ei juuri ole tekemistä. Vanhan, sairaudenhoitoon kontekstoituvan ja uuden, taloudelliseen tuottavuuteen kytkeytyvän terveystoimikomitean välinen ero on selkeä. Terveystoimikomitean avulla rakennetaan Palolan mukaan Eurooppaa, jolla on terve talous. Tämä vaatii talouden uudistamista kääntämällä terveystoimikomitean argumentit pääläelle. Mitä terveys voi tehdä taloudelle? Tarvitaan siis terveystaloudellinen viitekehys, johdonmukainen lähestymistapa, jolla tuodaan yhteen terveys-, sosiaali- ja taloustoimikomiteat sekä niiden toimijat.

Palolan (2005) analyysin mukaan terveyden Euroopassa ei ole enää kysymys järjestelmistä eikä toimivallasta, vaan terveydestä tulee hallintaa palvelevien diskurssien läpäisemä tila – tila hallita. Palola nimeää terveyden Euroopalle kolme ulottuvuutta; yhteiskunnan terveydentilaa, terveyskansalaisuuden ulottuvuus ja terveyden taloustieteen ulottuvuus. Palolan analyysistä ja näistä kolmesta ulottuvuudesta voidaan summaten todeta löytyvän muun muassa seuraavia arvoja; terveys, perusteltavuus, arvokkuus, valinnaisuus, yhteistyö, tieto, itsenäisyys, avoimuus, läpinäkyvyys ja tehokkuus.

TAULUKKO 9. Yhteenveto EU:ta koskevien artikkelien arvoista

Palola E. 2001. Kohti uutta eurooppalaista sosiaalipolitiikkaa. Sosiaaliturva 11, 18-20.	Eurooppalainen sosiaalipolitiikka	* osallistuminen, terveys, tuottavuus, uudistuminen, yhteenkuuluvuus, tasa-arvo, ennakoivuus, yhdenmukaisuus, laatu, turvallisuus.
Palola E. 2005. Mihin ”terveyden Eurooppaa” tarvitaan? Yhteiskuntapolitiikka 70(4), 375-385.	Terveyden Eurooppa käsitteenä	* terveys, johdonmukaisuus, perusteltavuus, arvokkuus, valinnaisuus, yhteistyö, tieto, itsenäisyys, avoimuus, läpinäkyvyys, tehokkuus.
Palola E. 2004. Euroopan sosiaalinen malli. Yhteiskuntapolitiikka 69(6), 569-582.	Euroopan sosiaalinen malli	* terveys, yhteistyö, muutos, kilpailukyky, sitoutuminen, tehokkuus, tieto.
Cucci S. 2000. European Union health policy and its implications for national convergence. International Journal for Quality in Health Care 12(3), 217-225.	EU:n vaikutukset jäsenvaltioihin lainsäädännön, säännöstelyn, periaatteiden ja rakenteen näkökulmasta.	* kunnioitus, yhteistyö, tieto, kehitys, tasa-arvo, yhteensovittaminen, vapaus, tehokkuus.

5.4. ESIMERKKEJÄ KANSAINVÄLISEN TERVEYSPOLIITTISEN ARVOKESKUSTELUN ERI NÄKÖKULMISTA

Keskustelua yhteiskunnan moraalista, velvollisuuksista ja tehtävistä on käyty koko julkisen terveydenhuollon historian ajan. Julkisen terveydenhuollon päätökset liittyvät usein eettisiin päätöksiin. Arvot kuten tehokkuus, ihmisoikeudet, kulttuuriset näkökulmat, tasa-arvo ja henkilökohtaisen valinnan vapaus ovat haasteellisia, mutta harvemmin perinpohjaisesti analysoituja näkökulmia julkisen terveydenhuollon keskusteluissa. Kuitenkin nämä näkökulmat voivat johtaa varsin erilaisiin käytäntöihin sekä terveystieteeseen päätöksentekoon. (Reich & Roberts 2002.)

Tähän kappaleeseen on koottu esimerkkejä kansainvälisestä terveystieteellisestä arvokeskustelusta teemoittain; • terveydenhuollon etiikka, • terveydenhuollon päätöksenteko; arviointi, tieto ja tutkimus, • terveysjärjestelmä; sisältö, rakenne, odotukset ja ongelmat, • resurssien allokointi; päätöksenteko, perusteltavuus ja tieto, • terveyden edistäminen (ks. liite 3.) Teemojen tarkoituksena on kuvata arvokeskustelun laajuutta kansainvälisellä areenalla.

5.4.1. Terveydenhuollon etiikka

Viimeisten vuosien aikana on terveystieteellinen keskustelu saanut uusia muotoja akateemisesta näkökulmasta, jossa on pyritty käsitteellistämään ja määrittelemään julkisen terveydenhuollon etiikkaa. Callahanin ja Jenningsin (2002) mukaan julkisen terveydenhuollon alue on hyvin laaja,

mikä johtaa siihen, että julkisen terveydenhuollon etiikan alue on moninainen ja haastava. Jos etiikka käsitetään arvojen, hyveiden ja periaatteiden etsinnäksi on terveydenhuollon etiikassa hyvin vähän asioita, jotka eivät vaatisi eettistä keskustelua. (Callahan & Jennings 2002.)

Tulevaisuudessa julkisen terveydenhuollon etiikka ei ainoastaan tule saavuttamaan enemmän tilaa keskustelussa, vaan luultavasti tulee siirtymään myös uusille alueille.

Tulevaisuudessa uudet terveydenhuollon etiikkaa koskevat kysymykset liittyvät esimerkiksi globaaliin - ja sosiaaliseen oikeuteen, bioetiikkaan, terveydenhuollon lakeihin ja tutkimuksellisiin kysymyksiin (Kass 2004, Ruger Prah 2004, Callahanin & Jenningsin 2002). Kass (2004) pohtii millaista tutkimusta julkisen terveydenhuollon etiikka tarvitsisi. Tarvitseeko terveydenhuollon etiikka ja siitä nousevat arvot erilaista tutkimusta kuin terveydenhuolto yleensä? Callahan ja Jennings (2002) esittävät sen sijaan kysymyksen siitä, mitkä ovat terveydenhuollon etiikan peruskysymyksiä nyt ja tulevaisuudessa, kun yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset kiihtyvät nopeasti. Samalla he esittävät kysymyksen siitä, miten eettiset periaatteet ja käsitteet voidaan tulevaisuudessa liittää terveystieteeseen päätöksentekoon. Ruger Prah (2004) sekä Kass (2004) arvelevat julkisen terveydenhuollon painottavan tulevaisuudessa sosiaalisia - ja globaalisia oikeuksia sekä globaalista terveydenhuoltoa, joiden pohdintaan ja tarkasteluun tulisi keskittyä terveystieteellisessä keskustelussa nykyistä enemmän.

Culyer (2005) tarkastelee terveydenhuoltojärjestelmän piirteitä oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Culyerin mukaan terveystieteellisessä keskustelussa on vallallaan yleinen erimielisyys siitä, mikä on oikeudenmukaisuuden merkitys. Culyerin tarkastelun mukaan yhteinen ymmärrys oikeudenmukaisuuden merkityksestä ja sen periaatteista kehittäisi parhaiten terveystieteellistä päätöksentekoa ja niiden toteuttamista.

Rogers (2004) tarkastelee julkisen terveydenhuollon toteuttamista ja siinä esiintyviä eettisiä ristiriitoja. Toimenpiteet, joita vaaditaan terveydenhuollon toteuttamiseen nostavat esiin monia eettisiä kysymyksiä. Suurin jännite on Rogersin mukaan koko väestön etujen saavuttamisessa ja yksilön oikeuksien turvaamisessa. Myös kysymykset velvollisuuksista ja arvoista terveydenhuollon toiminnan toteuttamisessa ovat terveydenhuollon etiikan keskiössä. Arvojen konkreettinen pohdinta terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa, tieteellinen tutkimus ja eettisen päätöksenteon tarkastelu edesauttavat Rogersin mukaan eettisten periaatteiden toteutumista käytännön työssä.

5.4.2. Terveystieteiden päätöksenteko; arviointi, tieto ja tutkimus

Lääketieteen etiikka, joka on keskittynyt lääkäri-potilassuhteeseen, on saanut osakseen paljon huomiota ja keskustelua (Reich & Roberts 2002, Coulter 1999). Coulterin (1999) mukaan terveydenhuollossa olisi tärkeää luoda hyvä potilas-lääkärisuhde ja tämän lisäksi huomioida myös päätöksentekijöiden ja paikallisten yhteisöjen suhde. Coulterin mukaan terveydenhuollossa ja terveystieteiden päätöksenteossa ei voida luottaa vain terveydenhuollon ammattilaisen tietoon. Kumppanuus voisi olla pohjalla oleva arvo, jonka varaan tulisi tulevaisuutta rakentaa. Jaettu tieto, arviointi, päätöksenteko ja jaettu vastuu tulevat Coulterin (1999) mukaan korostumaan tulevaisuuden terveystieteiden päätöksenteossa ja keskustelussa.

Potilas-lääkärisuhteeseen verrattuna julkisen terveydenhuollon etiikka ei ole saanut osakseen samankaltaista huomiota terveydenhuollon toimijoiden suunnanantajana. Reich ja Roberts (2002) esittävät julkisen terveydenhuollon päätöksenteolle ja argumentoinnin arvioinnille kolmea eri lähestymistapaa ja kategorioita. Ensimmäisenä lähestymistapana Reich ja Roberts mainitsevat utilitarismin, jonka mukaan päätöksiä ja toimintaa tulee punnita niiden seurausten kautta. Toisena lähestymistapana Reich ja Roberts analysoivat liberalismia, joka keskittyy oikeuksiin ja mahdollisuuksiin; tarkastelu aloitetaan lähtöasemasta, ei siitä mihin päädytään. Viimeisenä näkökulmana Reich ja Roberts tarkastelevat kommunitarismia, joka liittyy tarkoituksenmukaiseen sosiaaliseen järjestykseen ja hyveisiin, jotka ylläpitävät tätä sosiaalista järjestystä yhteiskunnassa. Kaikissa kolmessa näkökulmassa on Reichin ja Robertsin mukaan suuria ongelmia. Kuitenkin filosofisten pohdintojen avulla voidaan saada aikaan rikkaampaa ja tarkoituksenmukaisempaa terveystieteiden keskustelua, joka tarjoaa käytännöllisiä neuvoja terveydenhuollon päätöksentekoon. Reichin ja Robertsin mukaan monipuolisempi terveystieteiden keskustelu mahdollistaa tasa-arvoisemman ja oikeudenmukaisemman toiminnan. Laajemman terveys(poliittisen) tutkimuksen puolesta puhuvat myös Buxton, Hanney & Jones (2004). He tarkastelevat tutkimustiedon taloudellista arvoa ja päätyvät artikkelissaan tulokseen, jossa tutkimuksellisen tiedon avulla voidaan saavuttaa suoria säästöjä terveystieteiden päätöksenteossa. Tutkimuksellinen tieto edesauttaa perusteltua, oikeudenmukaista ja tasa-arvoista terveystieteiden politiikan toteuttamista.

Bertollini & Martuzzi (2004) tarkastelevat varoittavan periaatteen käyttöä (the precautionary principle, PP) terveystieteiden päätöksenteossa ja sen arvioinnissa. Heidän mukaansa terveyteen vaikuttavien monimutkaisten tapahtumien ketjut asettavat terveyden tutkimukselle rajoituksia. Bertollinin ja Martuzzin mukaan tutkimukseen perustuvaa, terveystieteiden päätöksentekoa

tarvittaisiin nykyisessä yhteiskunnassa huomattavasti enemmän. Usein kuitenkin ristiriitaisuuksia löytyy juuri siinä mitä tiedetään ja mitä tutkimukseen perustuvaan päätöksenteon kannalta vaadittaisiin (myös Kass 2004, Gallahan & Jennings 2002, Bertollini & Martuzzi 2004, Atkinson 2002, Rogers 2004). Varoittavan periaatteen käyttö rakentuu ryhmästä sääntöjä, huomioita, arvioita ja toimenpiteitä, joita käytetään varsinkin kohdattaessa ongelma, joka on luonteeltaan moninainen. Bertollini ja Martuzzi tarkastelevat myös HIA:aa (health impact assessment), jolla perinteisesti on arvioitu terveystieteiden päätösten seurauksia, kehittymistä ja suunnittelua. Heidän mukaansa varoittavan periaatteen käytöllä ja HIA:lla on paljon samoja piirteitä, joita tulisi tutkia ja hyödyntää terveystieteiden päätöksenteon tulevaisuudessa. Vaihtoehtojen kartoitus voisi tulevaisuudessa edesauttaa tasa-arvon ja oikeuksien toteutumista terveystieteiden päätöksenteossa.

5.4.3. Terveystieteiden järjestelmä; sisältö, rakenne, odotukset ja ongelmat

Amerikkalaiset Benson ja Blendon (2001) painottavat terveystieteiden päätöksentekijöiden tietoisuutta siitä mitä yhteiskunnan jäsenet omalta terveystieteiden järjestelmänsä odottavat ja haluavat. Tästä näkökulmasta Navarro (2003) kritisoikin Yhdysvaltojen järjestelmää, koska se on ainoa kehittynyt valtio, joka ei tarjoa kansalaisilleen yhtäläistä ja tasa-arvoista pääsyä terveydenhuollon piiriin. Samalla Navarro tarkastelee kansainvälistä terveystieteiden keskustelua eri kirjoittajien näkökulmasta. Navarron (2003) mukaan useimmilla kirjoittajilla on hyvin kapea käsitys siitä, mistä terveydenhuoltojärjestelmä koostuu. Terveystieteiden vertailu hyvien ja huonojen puolien kautta, sekä hyvien puolien kopiointi, ei Navarron mukaan välttämättä johda parhaimpaan tavoiteltavaan tulokseen. Terveystieteiden keskustelussa Navarron mukaan terveydenhuoltojärjestelmä käsitteellistetään usein koneeksi, joka voidaan viedä tai tuoda eri maihin samoin kriteerein. Navarro painottaakin terveydenhuoltojärjestelmän poliittisen ja historiallisen kontekstin tuntemusta.(Navarro 2003).

Terveydenhuoltojärjestelmän moninaisuus asettaa merkittävän vastuun terveydenhuollon päätöksentekijöille, joiden tulisi selvittää yhteiskunnan jäsenten arvoja ja tarpeita. Atkinson (2002) kritisoi terveystieteiden tutkimuksen epäonnistuvan kulttuurin huomioimisessa. Tämä johtuu Atkinsonin mukaan vaikeudesta sisällyttää kulttuuri näkökulmiin, jotka ovat rationaalisten järjestelmämallien pohjalla. Samaan aikaan terveystieteiden tutkijat kokevat vaikeaksi saada aikaan sekä operationalisoitua yhä monimutkaisempia kulttuuriin vaikuttavia tekijöitä. Näistä ongelmista huolimatta Atkinson painottaa kulttuuristen tekijöiden huomiointia terveystieteiden päätöksenteossa, koska ilman kulttuurin huomiointia yhdenmukaisuus ja tasa- arvo kärsivät.

(Atkinson 2002.) Myös Kauhanen ym. (1998) korostavat kulttuurin huomioimista terveystaloudellisessa keskustelussa ja päätöksenteossa. Kulttuuri on huomioitava merkittävänä osatekijänä terveystaloudellisessa keskustelussa. Jokaisen yksilön kulttuuriin sisältyvät arvot, normit, uskomukset, tavat ja merkitykset muovaavat joka hetki käsityksiämme terveydestä ja sairaudesta. Terveystaloudellisten näkökulmien hahmottaminen voidaankin nähdä osana tasa-arvoista terveystaloudellista päätöksentekoa. (Kauhanen ym. 1998.)

5.4.4. Resurssien allokointi; päätöksenteko, perusteltavuus ja tieto

Resurssien jakaminen nousi terveystaloudellisen keskustelun aiheeksi kansainvälisesti 1970- ja 1980-luvuilla. Filosofisia pohdintoja tehtiin tasa-arvoisesta pääsystä hoitoon ja siitä onko yksilöllä moraalinen oikeus terveydenhoitojärjestelmään. Kysymyksiä esitettiin siitä, ymmärrettiinkö oikeus terveydenhoitoon etuoikeutena vai tulisiko terveydenhuolto järjestää ”hyväntekevyytenä”. Pohdittiin, miten terveydenhuolto voidaan järjestää, jotta ihmiset olisivat tasa-arvoisessa asemassa ja samanarvoisia. (Kass 2004.)

Schwappachen (2002) mukaan suurin osa terveystaloudellista on samaa mieltä siitä, että julkisen mielipiteen tulisi vaikuttaa paljon siihen, miten kriteerit resurssien jakamiselle asetetaan. Perinteisesti terveystaloudelliset ehdottavat terveystaloudellisten vuosien (QALY) laskemista sosiaalisen hyvinvoinnin maksimoimiseksi sekä kustannus-vaikuttavuus analyysien suorittamista priorisoinnin perustelemiseksi. Schwappach (2002) kuitenkin toteaa, että viime vuosien tutkimukset ovat osoittaneet, että mikään yksittäinen mittari ei voi määrätä tai osoittaa mistä maksimaalinen terveyshyvä voidaan saada aikaan priorisointeja tehtäessä. Mittareita tulisi Schwappachen mukaan käyttää useampia ja samoin tulisi luoda kokonaisvaltaisempi käsitys tutkittavasta asiasta. Schwappach ehdottaa myös empiirisen etiikan käyttöä, joka tarkoittaa interaktiota empiirisen tutkimuksen, julkisten tavoitteiden ja eettisen diskurssin välillä. Schwappachen mukaan empiirinen etiikka voisi luoda lupauksellisen suunnan terveydenhuollon taloudellisessa arvioinnissa, jossa tasa-arvoisuus ja yhdenmukaisuus ovat keskeisiä arvoja. Schwappach arvioi, että tulevaisuudessa terveydenhuollon taloudellisen tutkimuksen täytyy kehittää moninaisempia; monia kriteereitä sisältäviä mittareita ja malleja yhteisön mielipiteistä.

Williams (1996) on sen sijaan todennut, että terveystaloudellisten vuosien (QALY) käytöllä tulee olemaan tulevaisuudessa suuri rooli terveydenhuollon priorisoinnissa, jossa ihmisten terveys on tarkastelun kohteena. Williams pohtii, että terveystaloudellisten vuosien käyttöä ei tulisi hylätä sen

vuoksi, ettei sen katsota täydellisesti soveltuvan eettisen päätöksenteon pohjalle terveydenhuollon priorisoinnista keskusteltaessa (ks. myös Tones & Green 2004). Williams toteaaakin, että terveystieteellisessä keskustelussa olisi rakentavampaa etsiä kaikkia ideaalivaihtoehtoja sille, mitä priorisointisysteemin tulisi täyttää. Monipuolisen priorisointikeskustelun avulla saavutettaisiin priorisoinnissa tasa-arvon ja yhdenmukaisuuden toteutuminen.

5.4.5. Terveyden edistäminen

Rutten ym. (2000) tarkastelevat terveyden edistämistä Euroopassa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarjota käsitteellistä ja empiiristä kehystä julkisen terveystieteellisen politiikan analyysiin ja arviointiin. Rutten ym. tutkivat terveystieteellisten päätösten mallia, järkevyyttä, vaikutusta sekä arviointia Euroopan maiden välillä. Terveyden edistämistä tutkittiin vaikutuksien ja terveystieteellisten päätöksentekijöiden näkökulmia tarkastellen. Tutkimuksessa kyselylomakkeiden muuttujina oli käsitteitä: tavoitteet, päämäärät, velvollisuudet, resurssit ja oma kyky. Myös arvot mainittiin tutkimuksen johtopäätöksissä. Kuitenkaan Rutten ym. eivät tarkentaneet tutkimuksessaan mitään tiettyjä arvoja tutkimuksessa nostettiin esiin, tai mikä on arvojen merkitys tässä tutkimuksessa. Tasa-arvoisuus, järkevyys, yhteistyön merkitys ja suunnitelmallisuus mainittiin tutkimuksessa spesifisti.

Tones ja Green (2004) tarkastelevat terveyden edistämistä hyvin kokonaisvaltaisesti käsitteiden, toimintatapojen, - mallien ja terveyden edistämiseen vaikuttavien tekijöiden kautta. Tones ja Green tarkastelevat arvoja monipuolisesti, erityisesti terveyden edistämisen arvoja. Hyödyllisyys, vaarattomuus, yksityisyyden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, käytännöllisyys ja osallistuminen nostettiin esille terveyden edistämisen pohjalla oleviksi arvoiksi. Lisäksi Tones ja Green tarkastelivat voimaantumisen (empowerment), holistisuuden, tasa-arvoisuuden, kannattavuuden, vastuullisuuden, valinnan vapauden, yksilöllisyyden, epätasa-arvon ja vapaaehtoisuuden näkökulmia terveyden edistämisen kannalta.

5.5. YHTEENVETO SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSISTA

Yhteenvetona voidaan todeta, että terveystieteellisen politiikan arvoja käsittelevää kirjallisuutta löytyi kirjallisuushaun tuloksena vähän. Erityisesti tieteellisen tason kirjallisuutta aiheesta löytyi niukasti.

Tässä työssä suomalaisen ja kansainvälisen terveystalouden arvokeskustelua vertailtaessa on huomioitava tiettyjä rajoituksia. Suomalaisen terveystalouden arvokeskustelua on tässä työssä tarkasteltu pidemmällä aikavälillä. Tämän vuoksi suomalaisen terveystalouden kohdalla on paremmin pystytty tarkastelemaan terveystaloutta niin, että yhteiskunnallisia taustatekijöitä on voitu nostaa esille. Kansainvälisen terveystalouden arvokeskustelun tarkastelu on tässä työssä rajoitettu viime vuosiin.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kansallisella terveystaloudellisella arvokeskustelulla on yhteneväisyyksiä kansainvälisen arvokeskustelun ja linjausten arvojen kanssa. Tällaisia yhteneviä perusarvoja ovat *tasa-arvo (equity)*, *terveyden edistäminen (health promotion)*, *oikeudenmukaisuus (equality)* ja *laatu (quality)*. Muita yhteneviä arvoja olivat *tehokkuus (efficiency)* ja *tuloksellisuus*.

Myös eroavaisuuksia löytyi; EU:n arvoina korostamat *tieto (information)* ja *turvallisuus (safety)* kun taas WHO:n ja Suomen käymässä arvokeskusteluissa näitä ei ole korostettu. Lisäksi sekä EU että WHO painottavat *yhteistyötä (co-operation)*, kun kansallisella tasolla sitä ei ole niinkään painotettu. Sen sijaan Suomen terveystalouden arvokeskustelussa esiin nostettuja arvoja ovat olleet esimerkiksi *hoidon jatkuvuus, itsemääräämisoikeus ja henkilöstön työkyky*, jotka eivät juuri ole saaneet sijaa kansainvälisellä tasolla.

TAULUKKO 10. Yhteenveto suomalaisen ja kansainvälisen terveystalouden eroavaisuuksista ja yhteneväisyyksistä

TASO	EROAVAIUUDET	YHTENEVÄISYYDET
WHO	* Yhteistyö (co-operation)	Ns. globaalit arvot Muut: tuloksellisuus (efficiency), tehokkuus (productivity)
EU	* Tieto (information) & turvallisuus (safety) * Yhteistyö (co-operation)	Perusarvot; Tasa-arvo (equity), terveyden edistäminen (health promotion), laatu (quality), oikeudenmukaisuus (equality) Muut; tuloksellisuus (efficiency), tehokkuus (productivity)
SUOMI	* Hoidon jatkuvuus, itsemääräämisoikeus, henkilöstön työkyky	Perusarvot; Tasa-arvo (equity) terveyden edistäminen (health promotion), oikeudenmukaisuus (equality) laatu (quality). Muut; tuloksellisuus (efficiency), tehokkuus (productivity)

6. ARTIKKELIANALYYSIN TOTEUTTAMINEN

6.1. Aineisto

Tavoitteena oli löytää artikkelit, joissa käydään arvokeskustelua. Lehdet, joista artikkelit valittiin edustivat poikkileikkauksellisesti terveydenhuollon alaa. Artikkelianalyysin aineiston tuli koostua terveydenhuollon ammatti- ja tiedelehdistä sekä hoitotyön ja lääketieteen lehdistä. Tiedelehdistä valittiin tunnetuimmat lehdet, kuten hoitotiede-lehti ja Duodecim. Ammattilehdistä valittiin suurimpia ammattiryhmiä koskevat lehdet kuten Suomen lääkäri-lehti, Sairaanhoidtaja ja Terveydenhoitaja. Lehtien valintaan vaikutti myös sekä niiden saatavuus että niiden sisältämien artikkeleiden luonne. Aineisto muodostui vuosina 2003-2005 ilmestyneiden kahdeksan eri lehden artikkeleista (ks. taulukko 11). Tutkijoiden mielestä aineisto saturoitui tutkimuskysymykseen peilaten hyvin, joten lisälehtiä ei valittu aineistoon mukaan.

Tässä tutkimuksessa käytetään artikkeli-käsitettä, vaikka aineiston joukossa on joitakin pääkirjoituksia, kolumneja ja mielipidekirjoituksia. Pelkkä arvon maininta ei ollut riittävä peruste artikkelin valinnalle. Arvokeskustelulla tarkoitettiin sitä, että artikkelin kirjoittaja on pyrkinyt käsittelemään arvoa eri näkökulmista tai aukikirjoittamaan sen. Tutkijat saivat artikkelista käsityksen, että kirjoittajalla on ollut pyrkimys arvokeskusteluun.

Aineiston hankinnan ensimmäisen vaiheen tavoitteena oli poistaa kaikki ne artikkelit, joissa ei selkeästi käyty arvokeskustelua. Artikkelien valinta eteni otsikon ja johdantokappaleen tai abstraktin lukemisesta sisällön tarkasteluun. Ensimmäisen vaiheen jälkeen vuoden 2005 lehdistä artikkeleita valittiin 84 kappaletta. Vuoden 2004 artikkeleista valittiin 55 ja 2003 vuoden artikkeleista 54 kappaletta.

Toisessa vaiheessa toteutettiin sisältöön syventyminen lukemalla artikkelit läpi pitäytyen kriteereissä, joiden mukaan arvon maininta ei ollut riittävä peruste valinnalle ja että artikkelin kirjoittajalla oli ollut pyrkimys arvokeskusteluun. Kumpikin tutkija luki puolet artikkeleista läpi. Toisen vaiheen jälkeen vuoden 2005 lehdistä artikkeleita jäi aineistoksi 34 kappaletta, 2004 vuoden artikkeleita 32 kappaletta ja 2003 vuoden artikkeleita 15 kappaletta.

Kolmannessa aineiston hankinnan vaiheessa artikkelit luettiin uudestaan läpi jakamalla artikkelit tutkijoiden kesken päinvastoin kuin vaiheessa II. Lisäksi epäselvistä artikkeleista keskusteltiin. Kolmannen vaiheen jälkeen vuoden 2005 lehdistä artikkeleita jäi aineistoon 30 kappaletta, vuoden

2004 artikkeleita 26 kappaletta ja vuoden 2003 lehdistä artikkeleita jäi aineistoon 12 kappaletta. Kolmen vaiheen jälkeen tutkimuksen aineistoksi muodostui 68 kappaletta artikkeleita.

Tutkimusaineisto koostui vuosien 2003- 2005 Hoitotiede- lehden, Suomen Lääkärilehden, Terveydenhoitaja- lehden, Sairaanhoidaja- lehden, Sairaala- lehden, Duodecim- lehden, Tutkiva hoitotyö- lehden ja Sosiaalilääketieteellisen aikakauslehden artikkeleista. Artikkeleita oli yhteensä 68 kappaletta. (Liite 4)

Arvokeskustelua sisältäviä artikkeleita valikoitui aineistoon mukaan selkeästi enemmän ammattilehdistä kuin tiedelehdistä. Hoitotyön ja lääketieteen ammattilehtien jakaantuminen aineistossa oli suhteellisen tasainen. Suurin osa artikkeleista (29kpl) oli Suomen Lääkärilehdestä ja toiseksi eniten (15kpl) valittuja artikkeleita oli Terveydenhoitaja- lehdestä. (taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Vuosien 2003 – 2005 tutkimukseen valitut artikkelit

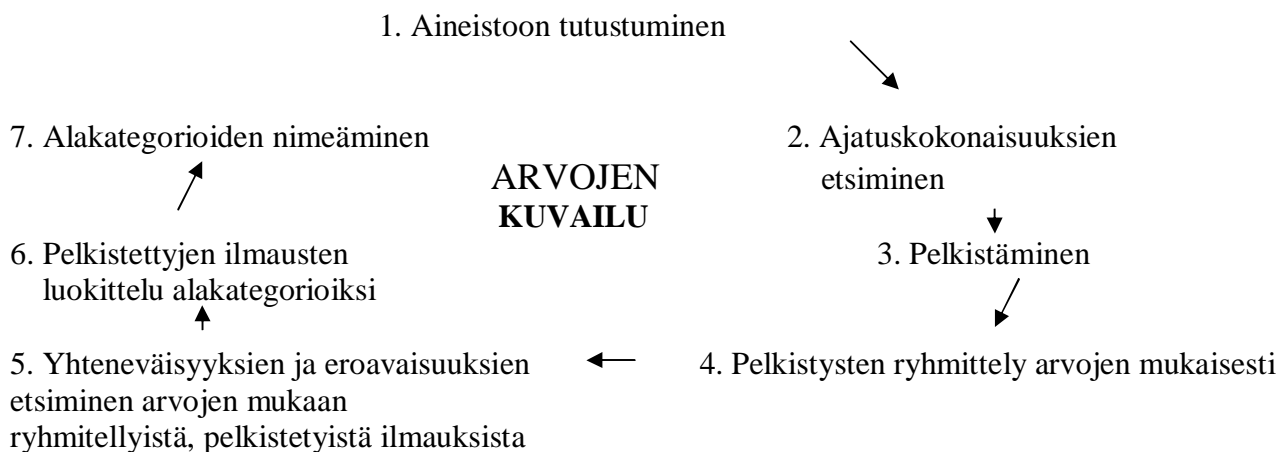
VUOSIEN 2003- 2005 VALITUT ARTIKKELIT			
LEHTI	ARTIKKELIEN LUKUMÄÄRÄ		
	1. lukukerta	2. lukukerta	3. lukukerta
Hoitotiede	7	1	1
Tutkiva hoitotyö	5	1	1
Terveydenhoitaja	37	16	15
Sairaanhoidaja	18	8	5
Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti	13	6	6
Sairaalalehti	20	6	4
Suomen Lääkärilehti	65	33	29
Duodecim	26	10	7
	Yht. 193	Yht. 81	Yht. 68

Artikkelityypeistä varsinaisia artikkeleita aineistossa oli 29. Toiseksi yleisin artikkelityyppi oli pääkirjoitus ja puheenjohtajan palsta, joita oli yhteensä 17. Kolumneja aineistossa oli 10. (Liite 5.)

Kuusi henkilöä oli kirjoittanut kaksi tai useampia artikkeleita. Nämä kyseiset henkilöt olivat kirjoittaneet yhteensä 26 artikkelia (Liite 6.)

Artikkeleissa esiintyviä arvoja oli yhteensä 50 kappaletta. Yleisimmin artikkeleissa käsiteltiin eettisyyttä, oikeudenmukaisuutta, terveyden edistämistä, tasa-arvoa, terveyttä, hyvää kuolemaa, vaikuttavuutta, itsemääräämisoikeutta, ja hyvää hoitoa.

6.2. Aineiston analysointi



KUVIO 1. Aineiston analysointiprosessi

Tässä laadullisessa tutkimuksessa käytettiin tutkimusmenetelmänä aineistolähtöistä, eli induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin avulla on tarkoitus analysoida tutkimusaineistoa sekä systemaattisesti että objektiivisesti. Sisällönanalyysin käytön tavoitteena on tiivistää tietoa ja rakentaa malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällönanalyysia on käytetty runsaasti myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysia voidaan käyttää yksittäisenä metodina, mutta sitä voidaan pitää myös väljänä teoreettisena viitekehyksenä (Tuomi & Sarajärvi 2003).

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai aikaisempaan käsitejärjestelmään pohjaten eli deduktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2003). Tämä jako perustuu erilaiseen logiikkaan päättelyssä. Induktiivisen logiikan mukaisesti päättely etenee yksittäisestä yleiseen ja deduktiivisen logiikan mukaan yleisestä yksittäiseen (Tuomi & Sarajärvi 2003).

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2003.) Analyysiyksiköitä voivat olla esimerkiksi yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Yksi tai useampi lause voi muodostaa ajatuskokonaisuuden ja se voi sisältää useamman kuin yhden merkityksen. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Sisällönanalyysiprosessin vaiheiksi voidaan kuvata seuraavat: 1) *analyysiyksikön valinta*, 2) *aineistoon tutustuminen*, 3) *aineiston pelkistäminen*, 4) *aineiston luokittelu*, 5) *aineiston tulkinta ja 6) sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi*. Analyysiyksikkö tulisi määrittää ennen analyysiprosessin alkamista riippumatta siitä onko kyseessä aineisto- vai teorialähtöinen sisällönanalyysi. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001.)

Pelkistämävaiheessa aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Vastaukset kysymyksiin eli pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan aineiston termein. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään siten, että aineistosta etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Ilmaisut, jotka tarkoittavat samaa asiaa yhdistetään samaksi luokaksi. Ryhmitellessä aineistoa tutkija voi käyttää apuna tulkintaa. Analyysi jatkuu yhdistämällä saman sisältöisiä luokkia toisiinsa. Näin aineistosta saadaan muodostettua yläluokkia, joille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001.)

Laadullinen tutkimusote ja sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä olivat tässä tutkimuksessa perusteltuja, sillä tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla tarkastelun kohteena olevia arvoja. Tutkimuksen tavoitteena ei ollut etsiä arvojen syvempiä merkitysisältöjä, koska tutkittavasta aiheesta on maassamme saatavilla vähän aikaisempaa tutkimustietoa.

Analyysiprosessi alkoi aineistoon tutustumisella eli molemmat tutkijat lukivat aineistoon valitut artikkelit läpi. Analyysiprosessin toisessa vaiheessa alleviivattiin artikkelissa käsiteltyä arvoa koskevat *ajatuskokonaisuudet*. Ajatuskokonaisuus tarkoitti tässä tutkimuksessa enemmän kuin arvon mainintaa. Ajatuskokonaisuus saattoi koostua yhdestä tai useammasta virkkeestä. Aineistossa keskityttiin arvoihin, joita oli käsitelty enemmän kuin yhdessä artikkelissa koska tutkimuskysymystä vastaava arvokeskustelu ei toteudu yksittäisen artikkelin pohjalta vaan vaatii vastavuoroisuutta, vertailua tai arviointia suhteessa saman aihepiirin artikkeleihin. Lisäksi artikkeleiden tuli liittyä terveydenhuollon aihepiiriin ja arvojen tuli vastata tutkijoiden käsitystä arvon määrittelystä.

Analyysin kolmas vaihe oli pelkistäminen. Aineistosta esiin nostettujen ajatuskokonaisuuksien keskeinen sisältö tiivistettiin ja ajatuskokonaisuudet muutettiin tutkijankielelle. Analyysin neljännessä vaiheessa pelkistetyt ilmaukset leikattiin erilleen, jotta aineiston kokonaisvaltainen tarkastelu helpottuisi. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhteen muiden samaa arvoa koskevien ilmausten kanssa. Tavoitteena oli etsiä valittuja arvoja hyvin kuvailevia sisältöjä.

Analyysin viidennessä vaiheessa koossa olevasta aineistosta etsittiin arvoryhmittäin yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tavoitteena oli rikastuttaa ja syventää arvojen kuvailua.

Analyysin viimeisessä vaiheessa pelkistetyt sisällönkuvaukset luokiteltiin ja luokat nimettiin mahdollisimman hyvin luokkaan kuuluvien ilmausten sisältöä kuvaaviksi. Tutkimuksen tavoitteiden kannalta ei ollut mielekäästä löytää yhtä yläkategoriaa edes arvoryhmittäin johtuen tutkimustehtävien ja aineiston luonteesta. Kuitenkin tutkijoilla oli pyrkimyksenä tuoda esille niitä pirteitä, jotka nousivat esiin kun arvoja oli käsitelty aineistossa tietystä näkökulmasta. Tämän vuoksi analyysin lopuksi päädyttiin nostamaan esille arvoihin otsikkotasolla arvoryhmän sisältöjä kuvaava piirre tai näkökulma kuvauksen rikastuttamiseksi. (Liite 7.)

7. ARTIKKELIANALYYSIN TULOKSET

Analyysin kohteeksi valittiin arvot, jotka esiintyvät aineistossa enemmän kuin yhdessä artikkelissa, koska tutkimuskysymystä vastaava arvokeskustelu ei toteudu yksittäisen artikkelin pohjalta. Lisäksi artikkeleiden tuli liittyä terveydenhuollon aihepiiriin ja arvojen tuli vastata tutkijoiden käsitystä arvon määrittelystä. Esimerkiksi armokuolema/eutanasia suljettiin pois aineistosta koska eutanasia ei vastaa tutkijoiden arvon määrittelyä. Seuraavassa taulukossa on esitetty lopullisesta aineistosta poissuljetut arvot. (Taulukko 12.)

TAULUKKO 12. Vain yhdessä artikkelissa esiintyneet arvot

Taloudellisuus	Tehokkuus	Hyödyn maksimointi
Hyödyllinen tieto	Hyödyllinen hoito	Tieto
Perhe	Oikeus vanhempiin	Lasten menestyminen elämässä
Julkisen vallan yhteisvastuu	Verorahoitteisuus	Julkisuus
Kokonaisvaltaisuus	Suunnitelmallisuus	Solidaarisuus
Kauneus	Ihmisyys	Vapaus
Yksityisyys	Yksilöllisyys	Yhteisöllisyys
Elämä	Autonomia	Armokuolema/Eutanasia
Luonnollisuus	Inhimillisuus	Oireettomuus
Yhteistyö	Kansanvaltaisuus	Toimintakyky
Yksilön suojele	Huolenpito	Vanhingon välttäminen
Moraali	Ammattitaito	Laatu
Hyvä lapsuus	Elämänlaatu	Luottamus terveydenhuoltoon väestön terveyden edistäjänä

Tämän tutkimuksen lopulliseksi aineistoksi muodostui 59 artikkelia, jotka käsitelivät sellaisia arvoja kuin: hyvä hoito, hyvä kuolema, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, kollegiaalisuus, vastuu, terveys, terveyden edistäminen, eettisyys ja vaikuttavuus.

TAULUKKO 13. Lopulliseen aineistoon valitut arvot ja arvojen esiintyminen artikkeleissa

ARVO	ARTIKKELIT(lkm), JOISSA ESIINTYNEET
Eettisyys	19
Oikeudenmukaisuus	13
Terveyden edistäminen	11
Tasa-arvo	10
Terveys	7
Hyvä kuolema	7
Vaikuttavuus	6
Itsemääräämisoikeus	4
Vastuu	4
Hyvä hoito	3
Kollegiaalisuus	3

7.1. Arvokohtaiset kuvaukset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aineistoon valikoituneita arvoja mahdollisimman sisältörikkaasti. Arvojen kuvaus on pyritty tuomaan kuitenkin selkeästi ja tiivistetysti esiin. Arvojen kuvaus on muodostunut sisällönanalyysiprosessin tuloksena. (Liite 7 ja 8.)

7.2. Eettisyys; yhteisöllinen voimavara

Tässä aineistossa eettisyyden keskeisinä piirteinä olivat *ihmisoikeudet ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus*. Eettisyyttä on *yksilöiden tasavertaisuus hoitojen edessä, riittävän tiedon antaminen päätöksenteon perustaksi ja heikomman edun puolustaminen*. Lisäksi eettisyyttä on *tutkimustoiminnan rehellisyys ja oikeudenmukaisuus, kokonaisuuksien ymmärtäminen, eläminen sopusoinnussa ja luopuminen kärsimystä pitkittäivistä hoidoista sekä geneettisen syrjinnän tuomitseminen*. Eettisyyttä kuvattiin myös *ajattomana ja ajassaan muuttavana*.

Useassa artikkelissa käsiteltiin sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja yksilöiden tasavertaisuutta hoitojen edessä. Nämä asiat kuvattiin keskeisiksi eettisyyttä tarkasteltaessa. Artikkelien kirjoittajat pohtivat sosiaalista oikeudenmukaisuutta esimerkiksi siitä näkökulmasta, että jokaisen yksilön tulisi saada tarvitsemansa hoito varallisuudesta riippumatta. Usein pohdittuja kysymyksiä olivat

esimerkiksi minkä sairauksien hoitovastuu olisi yhteiskunnalla ja mistä sairauksista tulisi yksilön itsensä ottaa vastuu.

Geneettinen syrjintä katsottiin eettiseksi kysymykseksi koska geneettistä syrjintää pidettiin tulevaisuuden uhkana. Geneettisen syrjinnän kohdalla painotettiin sitä, että arvovalinnat tehdään usein tiedostamatta. Yksilöä ei kuitenkaan voida syrjiä geneettisen informaation perusteella. ”Henkilön syrjiminä hänelle suoritetun geenitestin perusteella on riistämistä.”

Lääketieteelliset tutkimukset eivät saisi jäädä julkaisematta tuloksista huolimatta. ”Lääketutkimuksen tuloksia on piiloteltu, jos tutkimuksen tulokset ovat olleet rahoittajayrityksen kannalta epäedullisia.” Aineistossa painottui sekä yksilön suojeleminen, mutta myös oikeus tutkittuun hoitoon. Edellä mainittu problematiikka nousi esiin aineistossa esimerkiksi artikkelissa, jossa tarkasteltiin akuuttisairausten yhteydessä, kuten elvytystilanteessa. Voiko hoitoa viivyttaa, jotta suostumus tarvittaviin tutkimukseen kuuluviin toimenpiteisiin saadaan? Toisaalta akuutissa tilanteessa jokaisella on oikeus tutkittuun hoitoon. ”Kun joudutaan poikkeuksellista suojeleminen edellyttävään tilaan, paikalla ei ole monestikaan lain tarkoittamaa omaista tai läheistä tutustumassa lääketutkimuksen edellyttämään informaatioon.”

Ammattietiikkaa ja ammatillisista eettisyyttä kuvataan aineistossa monipuolisesti. Ammattietiikka säätelee ammattikunnan sisäistä toimintaa ja arvoja sekä kuuluu tärkeänä osana terveydenhuollon tietoperustaan. ”Eettisillä ohjeilla on kaksi pääasiallista tarkoitusta: ne kuvaavat hyvää toimintaa ja ne ilmentävät miten arvoja voidaan toteuttaa.”

Oikeutta riittävään tietoon pohdittiin aineistossa usealta eri kannalta. Riittävää tietoa tarkasteltiin sekä hoitohenkilökunnan, omaisten että yhteiskunnallisen päätöksenteon näkökulmasta. ”Poliittisilla päättäjillä ja virkamiehillä ei ole tarpeeksi tietoa päätöksen kohteena olevien sairauksien ja hoidon arjesta.”

Erityisesti hedelmöityshoidot muodostuivat aineiston yhdeksi keskeiseksi teemaksi eettisyyttä tarkasteltaessa. Keskustelu painotettiin lapsen edun turvaamista sekä alkuioiden asemaa terveyttä tuottaessa. ”Voiko lapsesta tulla tuote?” ”Lapsen edun turvaaminen on tärkeä näkökulma hedelmöityshoitolaisten säännöksissä.”

7.3. Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo; tavoitteellinen yhdenvertaisuus

Tässä aineistossa oikeudenmukaisuutta oli *hyötyjen ja haittojen tasapuolinen jakautuminen, yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys sekä huonompiosaisten huomioiminen*. Oikeudenmukaisuutta pidettiin myös *yhteiskunnallisena tavoitteena ja vaikeasti määriteltävissä olevana asiana*.

Hyötyjen ja haittojen tasapuolinen jakautuminen tarkoitti hyödykkeiden jakamista suhteessa siihen miten paljon on osallistunut kustannuksiin oman riskitasonsa mukaisesti. Oikeudenmukaisuutta käsiteltiin aineistossa oikeutena yhtäläisiin palveluihin ja hoitoihin. Aineiston mukaan erilaisuus ei oikeuta oikeudenmukaisen kohtelun laiminlyöntiin. ”Oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat ihmiset hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti.

Oikeudenmukaisuuteen kuvattiin kuuluvan huonompiosaisten huomioiminen. ”Oikeudenmukaisuutta tarkasteltaessa tulisi ottaa huomioon huono-osaisimpien asema”. Oikeudenmukaisuus on kuvattu myös yhteiskunnallisena tavoitteena, koska oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää sen huomioimisen poliittisella tasolla voimavaroja jaettaessa ja käytettäessä. Oikeudenmukaisuudesta keskusteltiin tässä aineistossa useimmiten artikkeleissa, joissa pohdittiin jotakin tautia sairastavien yksilöiden oikeuksia ja saamaa hoitoa suhteessa muita sairauksia sairastaviin yksilöihin.

Tasa-arvo muodostui tässä aineistossa *vähempiosaisten puolustamisesta ja yhtäläisistä mahdollisuuksista*. Lisäksi tasa-arvo ymmärrettiin *politiikkojen tavoitteeksi ja sen toteutumista tuetaan terveydenhuollon resurssein*.

Aineiston mukaan vähempiosaisten puolustaminen vaatii sosiaalisten- ja sosioekonomisten sekä taloudellisten ja poliittisten tekijöiden huomioimista. ”Ihmisten ei tulisi kuolla nuorina sen vuoksi, että he ovat köyhiä”. Terveyserojen kasvun pysäyttäminen vaatii terveysnäkökulman huomioimisen politiikan eri tasoilla. Kaikille tulisi taata yhtäläiset mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteen ja mahdollisuus tavoittaa erilaiset palvelut. ”Suomen terveystalouden keskeinen tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu”. Terveystalouden kuvattiin keskeisenä tasa-arvon mahdollistajana ja toteuttajana. Terveystalouden mahdollisuuksia terveyserojen kaventamiseksi olisi viisasta hyödyntää vaikka se ei ensisijaisesti terveydenhuollon asia olekaan. ”Perusterveydenhuollolla on keskeinen asema terveyden tasa-arvon jakamisessa.”

7.4. Terveyden edistäminen; terveyden edellytysten luominen

Terveyden edistäminen koostui *terveyserojen ja eriarvoisuuden vähentämisestä, ennaltaehkäisevään työhön panostamisesta sekä terveyden edellytysten luomisesta*. Lisäksi *terveyden edistäminen on eri tasojen toimintaa*, joka perustuu *tietoon kuntalaisten terveydentilasta ja toteutuminen varmistetaan lain nojalla*. Terveyden edistäminen pitää sisällään *terveyteen panostamisen kaikkien hallinnon alojen valmistelussa ja päätöksenteossa* ja tavoitteena pidetään myös *myönteisiä terveysvaikutuksia*. Terveyden edistäminen on *laaja-alaista ja rajat ylittävää toimintaa*, joka usein on *terveydenhoitajien toteuttamaa* ja jonka pyrkimyksenä on *terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen*.

Terveyserojen ja eriarvoisuuden vähentäminen perustuu siihen, että kaikille annetaan samanlaiset mahdollisuudet oman terveytensä hoitamiseen. ”Keskeiset Terveys 2015- kansanterveysohjelman yleistavoitteet ovat terveyserojen pienentäminen ja terveiden elinvuosien lisääminen”. Terveyden edistämiseen tulisi panostaa nykyistä enemmän tulevaisuudessa, koska terveyden edistämiseen panostamista pidettiin edellytyksenä terveydenhuollon tulevaisuudelle. ”Terveydenhuollon kestävä tulevaisuus edellyttää terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn korostamista”.

Terveydenhoitajat kuvattiin yhdeksi tärkeimmistä terveyden edistämistä toteuttavista ammattiryhmistä. Aineiston mukaan kunnallinen taso todettiin keskeiseksi terveyden edistämisen toteutuskanavaksi. ”Ehkäisevästä kansanterveystyöstä hoitotakuun takuu”.

”Terveys kaikissa politiikoissa- ajattelusta tulisi tehdä käytännön terveyden edistämistyötä”. Terveyden edistäminen on sekä eri toimialojen että maiden rajat ylittävää toimintaa. ”Terveyserojen kasvun pysäyttämiseksi tarvitaan sellaista terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa, jossa terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen ovat kaikkien päätösten keskeinen tavoite.” Aineiston artikkeleissa nousivat esiin näkökulmat, joissa painotettiin resurssien lisäämistä ehkäisevään työhön. Terveyden edistämistä tarkasteltiin niin globaalina päämääränä kuin kaikkiin eri politiikkoihin sisältyvänä tavoitteena.

7.5. Terveys

Tässä aineistossa terveyttä pidettiin *voimavarana ja hyvinvoinnin tilana, perustavanlaatuisena arvona, politiikkojen haasteena, yhteiskunnallisena tavoitteena ja kulttuurin tuotteena*.

Terveyden luonnetta tarkasteltiin aineistossa hyvin moninaisesti. Yleisimmin terveyttä kuvattiin hyvin kokonaisvaltaisena hyvinvoinnin tilana, samankaltaisesti kuin WHO:n määritelmässä, jonka mukaan terveys on täydellinen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvoinnin tila.

Terveyttä pidettiin aineistossa ajankohtaisena ja haasteellisena asiana, joka on ollut viime vuosina keskeisenä terveystieteellisenä näkökulmana. Terveyttä tarkasteltiin myös yhteiskunnan näkökulmasta. Yhteiskunta tarvitsee toimiakseen terveitä yksilöitä, jotka eivät sairauksillaan kuormita yhteisesti ylläpidettyä järjestelmää. Terveyden toteutuminen vaatii sen, että päättävillä tahoilla huomioidaan päätöksenteossa terveyteen vaikuttavat tekijät. ”On suuri haaste saada terveystieteellinen näkökulma kaikkiin politiikkoihin”.

Terveys kuvattiin myös kulttuurin tuotteeksi, koska terveyteen vaikuttavat tavat, tottumukset, arvot ja mainonta. Terveyttä määriteltiin positiivisena, kaikille ihmisille tärkeänä asiana. ”Terveys on yksi ihmisten kaikkein eniten arvostamista asioista”.

7.6. Hyvä hoito ja hyvä kuolema; oikeus kärsimyksettömyyteen

Aineiston mukaan hyvä hoito tarkoittaa *kärsimyksen lievittämistä, vastuullisuutta, kunnioittamista ja asiantuntijuutta*. Hyvän hoidon käsitettiin tämän aineiston mukaan olevan myös *subjektiivinen oikeus*.

Hyvä hoito on kuvattu tässä aineistossa tarkoittavan monenlaisen kärsimyksen lievittämiseksi. Kärsimyksettömyyteen on liitetty kivun ja pelon ahdistuksen vähentäminen, kärsimyksen lievittäminen ja ehkäiseminen. ” Riittävän laadukkaalla hoidolla vältetään kivun ja pelon ahdistusta.” Vastuullisuus, kunnioittaminen ja asiantuntijuus kuvattiin aineistossa hyvän hoidon keskeisiksi ominaisuuksiksi, joiden tulisi toteutua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. ”Kunnioittaminen on yksi keskeisimpiä hyvän hoidon ominaisuuksia.”

Hyvän kuoleman katsottiin tarkoittavan *kärsimyksettömyyttä ja oikeutta kuolinapuun*.

Kärsimyksettömyys muodostui helposta, rauhallisesta ja arvokkaasta kuolemasta, vailla fyysistä tai henkistä kärsimystä. ”Hyvä kuolema tarkoittaa elämän päättymistä helposti, rauhallisesti ja hiljaisesti.” Kuolinapu kuvattiin aineistossa inhimillisenä tekona. Kuitenkin kuolinapua tarkasteltiin aineistossa monesta eri näkökulmasta. Lääketieteen kehitys on johtanut siihen, että potilaiden kärsimys saattaa pitkittyä, vaikka parantavaa hoitoa ei ole mahdollista antaa. Aineiston mukaan

kuolinapu ei saanut olla ratkaisu kärsimyksen pelkoon. Hoitojen lopettamisessa silloin kun niillä ei ole lääketieteellistä hyötyä ei ole kyse kuolinavusta vaan hyvästä hoitokäytännöstä.

7.7. Vaikuttavuus; terveyshyötyjen maksimointi

Tässä aineistossa vaikuttavuutta oli *hyödyllinen hoito ja vaikuttamattomien hoitojen vähentäminen*. Lisäksi vaikuttavuutena pidettiin *terveyshyötyjen maksimointia*.

Hoidon hyödyllisyyttä on tarkasteltu suhteessa kustannuksiin ja haittoihin, mutta myös potilaalle aiheutuvaan hyötyyn. ”Kuinka suuri hoidosta saavutettavan hyödyn tulee olla suhteessa sen aiheuttamiin kustannuksiin ja haittoihin, jotta hoitoa voidaan suositella”. Aineistossa kiinnitettiin huomiota vaikuttamattomien hoitojen karsimiseen vaikuttavuutta tarkasteltaessa.

Vaikuttamattomien hoitojen problematiikka kuvattiin ongelmallisena terveydenhuollossa, erityisesti tuotiin esille vaikuttamattomien hoitojen karsimisen eettinen ulottuvuus. Usein eri sairauksien ja niiden hoitojen hyötyjä ja haittoja vertailtaessa joudutaan tekemään erilaisia eettisiä ratkaisuja, kuten esimerkiksi harvinaisten sairauksien seulontojen hyötyjä tarkasteltaessa. Lisäksi terveyshyötyjen maksimointia pidettiin rajallisesti toteutettavana. ”Vaikuttamattomia hoitoja halutaan karsia”.

7.8. Itsemääräämisoikeus; mahdollistava päätöksenteko

Itsemääräämisoikeus muodostui *oikeudesta päätöksentekoon, tiedonannosta, tukemisesta, kunnioittamisesta ja oikeudesta osallistua oman hoidon suunnitteluun*.

Oikeus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon korostui aineistossa. Itsemääräämisoikeuden kannalta on tärkeää, että yksilö voi tehdä päätöksiä ilman pakkoa tai painostusta. Edellytyksenä itsemääräämisoikeuden toteutumiselle kuvattiin elämäkatsomuksen, arvomaailman ja ihmisen itsensä kunnioittamisen toteutuminen. ”Itsemääräämisoikeus tarkoittaa ihmisen oikeutta osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon.”

Tiedonantamista ja sen keskeistä merkitystä itsemääräämisoikeuden toteutumiselle oli aineistossa käsitelty monipuolisesti. ”Potilaan tulee saada riittävää ja ymmärrettävästi esitettyä tietoa hoitopäätöksen tekemiseen”. Erityisesti rekisteritutkimuksen piirissä on havaittu suurimpina ongelmakohtina juuri itsemääräämisoikeuteen liittyvät kysymykset. Itsemääräämisoikeutta voidaan pitää lääketieteellisen tutkimuksen eettisesti keskeisenä kohtana.

7.9. Vastuu; jaettu vastuu

Tässä aineistossa vastuuta oli tarkasteltu *hoitohenkilökunnan ammattitaitona, yhteiskunnan osallisuutena ja yksilön osallisuutena omaan terveyteen.*

Aineistossa vastuuta käsiteltiin monipuolisesti eri tasoilla. Vastuu kuvattiin ammattitaitoon kuuluvana piirteenä. Vastuu ammattitaidosta on jokaisen henkilökohtainen velvollisuus. ”Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen ovat jokaisen terveydenhoitajan oikeus ja velvollisuus”.

Aineistossa yhteiskunta kuvattiin vastuun määrittäjänä. Yhteiskunnan tulee toisaalta rohkaista ihmisiä ottamaan vastuuta, toisaalta tasapainottaa ja jakaa yksilön vastuuta. ”Yhteiskunta voisi ottaa kokonaisvastuun sikiöseulonnoista ja siirtää vastuun pois äidin harteilta velvoittamalla aborttiin”. Aineistossa keskusteltiin kuinka paljon vastuuta voi siirtää yksilölle esimerkiksi tilanteissa joissa sikiöseulonnoissa löytyy vakava sairaus. Toisaalta keskusteltiin myös tilanteista joissa yksilö on itse aiheuttanut tai edistänyt sairauden puhkeamisen omilla elintavoillaan. ”Mikä on kansalaisen oma vastuu terveydestään?”

7.10. Kollegiaalisuus; jaettu ammatillinen yhteisöllisyys

Kollegiaalisuudeksi määriteltiin *työtovereiden kunnioittaminen ja tukeminen sekä tiedonjakaminen.* Lisäksi kollegiaalisuus ymmärrettiin *ammattietiikan osa-alueena.*

Kollegiaalisuutta käsiteltiin aineistossa eettisten ongelmatilanteiden ja eettisten ohjeiden kautta. Kollegiaalisuus kuvattiin voimavarana esimerkiksi vahinkotilanteissa, jossa työtoveri kaipaa apua ja tukea. ”Kollegiaalisuus on työtoverin auttamista, tukemista ja halua yhteistyöhön”.

Tiedonjakaminen korostuu tärkeänä kollegiaalisuuden osa-alueena, koska hiljaista tietoa tarvitaan ammattikunnan kehittämiseksi. ”Ammattikunnan kehittyminen perustuu siihen, että kollegat jakavat kokemuksia ja tietoa toisilleen”.

7.11. Tulosten yhteenveto

Artikkelianalyysin aineistossa käsitellyjä arvoja olivat eettisyys, oikeudenmukaisuus, terveyden edistäminen, tasa-arvo, terveys, hyvä kuolema, vaikuttavuus, itsemääräämisoikeus, vastuu, hyvä hoito ja kollegiaalisuus.

Artikkelianalyysin tuloksena voidaan yhteisöllinen voimavara ymmärtää eettisyyden keskeiseksi sisällöksi. Yhteisöllisen voimavaran takana oleva ajatus pohjautuu siihen, että yksilöt voivat elää sopusoinnussa niin, että kaikkien oikeudet toteutuvat tasavertaisesti hoitojen edessä.

Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo kuvattiin artikkelianalyysin aineistossa hyvin samansuuntaisesti. Sisältöä kuvaavana ja yhdistävänä piirteenä voidaan pitää tavoitteellista yhdenvertaisuutta. Oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa kuvattiin yhteiskunnallisina tavoitteina, joiden pyrkimyksinä ovat yksilöiden yhdenvertaisuus.

Terveyden edistämisen keskeinen sisältö tässä aineistossa kiteytyi terveyden edellytysten luomiseen. Terveyden edellytyksinä voidaan pitää ennalta ehkäisevään työhön panostamista ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamista. Lisäksi terveyden edellytysten luomista ovat kuntalaisia koskevan terveystiedon kerääminen ja terveystietokulmien huomioiminen päätöksenteossa. Sen sijaan terveys kuvattiin tässä aineistossa hyvin samansuuntaisena kuin WHO:n määritelmä terveydestä. Terveys kuvattiin kokonaisvaltaisena hyvinvoinnin tilana. Terveys kuvattiin kokonaisuudessaan positiivisena arvona, jota sekä yksilöt että yhteiskunta tavoittelee.

Hyvän kuoleman ja hyvän hoidon keskeisenä sisältönä voidaan pitää oikeutta kärsimyksättömyyteen. Kärsimyksättömyys kuvattiin sekä fyysisen että henkisen kärsimyksen puuttumisena. Kärsimyksättömyyden toteutuminen vaatii usein eettisten valintojen tekemistä.

Vaikuttavuus konkretisoitui terveyshyötyjen maksimointina. Terveyshyötyjä tarkastellaan suhteessa hoidon aiheuttamiin kustannuksiin ja haittoihin, jotta vaikuttamattomat hoidot kyettäisiin karsimaan.

Itsemääräämisoikeutta voidaan kuvata mahdollistavana päätöksentekona. Keskeisinä elementteinä ovat mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja oikeus riittävään tiedonsaantiin, jotta päätöksenteko olisi mahdollinen. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi keskeinen elementti on potilaan kunnioittaminen.

Vastuu kuvattiin jaettuna vastuuna hoitohenkilökunnan, yksilön ja yhteiskunnan välillä. Yhteiskunnan rooli vastuun määrittäjänä korostui aineistossa. Yhteiskunnan tulee sekä rohkaista ihmisiä ottamaan vastuuta että tasapainottaa ja jakaa yksilön vastuuta.

Kollegiaalisuus kiteytyi jaetuksi ammatilliseksi yhteisöllisyydeksi. Kollegiaalisuutta käsiteltiin eettisten ongelmatilanteiden kautta. Ongelmatilanteissa korostui työtovereiden kunnioittaminen ja tukeminen sekä tiedon jakaminen.

8. SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN JA ARTIKKELIANALYYSIN TULOSTEN TARKASTELUA

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja artikkelianalyysin tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että varsinaista julkista arvokeskustelua käydään melko niukasti ja se on luonteeltaan varsin pinnallista, yksittäisten arvojen ympärille keskittyvää. Yhtenäisenä piirteenä sekä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen että artikkelianalyysin aineistolle on tieteellisen lähdeaineiston vähyys. Sekä kansallisen että kansainvälisen terveystieteiden osalta tieteellisiä artikkeleita löytyi vain muutamia. Kansallisessa että kansainvälisissä ohjelmissa ja raporteissa tieteellisen tason lähdeviittauksia ja perusteluja oli varsin niukasti. Samoin artikkelianalyysin aineistoa tarkasteltaessa tieteellisiä artikkeleita ei juuri ollut. Suurin osa aineistoon valikoituneista artikkeleista oli ammattilehdistä. Artikkelit olivat pääosin kolumneja ja pääkirjoituksia. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että tämän tutkimuksen aineistoa koskien arvojen todellinen aukikirjoittaminen ja arvojen luonteen pohtiminen on jäänyt varsin niukaksi.

Keskeisenä eroavaisuutena tämän tutkimuksen aineistojen välillä voidaan pitää sitä, että artikkelianalyysin aineistossa painottuivat yksittäisten ihmisten esille nostamat ja tärkeiksi kokemat arvot. Kun taas systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistossa painottuivat enemmän julkisten tahojen ja yhteisöjen arvolinjaukset.

Tämän tutkimuksen mukaan on mahdollista tunnistaa globaaleja eli niin sanottuja perusarvoja, jotka painottuvat erilaisissa arvokeskusteluissa ja ovat säilyneet julkisen keskustelun keskiössä vuosien ajan. Vuosikymmenestä toiseen valtakunnallisissa ja kansainvälisissä ohjelmissa ja linjauksissa perusarvoina ovat pysyneet muun muassa oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, terveys ja terveyden edistäminen. Edellä mainitut perusarvot olivatkin eniten käsitellyt arvot artikkelianalyysin aineistossa.

Tutkimuksen mukaan kansallisella ja kansainvälisellä tasolla on tunnistettavissa tiettyjä eroja. Kansainvälisen tason arvokeskustelun painottamat arvot ovat globaaleja, ihmisten perusturvallisuutta koskevia. Lisäksi kansainvälisessä terveystieteellisessä aineistossa korostuvat kansainvälistä yhteistyötä tukevat arvot. Sen sijaan kansallisen tason aineistossa on huomattavissa yhteiskunnallisten muutosten nopeampi vaikutus julkiseen arvokeskusteluun ja kansalliseen arvomaailmaan. Lisäksi selkeä yhteneväisyys on tunnistettavissa kansallisen kirjallisuuskatsausaineiston ja artikkelianalyysiaineiston välillä. Kummassakin aineistossa nousi esille hyvin pitkälle samat arvot ja molemmille aineistoille oli tyypillistä arvojen moninaisuus verrattuna kansainväliseen aineistoon.

9. POHDINTA

Arvojen tarkastelu on haasteellista. Arvot ovat varsin abstrakteja käsitteitä ja arvoista puhutaan harvoin konkreettisin esimerkein. Seurauksena on, että arvoja usein käsitellään ja tarkastellaan niiden tarkempaa sisältöä avaamatta. Toisaalta arvokeskustelusta on vaikea tunnistaa varsinaisia arvoja, koska arvoista puhutaan osittain limittäin tavoitteiden ja toimintaperiaatteiden kanssa.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että terveystieteellisiä arvoja käsittelevää kirjallisuutta löytyi kirjallisuushaun tuloksena vähän. Tutkimusaineistoon eivät soveltuneet yksittäistä eettistä ongelmaa tai yksittäistä arvoa koskeva kirjallisuus. Tieteellisen tason kirjallisuutta aiheesta löytyi hyvinkin niukasti. Erityisesti tähän tutkimukseen soveltuvaa kotimaista terveystieteellisten arvojen käsittelevää tieteellisen tason kirjallisuutta ei löytynyt, mikä vaikeutti arvojen käsitteellistä tarkastelua ja tunnistamista.

Terveystieteellistä arvokeskustelua oli pääasiassa löydettävissä kansainvälisistä ja kansallisista terveystieteellisistä ohjelmista ja niitä käsittelevistä teoksista. Myös tiede- ja ammattilehdissä käytyä arvokeskustelua voidaan luonnehtia kapea-alaiseksi. Arvokeskustelu keskittyi pääasiassa mielipiteiden esittämiseen ja yksipuolisiin kannanottoihin pääkirjoitus- ja mielipidepalstoilla. Toisaalta dialogimaista arvokeskustelua käytiin hyvin rajattujen eettisten ongelmatilanteiden ympärillä. Ajankohtaisena esimerkkinä eettisestä ongelmasta on lehtiartikkeleissa esiintynyt eutanasiakeskustelu. Lisäksi terveydenhuollon alueella arvoja käsittelevä kirjallisuus kohdistui lähinnä professiotasolle tai yksittäisten kohderyhmien tarkasteluun.

Hyvä kysymys onkin, onko olemassa todellista arvokeskustelua? Vaikka yhteiskunnassa on tunnistettavissa tilaus arvokeskustelulle, kriittistä arvokeskustelua ei kuitenkaan näy todellisuudessa

käytävän. Arvokeskustelusta ei juurikaan voida tunnistaa dialogimaisuutta ja perusteltavuutta. Arvokeskustelua käydään hyvin suppeasta näkökulmasta, esimerkiksi perustelematta esitettyjä ajatuksia aikaisemmilla tutkimustuloksilla tai viittaamatta muihin aiheita koskeviin kirjoituksiin. Lisäksi valtakunnallisella tasolla arvoista kirjoittavat henkilöt vaikuttavat artikkelianalyysin mukaan rajautuvan pieneen aktiiviseen arvoista kiinnostuneiden ryhmään.

Yleisesti ottaen vaikuttaisi siltä, että kansallisella tasolla arvokeskustelu muuttuu nopeammin ja voimakkaammin yhteiskunnan muutoksia heijastellen, kun taas kansainvälisellä tasolla. Globaalit arvot vaikuttavat kuitenkin melko pysyviltä sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. Sekä systemaattisen kirjallisuushaun että artikkelianalyysin tulosten perusteella voidaan todeta globaalien arvojen suhteellinen pysyvyys. Läpi vuosikymmenien esimerkiksi oikeudenmukaisuus, terveys ja tasa-arvo ovat säilyneet keskeisinä tavoiteltavina arvoina. Globaalit arvot vaikuttavat siis varsin pysyviltä, vaikka niiden painottaminen on vaihdellut eri aikoina. Esimerkiksi oikeudenmukaisuus on noussut uudelleen vahvasti pintaan tehokkuuspainotteisen 90-luvun jälkeen. Tästä hyvänä esimerkkinä voidaan pitää hoitotakuuta, joka perustuu oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon tavoitteluun. Hoitotakuun perustavoitteeksi asetettiin se, että ihmiset hoidetaan tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:13). Hoitotakuu on ollut 2000-luvulla vilkas terveystieteiden keskustelunaihe, johon ovat osallistuneet sekä julkinen taho että yksittäiset ihmiset.

Kansallisessa ja kansainvälisessä arvomaailmassa löytyy kuitenkin yhteneväisyyksiä myös muidenkin kuin globaalien arvojen kohdalla. Esimerkiksi taloudelliset arvot ovat nousseet pinnalle 1990- ja 2000-luvuilla Suomen terveystieteiden lisäksi kansainvälisellä tasolla. Tällaisia arvoja ovat esimerkiksi olleet *tehokkuus (efficiency)* ja *tuloksellisuus (productivity)*. Tehokkuus ja tuloksellisuus nousevat selkeästi esille erityisesti terveydenhuoltoa koskevassa priorisointikeskustelussa. On kuitenkin myös havaittavissa, että priorisointikeskustelun lisäksi taloudelliset arvot korostuvat myös muussa terveydenhuoltoa koskevassa arvokeskustelussa. Yhtenä mielenkiintoisena esimerkkinä voidaan mainita suunnitelma potilasaineistojen asettamisesta kauppatavaraksi yhtenä terveydenhuollon tulonlähteenä. (Aamulehti 6.3.2007)

Erityisesti terveystieteille spesifejä ja julkilausuttuja arvoja on vaikea löytää ja hahmottaa käydystä arvokeskustelusta. Enemmänkin terveystieteiden arvolahtokohtina korostuvat globaalit, universaalit arvot, jotka ovat tunnustettuja sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla, kuten esimerkiksi oikeudenmukaisuus. Kuitenkin terveydenhuoltoa koskevissa arvokeskusteluissa on

hyvinkin helposti tunnistettavissa esimerkiksi lääkäreiden ja hoitajien professionille ominaiset perusarvot.

Yleisellä tasolla tarkasteltuna Suomi on ollut hyvin edistyksellinen terveystalouden arvoinen näkökulmasta katsottuna. Esimerkiksi Terveystalouden 2000- ohjelman keskeiset linjaukset löytyivät Suomen terveystaloudesta jo aikaisemmin. Suomi otettiin esimerkkimaaksi Terveystalouden 2000- ohjelman puitteissa kansainvälisesti ohjelman alkuvaiheessa. Ohjelman päätavoitteena oli terveys ja terveyden tasa-arvo. Lisäksi ohjelmassa priorisoitiin vahvasti oikeudenmukaisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986.) Suomen terveystaloudesta huolimatta, esimerkiksi lääkäriliitto on tuonut esiin huolensa eriarvoisuuden lisääntymisestä. Kuntien erilainen taloudellinen tilanne on johtanut hyvinkin erilaisiin ratkaisuihin. Kuntalaiset ovatkin jääneet yhä enemmän kunnallishallinnon säästöpainetta tekemien päätösten armoille. Lisäksi tulevaisuuden huolenaiheita ovat potilaan aseman heikkeneminen ja terveydenhuoltoa koskevan luottamuksen laskeminen.

Kunnille on asetettu suuri vastuu suomalaisessa terveydenhuollossa. Kunnalliset päättäjät tarvitsevat välttämättä terveystalouden tuntemusta ja terveystalouden keskeisten tavoitteiden ja arvojen esilläpitoa, jotta onnistuisivat suoriutumaan tehtävistään. (Heikkilä ym. 2005.) Tämän toteutumisen johdosta terveystalouden arvojen tarkastelu saa merkittävyytensä nyt ja tulevaisuudessa. Terveystalouden arvojen tuntemus on tärkeää sekä päättäjien tasolla, mutta myös käytännön työtä tekevien kohdalla. Erityisesti juuri terveydenhuollon toiminnan tulee olla arvoperustaista, koska työtä tehdään ihmisten kanssa. Ihmiset ovat aikaisempaa tietoisempia omista oikeuksistaan terveydenhuollon piirissä. Näin ollen myös mediassa tapahtuva asioiden käsittely sekä esimerkiksi mielipidekirjoitukset ovat lisääntyneet. Käytännön esimerkkinä potilaiden aktiivisuuden lisääntymisestä on potilasasiain miehen työmäärän merkittävä kasvu. Suurimpina syinä potilaiden yhteydenottoihin ovat kielteiset päätökset, laskut ja tyytymättömyys hoitoon. (Aamulehti 6.3.2007)

Vaikka tämän tutkimuksen tuloksena syntyi pääosin kuvailevalla tasolla olevaa tietoa, on tutkimuksella kuitenkin paikkansa ja arvonsa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että laaja-alainen terveystalouden arvoja koskeva tutkimus ei juurikaan ole. Samoin voidaan todeta, että dialogimainen arvokeskustelu on vielä Suomessa varsin vähäistä. Tutkimuksen kantavana tavoitteena on ollut kartoittaa ja kuvailla arvokeskustelua ja tuoda esiin terveystalouden arvokeskustelun luonnetta.

Tutkimuksen aihe on ollut monestakin eri näkökulmasta katsoen haasteellinen. Tutkimuksen kaksi peruskäsitettä arvo ja terveystalitiikka ovat molemmat varsin monitasoisia. Lisäksi käsitteenä arvo on hyvin abstrakti ja vaikeasti jäseneltävä. Toisaalta terveystalitiikka käsitteenä voidaan ymmärtää hyvin laajasti. Arvo käsitteen abstraktisuus ja monitasoisuus loivat haasteita erityisesti aineiston keruuvaiheeseen. Tutkijoille tutkimuksen aihe on ollut haastava myös siksi, että tutkijoilla ei ole ollut aikaisempaa perehtyneisyyttä arvotutkimukseen. Tutkimuksen aiheen haasteellisuuden vuoksi on ollut varsin perusteltua, että tutkimukseen on osallistunut kaksi tutkijaa. Tutkimuksen tekeminen on kuitenkin ollut opettavainen ja antoisa prosessi. Jos lukijalle on herännyt ajatuksia arvon käsitteestä ja arvokeskustelun merkityksestä, tutkimus on yltenyt tavoitteeseensa.

9.1. Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuskysymykset koskevat tutkijaa, aineiston laatua, aineiston analyysia ja tulosten esittämistä. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee keskittyä pohtimaan tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Tulosten luotettavuuden kannalta on keskeistä se, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä. Luotettavuuden lisäämiseksi voidaan käyttää face- validiteettia tai toista luokittelijaa. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001.)

Tutkija on aina vastuussa yhteiskunnalle ja itselleen tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa tiedonhankintaan, tutkittavien suojaa ja tulosten soveltamista koskeviin normeihin. (Vehviläinen-Julkunen 1997.) Tässä tutkimuksessa aineistona on käytetty julkista, yleiseen käyttöön tarkoitettua materiaalia. Esimerkiksi artikkelianalyysi aineistoon sisällyneet mielipidekirjoitukset ovat tarkoitettu osaksi julkista keskustelua ja kirjoittajien tarkoituksena on todennäköisesti ollut herättää ajatuksia ja keskustelua omalla kirjoituksellaan. Tietysti on huomioitava, että arvokeskustelussa on aina mukana myös tietty henkilökohtainen vivahde koska arvokeskustelu voi herättää hyvin voimakkaitakin tunteita. Tässä tutkimuksessa tutkittavien suojaa koskevat kysymykset ovat vähäisiä. Aineisto muodostui kokonaisuudessaan julkaistusta aineistosta, jossa kirjoittajat ovat esiintyneet joko omilla nimillään, aineisto on ollut valtiorhallinnon tason julkaisuja tai kansainvälisten yhteisöjen tuottamia julkaisuja.

Tutkimustulosten julkaisemisessa yleisperiaatteena on tulosten avoin ja rehellinen raportointi. Rehellinen ja avoin raportointi perustuu siihen, että tutkija pyrkii mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa tulee myös aina muistaa subjektiivisuuden huomioiminen. (Vehviläinen-Julkunen 1997.) Sisällönanalyysille tyypillisenä ongelmana voidaan

pitää sitä, että analyysiprosessia ei ole mahdollista tarkastella objektiivisesti, vaan tulos pohjautuu pitkälti tutkijan subjektiiviseen näkemykseen. Subjektiivisuuden ongelma ei ole kuitenkaan niin suuri jos tutkimuksessa keskitytään vain ilmisisältöjen analysoimiseen. Laadullisessa tutkimuksessa erityisesti suorat lainaukset lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Kyngäs 1999.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut tuottaa kuvailevaa tietoa arvokeskustelusta, koska aineiston ja metodin puitteissa ei olisi ollut tarkoituksenmukaista pyrkiä etsimään aineistosta syvempiä merkityssisältöjä. Tämän tutkimuksen raportoinnissa on pyritty suorilla lainauksilla lisäämään avoimuutta ja pyrkimyksenä on ollut tuoda lukijalle esiin mahdollisimman tarkasti tutkimuksen kulku. Tutkijoilla on ollut koko tutkimuksen ajan mielessä laadulliseen tutkimukseen kuuluva subjektiivinen näkökulma. Kahden tutkijan avulla on pyritty lisäämään tutkimuksen objektiivisuutta. Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on lisännyt se, että tutkijoilla on ollut hyvin selkeä yhteisymmärrys arvojen määrittelystä.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on keskeistä pystyä osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. (Kyngäs 1999.) Tässä tutkimuksessa tulosten ja aineiston välisen yhteyden osoittamiseen on pyritty mahdollisimman tarkan analyysiprosessin kuvauksella. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkijat ovat pyrkineet aukikirjoittamaan tutkimuksen vaihe vaiheelta mahdollisimman selkeästi, jotta lukijalle jää mahdollisuus tarkastella ja seurata tutkimusta mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen selkeällä kuvauksella on pyritty siihen, että lukijalle jää mahdollisuus tehdä tutkimuksesta omat päätelmänsä. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että aineisto saturoitui hyvin. Molemmissa aineistoissa oli selkeästi nostettavissa esiin keskeiset arvot. Lisäksi kaksi tutkijaa on mahdollistanut sen, että toisen tutkijan päätelmiä on voitu kyseenalaistaa ja koetella.

9.2. Terveydenhuollon kehittämisen haasteet

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että arvokeskustelua käydään niukasti ja suppeista näkökulmista. Tulevaisuuden haasteena olisikin kehittää arvokeskustelua terveydenhuollon ja siten myös hoitotyön alueella. Arvokeskustelua tulisi lisätä siten että, terveystieteellisellä tasolla linjatut arvot olisivat selkeästi määriteltäviä ja tuotaisiin aktiivisemmin esille. Terveystieteellisellä tasolla linjattujen arvojen tulisi näkyä terveydenhuollon eri organisaatioiden toimintasuunnitelmissa ja tavoitteissa. Tämä on haaste erityisesti terveydenhuollon johtajuudelle.

Hoitotyön yksiköiden suunnitelmissa arvojen tulisi olla selkeästi aukikirjoitettuja, jotta käytännön työntekijän olisi mahdollista toteuttaa työyksikön arvojen mukaista hoitotyötä. Jotta edellä mainitut kehittämishaasteet voisivat tulevaisuudessa toteutua, tulisi myös hoitotyön koulutuksessa ottaa paremmin huomioon arvojen tärkeys. Näin ollen arvoja opittaisiin tarkastelemaan merkityssisältöjä analysoiden ja arvojen mukainen käytännön toiminta mahdollistuisi.

9.3. Jatkotutkimushaasteet

Vaikka arvotutkimus on haasteellista, tulevaisuudessa tulisi panostaa arvojen monipuoliseen tutkimukseen. Tulevaisuudessa terveystieteiden arvojen hahmottaminen ja määrittely olisi tärkeää, jotta terveystieteiden arvokeskustelu mahdollistuisi ja arvojen mukainen käytännön työ toteutuisi paremmin. Toisaalta olisi mielenkiintoista tutkia kuinka esimerkiksi tämän tutkimuksen tuloksena keskeisiksi osoittautuneet arvot näyttäytyvät ja toteutuvat käytännön tasolla. Arvotutkimuksen tilanteen kartoittamiseksi esimerkiksi lääketieteen ja hoitotieteen aloilla, olisi hyödyllistä toteuttaa systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Esimerkiksi hoitotieteen alueella olisi mielenkiintoista tarkastella miten oikeudenmukaisuutta on tutkittu hoitotieteellisestä näkökulmasta lähtien kansallisesti ja kansainvälisesti.

LÄHTEET

Aamulehti 6.3.2007.

Aadland E. 1993. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Otava, Keuruu.

Aer J & Harö S. 1975. Valtakunnallinen kansanterveystyösuunnitelma. Teoksessa: Aer J & Harö S. Kansanterveystyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 119-126.

Ahlman E. 1976. Kulttuurin perustekijöitä. Gummerus Oy, Jyväskylä.

Airaksinen T. 1993. Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Yliopistopaino, Helsinki.

Atkinson S. 2002. Political cultures, health systems and health policy. *Social Science and Medicine* 55, 113-124.

Benson JM & Blendon RJ. 2001. Americans' views on health policy: a fifty-year historical perspective. *Health affairs* 2, 33-46.

Bertollini R & Martuzzi M. 2004. The precautionary principle, science and human health protection. *Internal Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 17, 43-46.

Buxton M, Hanney S & Jones T. 2004. Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review. *Bulletin of the World Health Organization* 82, 733-737.

Callahan D & Jennings B. 2002. Ethics and Public Health: Forging a strong relationship. *American Journal of public Health* 92, 169-176.

Coulter A. 1999. Paternalism or partnership? Patients have grown up- and there's no going back. *British Medical Journal* 319, 719-720.

Cucci S. 2000. European Union health policy and its implications for national convergence. *International Journal for Quality in Health Care* 12, 217-225.

Culyer AJ. 2005. Equity- some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics* 27, 275-283.

Frankena W. 1973. *Ethics*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Fronzizi R. 1971. *What is value?* Open court publishing company, La Salle, Illinois.

Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P & Abelson J. 2004. The policy analysis of "values talk": lessons from Canadian health reform. *Health Policy* 67, 15-24.

Gillon R. 1985. *Philosophical Medical Ethics*. A Wiley Medical Publication, Chichester.

Hall J. 1996. *Nursing. Ethics and law*. W.B. Saunders Company, United States of America.

Heikkilä M, Kautto M & Teperi J. 2005. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtionneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005, Helsinki.

Hämäläinen J & Niemelä P. 1993. *Sosiaalialan etiikka*. WSOY, Juva.

- Hämäläinen R-M, Koivusalo M & Ollila E. 2004. EU Policies and Health, Themes 1. Stakes, Helsinki.
- Jallinoja R. 1993. Arvojen ambivalenssit. Teoksessa: Andersson JO, Hautamäki A, Jallinoja R, Niiniluoto I & Uusitalo H. Hyvinvointivaltio ristiaallokossa, arvot ja tosiasiat. WSOY, Juva, 17-45.
- Jämsen R & Pekurinen M. 2003. Terveydenhuollon 1990- luvun uudistusaallon tulokset. Suomen lääkirilehti 9, 1067- 1070.
- Kajaste K. 1998. Saatteeksi arvojen maailmaan. Teoksessa: Kajaste K. (toim.) Arvomme yhteiskunnassa, Oy Edita Ab, Helsinki, 7-12.
- Kalkas H & Sarvimäki A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY, Vantaa.
- Karjalainen J-M, Lindqvist M, Saares K & Voutilainen P. 1991. Terveyden portinvartijat. Preventio ja asiantuntijavalta terveydenhuollon eettisenä ongelmana. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, raportteja 39. Vapokustannus, Helsinki.
- Kass NE. 2004. Public Health Ethics: From foundations and frameworks to justice and global public health. The Journal of Law, Medicine and Ethics 32(2), 232-242.
- Kauhanen J, Myllykangas M, Salonen J & Nissinen A. 1998. Kansanterveystiede. WSOY, Porvoo.
- Kekomäki M. 2000. Terveydenhuolto 2000- luvulla. Futura 2, 93-97.
- Kluckhohn C. 1954. Personality in nature, society and culture. Knopf, New York.
- Kokko S & Lehto J. 1993. Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Stakes, raportteja 96, Jyväskylä.
- Kokkonen P. 1995. Johdanto-osa. Teoksessa: Launis V. (toim.) Lääkintä – ja hoitoetiikka. Painatuskeskus Oy, Helsinki, 7-10.
- Kuusi P. 1968. 60- luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1, 3-12.
- Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1, 37-39.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva, 21-40.
- Launis V. 1995. Hoitoyhteisö ja ammattietiikka. Teoksessa: Launis V. (toim.) Lääkintä – ja hoitoetiikka. Painatuskeskus Oy, Helsinki, 76-88.
- Lehto J, Kananoja A, Kokko S & Taipale V. 2004. Sosiaali- ja terveydenhuolto. WSOY, Juva.

- Leino-Kilpi H . 2003. Teoksessa: Leino- Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva, 19-27.
- Levomäki I. 1998. Arvojen moninaisuus tietoyhteiskunnassa. Sitra, Helsinki.
- Lillrank P, Kujala J & Parviainen P. 2004. Keskeneräinen potilas terveydenhuollon tuotannonohjaus. Talnetum Media Oy, Jyväskylä.
- Lindqvist M. 1986. Ammattina ihminen. Otava, Keuruu.
- Lindqvist M. 1995. Lääkintäetiikka inhimillisenä toimintana. Teoksessa: Launis V. (toim.) Lääkintä – ja hoitoetiikka. Painatuskeskus Oy, Helsinki, 55-70.
- Lindqvist M. 2005. Etiikan merkitys lääkärin työssä. Teoksessa: Saarni S & Henriksson M (toim.) Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto, Joensuu, 19-22.
- Maijala H, Munnukka T & Nikkanen M. 2000. Feeling of "lacking" as the core of envy: a conceptual analysis of envy. *Journal of Advanced Nursing* 31, 1342-1350.
- Mikkola T. 2003. Muuttuvat arvot ja uusi keskiluokka. Tutkimus arvojen mittaamisesta ja monitasoisuudesta. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia No. 241, Helsinki.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J & Viitala J. (toim.) 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki.
- Mönkäre S. 2003. Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä – kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Teoksessa: Ollila E, Ilva M & Koivusalo M (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Stakes, raportteja 276. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 17-21.
- Navarro V. 2003. Policy without politics: the limits of social engineering. *American Journal of Public Health* 93, 64-67.
- Niiniluoto I. 1984. Tiede, filosofia ja maailmankatsomus. Kustannusosakeyhtiö Otava, Keuruu.
- Niiranen V. 2003. Kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen sosiaalipoliittinen näkökulma. Teoksessa: Ollila E, Ilva M & Koivusalo M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Stakes, raportteja 276. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 69-77.
- Niskanen J. 1997. Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja, Acta Wasaensia, Vaasan yliopisto.
- Ojala A, Vataja P & Vintturi A. 1974. Kansanterveystyö. Kunnallispaino, Helsinki.
- Ollila E. 2004. Terveystalouksellisten ristiaallokossa. Teoksessa: Ollila E & Rimpelä M. Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja, Aiheita 8/2004, 11-17.
- Palola E. 2001. Kohti uutta eurooppalaista sosiaalipoliittia. *Sosiaaliturva* 11, 18–20.
- Palola E. 2004. Euroopan sosiaalinen malli. *Yhteiskuntapolitiikka* 69(6), 569–582.
- Palola E. 2005. Mihin "terveyden Eurooppaa" tarvitaan? *Yhteiskuntapolitiikka* 70(4), 375–385.

- Pelkonen R. 2005. Potilas ja lääkäri. Teoksessa: Saarni S & Henriksson M. Lääkäriin etiikka. Suomen Lääkäriliitto, Joensuu, 15-17.
- Pietarinen J. 1994. Mihin periaatteisiin yksittäisiä asiakkaita koskevat valinnat tulisi perustaa? Teoksessa: Mikkola M & Bergström M. (toim.) 1994. Terveystieteiden valinnat- Lääketieteelliset perusteet Seminaari 4.-6.10.1993 Hanasaassa. Stakes, raportteja 133, Jyväskylä, 96-104.
- Pietarinen J. 1995. Lääkintä – ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet. Teoksessa: Launis V. (toim.) Lääkintä – ja hoitoetiikka. Painatuskeskus Oy, Helsinki, 33-53.
- Pietarinen J & Poutanen S. 1998. Etiikan teorioita. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Pietarinen J & Launis V. 2005. Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseriaatteet. Teoksessa: Saarni S & Henriksson M. Lääkäriin etiikka. Suomen Lääkäriliitto, Joensuu, 23-27.
- Pihlainen A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epäitsekkäisyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Akateeminen väitöskirja, Acta Universitatis Tamperensis, Tampereen yliopisto. Vammala.
- Pohjanheimo E. 1996. Pyhtäläisten arvot ja niiden muutokset vuosina 1975-1993. Teoksessa: Pohjanheimo E. Pyhtäläiset, sosiaalipsykologinen seuranta tutkimus 1975-1993. Helsingin Sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia, Helsinki, 43-70.
- Pohjanheimo E. 2005. Pysyvää ja eriytyvää: arvomuutoksia Suomessa 1970- luvulta nykypäivään. Teoksessa: Pirttilä- Backman A-M, Ahokas M, Myyry L & Lähteenoja S. Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd, Tampere, 237-257.
- Puohiniemi M. 2002. Arvot, asenteet ja ajankuva. Opaskirja suomalaisen arkielämän tulkintaan. Limor kustannus, Vantaa.
- Puro K. 1973. Terveyspolitiikan perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Puro K. 1975. Terveyspalvelujärjestelmän mahdollisuudet kansanterveyden kohentamisessa. Teoksessa: Aer J & Harö S. Kansanterveystyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 75-79.
- Rantala T. 2000. Tulevaisuuden tutkimus, arvot ja yhteiskunnallinen päätöksenteko. Futura 4, 57-64.
- Raunio K. 2004. Olennainen sosiaalityössä. Gaudeamus, Helsinki.
- Reich MR & Roberts MJ. 2002. Ethical analysis in public health. The Lancet 359, 1055-1059.
- Repo A. 2003. Etiikan teoriaa. Teoksessa: Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva, 30-32.
- Rimpelä M. 2004. Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansanterveyden? Teoksessa: Ollila E & Rimpelä M. Näkökulmia 2000- luvun terveyspolitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakes aiheita, 8/ 2004, Helsinki, 53-87.

- Rogers WA. 2004. Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 446-450.
- Rokeach M. 1973. *The nature of human values*. Free Press, New York.
- Ruger Prah J. 2004. Health and social justice. *Lancet* 364(9439), 1075-80.
- Rutten A, Luschen G, Von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Diaz JA, Vinck J & Van Der Zee J. 2000. *Health Promotion Policy in Europe*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München.
- Ryynänen O-P & Myllykangas M. 2000. *Terveydenhuollon etiikka, arvot monimutkaisuuden maailmassa*. WSOY, Joensuu.
- Ryynänen O-P, Turunen KE, Myllykangas M & Kinnunen J. 1999. Lääketieteen arvot ja päämäärät. *Suomen lääkirilehti* 7, 810-814.
- Räikkä J. 1995. *Lääkintäetiikan historia ja nykypäivä*. Teoksessa: Launis V. (toim.) *Lääkintä – ja hoitoetiikka*. Painatuskeskus Oy, Helsinki, 11-30.
- Sahlgren J. 2001. *Values, health and medicalization – a study of the ethical language in printed advertisements*. Akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto.
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet, www.sairaanhoitajaliitto.fi (Luettu 11.3.2006)
- Salminen A. 2004. *Hyvän hallinnon etiikka. Kolmen profession arvioita hallinto – ja johtamistyön eettisistä kysymyksistä*. Vaasan yliopiston julkaisuja, Vaasa.
- Salo S & Tähtinen H. (toim.) 1996. *Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa*. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Schwappach DLB. 2002. Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidence. *Health Expectations* 5, 210-222
- Schwartz H. 1992. Universal content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advanced in experimental social psychology* 25, 1-65.
- Schwartz SH. 1999. A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied Psychology* 48, 23-47.
- Schwartz SH & Bilsky W. 1990. Toward a Theory of the Universal Content and Structure of Values: Extensions and Cross- Cultural Replications. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 878-891.
- Schwartz SH & Bilsky W. 1994. Values and personality. *European Journal of Personality* 8, 163-179.
- Schwartz MF, Brecher AR, Whyte J & Klein MG. 2005. A Patients Registry for Cognitive Rehabilitation Research: A Strategy for Balancing Patients' Privacy Rights With Researchers' Need for Access. *Archivite Medical Rehabilitation* 86, 1807-1814.

- Schwartz SH & Sagiv L. 2000. Value priorities and subjective well-being: direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology* 30, 177-198.
- Seedhouse D. 1998. *Ethics, The heart of Health Care*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, England.
- Sinisalmi M. 1998. Arvot suomalaisessa kunnallispolitiikassa. Teoksessa: Kajaste K. (toim.) *Arvomme yhteiskunnassa*, Oy Edita Ab, Helsinki, 107-124.
- Sipilä J. 1985. *Sosiaalipolitiikan tulevaisuus*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1979. *Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan mietintö*. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1982. *Sosiaalinen aikakauskirja*. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1985. Hallituksen terveystoimikunnan selonteon eduskuntakäsittely 26. – 27. 3. 1985. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. *Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveystoimikunnan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1998. *Terveydenhuollon kehittämisprojekti, selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus*. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. *Valtioneuvoston päätös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000- 2003*, julkaisuja 16. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. *Terveysalan kansainvälinen yhteistyö: suunta ja linjaukset. Kansainvälisten asian toimisto*, julkaisuja 19. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, ETENE. 2001a. *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*, julkaisuja 1. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, ETENE. 2001b. *Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa, selvityksiä 1*. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. *Sosiaali- ja terveystoimikunnan strategiat 2010-kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa*, julkaisuja 3. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystoimikunnan Kansanterveysohjelmasta*, julkaisuja 4. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi - työryhmän muistio*, julkaisu 3. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. *Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*, julkaisuja 6. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. *Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007*, julkaisu 20. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. *Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiirettömään hoitoon määräajassa*, esitteitä 13. STM, Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelma, työryhmämuistioita 5. STM, Helsinki.
- Stakes. 1995. Arvoista valintoihin, terveydenhuollon priorisointiryhmän raportti, raportteja 161. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Suhonen P. 1988. Suomalaisten arvot ja politiikka. WSOY, Juva.
- Suomen Lääkäriliitto. 1999. Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa. Rahkeet-työryhmän muistio. www.laakariliitto.fi/uutiset/kannanotot/rahoitus.html (Luettu 30.1.2007)
- Suomen lääkäriiliitto. Lääkärin ammattieettiset ohjeet. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/arvot.html> (Luettu 11.3.2006)
- Tahvanainen A. 2004. Terveyspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla. Acta Universitatis Tamperensis 1040. Tampereen yliopisto.
- Taylor H & Mayberry JF. 2005. The Patient Charter: A Survey of Hospital Out- Patients views of Their Rights and Ability to Exercise Them. Social Science Medicine 40, 1433-1434.
- Taipale V, Lehto J, Mäkelä M, Kokko S, Kling T & Viialainen R. (toim.) 1998. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY, Porvoo.
- Tones K. & Green J. 2004. Health Promotion; planning and strategies. Sage Publications, London.
- Tuomi J. 1997. Suomalainen hoitotiede keskustelu. Akateeminen väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä.
- Valtioneuvosto. 2005. Arvot arjessa - virkamiehen etiikka, valtionhallinnon käsikirja, Helsinki.
- Verkasalo M. 1996. Values – Desired or Desirable? Helsingin yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Virtanen P. ja Wennberg M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 26-27.
- Vohlonen I. 1998. Suomalainen terveystieteiden etiikka. Kirjayhtymä Oy, Tampere.
- Välimäki M. 2003. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa: Leino- Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva, 148-151.
- Välimäki M, Leino-Kilpi H, Grönroos M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA & Benedicta M. 2004. Self- Determination in Surgical Patients in Five European Countries. Journal of Nursing Scholarship 36, 302-311.
- WHO. 1995. Bridging the gaps. World Health Organization, Geneva.

- WHO. 1997. Conquering suffering, enriching humanity. World Health Organization, Geneva.
- WHO. 1998. Life in the 21st century: a vision for all. World Health Organization, Geneva.
- WHO. 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization, Geneva.
- WHO. 2003. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva.
- WHO. 2004. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Health Evidence Network, Copenhagen.
- WHO. 2005. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization, Copenhagen.
- Whittemore R. 2005. Analysis of Intergration in Nursing Science and Practice. *Journal of Nursing Scholarship* 37, 261-267.
- Williams A. 1996. QALYs and ethics: a health economist's perspective. *Social Science and Medicine* 43, 1795-1804.
- Äärimaa M. 2005. Etiikka ja professio. Teoksessa: Saarni S & Henriksson M. Lääkärietiikka. Suomen Lääkäriliitto, Joensuu, 12-14.

LIITTEET

Liite 1. Suomen terveystalitiikka- osion lahdetyyteittain luokiteltuna

Kirjat (n= 9)	
<p>·Sinisalmi M. 1998. Arvot suomalaisessa kunnallispolitiikassa. Teoksessa: Kajaste K. (toim.) Arvomme yhteiskunnassa., Oy Edita Ab, Helsinki, 107-124.(b1)*</p> <p>· Kajaste K. 1998. Saatteeksi arvojen maailmaan. Teoksessa: Kajaste K. (toim.) Arvomme yhteiskunnassa, Oy Edita Ab, Helsinki, 7-12. (b2)*</p> <p>·Pietarinen J. 1995. Laakinta – ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet. Teoksessa: Launis V. (toim.) Laakinta – ja hoitoetiikka. Painatuskeskus Oy, Helsinki, 33-53.</p> <p>·Lillrank P, Kujala J & Parviainen P. 2004. Keskenerainen potilas terveydenhuollon tuotannonohjaus. Talnetum Media Oy, Jyväskylä.</p> <p>·Virtanen P. ja Wennberg M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Edita Publishing Oy, Helsinki.</p>	<p>·Sipilä J.1985. Sosiaalipolitiikan tulevaisuus. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.</p> <p>·Puro K. 1973. Terveystalitiikan perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.</p> <p>·Kuusi P. 1968. 60- luvun sosiaalipolitiikka. WSOY, Porvoo.</p> <p>·Ojala A, Vataja P & Vintturi A. 1974. Kansanterveystyö. Kunnallispaino, Helsinki.</p> <p>·Puro K. 1975. Terveystalvelujarjestelman mahdollisuudet kansanterveyden kohentamisessa. Teoksessa: Aer J & Haro S. Kansanterveystyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 75-79.(a1)*</p> <p>·Aer J & Haro S. 1975. Valtakunnallinen kansanterveystyosuunnitelma. Teoksessa: Aer J & Haro S. Kansanterveystyön käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 119-126.(a2)*</p>
Artikkelit (n=2)	<p>·Jämsen R & Pekurinen M. 2003. Terveystalvelun 1990-luvun uudistusaallon tulokset. Suomen laakarilehti 9, 1067-1070.</p> <p>·Kekomäki M. 2000. Terveystalvelu 2000- luvulla. Futura 2, 93-97.</p>
Lait (n=1)	<p>·Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785</p>
Vaitoskirjatutkimukset (n=1)	<p>·Tahvanainen A. 2004. Terveystalitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla. Acta Universitatis Tamperensis 1040. Tampereen yliopisto.</p>
Valtioneuvoston julkaisut (n=2)	<p>·Heikkilä M, Kautto M & Teperi J. 2005. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005, Helsinki.</p> <p>·Valtioneuvosto. 2005. Arvot arjessa - virkamiehen etiikka, valtionhallinnon käsikirja, Helsinki.</p>
Sosiaali- ja terveyshallitus (n=1)	<p>·Karjalainen J-M, Lindqvist M, Saares K & Voutilainen P. 1991. Terveystalvelun portinvartijat. Preventio ja asiantuntijavalta terveydenhuollon eettisenä ongelmana. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 39. Vap- kustannus, Helsinki.</p>
Stakesin raportit ja muut julkaisut (n=4)	
<p>·Niiranen. 2003. Kunnallisten sosiaalipalvelujen kilpailuttamisen sosiaalipolitiittinen näkökulma. Teoksessa: Ollila E, Ilva M & Koivusalo M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalitiikan näkökulmasta. Stakes, raportteja 276. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.(b1)*</p> <p>·Mönkäre S. 2003. Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta hyvä isäntä – kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Teoksessa: Ollila E, Ilva M & Koivusalo M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystalitiikan näkökulmasta. Stakes, raportteja 276. Gummerus Kirjapaino Oy,</p>	<p>·Kokko S & Lehto J. 1993. Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Stakes, raportteja 96, Jyväskylä.</p> <p>·Stakes. 1995. Arvoista valintoihin, terveydenhuollon priorisointiryhmän raportti, raportteja 161. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1995.</p> <p>·Ollila E. 2004. Terveystalitiikkojen ristiaallokossa. Teoksessa: Ollila E & Rimpelä M. Näkökulmia 2000-luvun terveystalitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja, Aiheita 8/2004. (a1)*</p> <p>·Rimpelä M. 2004. Vaarantaako kansallinen terveyshanke kansanterveyden? Teoksessa: Ollila E & Rimpelä M. Näkökulmia 2000- luvun</p>

Saarijärvi. (b2)*	terveyspolitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Stakes aiheita, 8/ 2004, Helsinki, 53-87. (a2)*
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut (n=6)	
·Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010-kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa, julkaisuja 3. STM, Helsinki.	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 1982. Sosiaalinen aikakauskirja. STM, Helsinki.
·Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelma, työryhmämuistioita 5. STM, Helsinki.	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 1985. Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely 26. – 27. 3. 1985. STM, Helsinki.
·Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Valtioneuvoston päätös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000- 2003, julkaisuja 16. STM, Helsinki.	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 1979.
· Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007, julkaisu 20. STM, Helsinki.	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi - työryhmän muistio, julkaisu 3. STM, Helsinki.
	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000: Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- Kansanterveysohjelmasta, julkaisuja 4. STM, Helsinki.
	·Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, julkaisuja 6. STM, Helsinki.

* a1 ja a2 ovat samaa teosta ja b1 ja b2 ovat samaa teosta.

Liite 2. Yhteenvedo kansainvälisen-osion kirjallisuushaun aineistosta

Artikkelit (n=4)
Palola E. 2001. Kohti uutta eurooppalaista sosiaalipolitiikkaa. Sosiaaliturva 11, 18-20. Palola E. 2005. Mihin ”terveyden Eurooppaa” tarvitaan? Yhteiskuntapolitiikka 70(4), 375-385. Palola E. 2004. Euroopan sosiaalinen malli. Yhteiskuntapolitiikka 69(6), 569-582. Cucci S. 2000. European Union health policy and its implications for national convergence. International Journal for Quality in Health Care 12(3), 217-225.
Sopimukset (n=2)
Maastrichtin sopimus 1993, artikla 129. Amsterdamin sopimus 1999, artikla 152.
Toimintaohjelmat (n=1)
EU:n kansanterveysohjelma 2003-2008
Vuosisiraportit (n=6)
WHO 1995. Bridging the gaps. World Health Organization, Geneva. WHO 1997. Conquering suffering, enriching humanity. World Health Organization, Geneva. WHO 1998. Life in the 21 st century: a vision for all. World Health Organization, Geneva. WHO 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization, Geneva. WHO 2003. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva. WHO. 2004. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Health Evidence Network, Copenhagen.

Kokoava raportti (n=1)

WHO. 2005. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization, Copenhagen.

Liite 3. Esimerkkejä kansainvälisestä terveystieteellisestä arvokeskustelusta; aihe, näkökulma, arvot ja teemat

AIHE	NÄKÖKULMA	ARVOT	TEEMA
Callahan D & Jennings B. 2002. Ethics and Public Health: Forging a strong relationship. American Journal of public Health 92(2), 169-176.	* Terveystieteiden etiikan uudet alueet, lait ja päätöksenteko. Terveystieteiden etiikan peruskysymykset, eettiset periaatteet.	* tasa-arvo, oikeudet, kunnioitus, yksilöllisyys, vapaus.	TERVEYSTIETEIDEN ETIIKKA
Kass N.E. 2004. Public Health Ethics: From foundations and frameworks to justice and global public health. The Journal of Law, Medicine and Ethics 32(2), 232-242.	* Terveystieteiden etiikan kysymykset; tutkimus, lait, bioetiikka. Eettiset periaatteet, käsitteet.	* oikeudet, tasa-arvo, epätasa-arvo, oikeudenmukaisuus, koskemattomuus.	TERVEYSTIETEIDEN ETIIKKA
Ruger Prah J. 2004. Health and social justice. Lancet 364(9439), 1075-80.	* Terveystieteiden etiikka; tutkimus, sosiaaliset & globaalit oikeudet.	* oikeudet, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus.	TERVEYSTIETEIDEN ETIIKKA
Rogers W.A. 2004. Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. Journal of Epidemiology and Community Health 58, 446-450.	* Terveystieteiden toteuttaminen; ristiriidat.	* tasa-arvo, oikeudet, yhdenmukaisuus.	TERVEYSTIETEIDEN ETIIKKA
Reich M.R. & Roberts M.J. 2002. Ethical analysis in public health. The Lancet 359(23), 1055-1059.	* Terveystieteiden päätöksenteko, argumentointi & arviointi.	* tasa-arvoisuus & oikeudenmukaisuus.	TERVEYSTIETEIDEN PÄÄTÖKSENTEKO; ARVIOINTI, TIETO & TUTKIMUS
Bertollini R & Martuzzi M. 2004. The precautionary principle, science	* Terveystieteiden	* tasa-arvo &	TERVEYSTIETEIDEN

and human health protection. Internal Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 17 (1), 43-46.	päätöksenteo, argumentointi, arviointi & tieto.	oikeudet.	PÄÄTÖKSENTEKO; ARVIOINTI, TIETO & TUTKIMUS
Buxton M, Hanney S & Jones T. 2004. Estimating the economic value to societies of the impact of health research: a critical review. Bulletin of the World Health Organization 82 (10), 733-737.	* Tutkimuksellinen tieto ja sen taloudellinen arvo.	* perusteltavuus, oikeudenmukaisuus & tasa-arvo.	TERVEYDENHUOLLON PÄÄTÖKSENTEKO; ARVIOINTI, TIETO & TUTKIMUS
Benson J.M & Blendon R.J. Americans' views on health policy: a fifty-year historical perspective. Health affairs 2 (20), 33-46.	* Terveysjärjestelmä; rakenne & odotukset	* tasa-arvo, yhdenmukaisuus & oikeudet.	TERVEYSJÄRJESTELMÄ; SISÄLTÖ, RAKENNE, ODOTUKSET & ONGELMAT
Navarro V. 2003. Policy without politics: the limits of social engineering. American Journal of Public Health 93(1), 64-67.	*Terveysthuoltojärjestelmän rakenne	* yhtäläisyys, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus.	TERVEYSJÄRJESTELMÄ; SISÄLTÖ, RAKENNE, ODOTUKSET & ONGELMAT
Atkinson S. 2002. Political cultures, health systems and health policy. Social Science and Medicine 55(1), 113-124.	*Terveysthuoltojärjestelmä; kulttuuri & käsitteet	* Yhdenmukaisuus & tasa-arvo.	TERVEYSJÄRJESTELMÄ; SISÄLTÖ, RAKENNE, ODOTUKSET & ONGELMAT
Culyer A.J. 2001. Equity- some theory and its policy implications. Journal of Medical Ethics 27, 275-283.	*Terveysthuoltojärjestelmä; piirteet	* oikeudenmukaisuus	TERVEYSJÄRJESTELMÄ; SISÄLTÖ, RAKENNE, ODOTUKSET & ONGELMAT
Schwappach D.L.B. 2002. Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidence. Health Expectations 5, 210-222.	* Resurssien allokointi; perusteltavuus (QALY)	* perusteltavuus, tasa-arvo, kustannusvaikuttavuus & tehokkuus.	RESURSSIEN ALLOKOINTI; PÄÄTÖKSENTEKO, PERUSTELTAVUUS & TIETO

<p>Williams A. 1996. QALYs and ethics: a health economist's perspective. Social Science and Medicine 43 (12), 1795-1804.</p>	<p>* Resurssien allokointi; systeemi</p>	<p>* tasa-arvo & yhdenmukaisuus, oikeudenmukaisuus.</p>	<p>RESURSSIEN ALLOKOINTI; PÄÄTÖKSENTEKO, PERUSTELTAVUUS & TIETO</p>
<p>Rutten A, Luschen G, Von Lengerke T, Abel T, Kannas L, Diaz J.A, Vinck J & Van Der Zee J. 2000. Health Prmotion Policy in Europe. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München.</p>	<p>* Terveystiedon edistäminen; terveyspoliittisten päätösten malli, järjestyminen, vaikutus & arviointi.</p>	<p>* velvollisuudet, tasa-arvo, järjestyminen, yhteistyö & suunnitelmallisuus.</p>	<p>TERVEYDEN EDISTÄMINEN</p>
<p>Tones K & Green J. 2004. Health Promotion; planning and strategies. Sage Publications, London.</p>	<p>* Terveystiedon edistäminen, toimintatavat, mallit & käsitteet.</p>	<p>* Hyödyllisyys, vaarattomuus, yksityisyyden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, käytännöllisyys, osallistuminen, holistisuus, tasa-arvo, kannattavuus, vastuullisuus, valinnan vapaus, yksilöllisyys & vapaaehtoisuus.</p>	<p>TERVEYDEN EDISTÄMINEN</p>
<p>Hewison A. 2001. Values in the National Health Service: implications for nurse managers. Journal of Nursing Management 9(5), 253-258.</p>	<p>* Kansallinen terveysjärjestelmä; arvojen merkitys, tunnistaminen & ymmärtäminen.</p>	<p>* oikeudenmukaisuus, tehokkuus & universaalisuus.</p>	<p>ARVOJEN TARKASTELU</p>
<p>Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P & Abelson J. 2004. The policy analysis of "values talk": lessons from Canadian health reform. Health Policy 67(1), 15-24.</p>	<p>* Terveystiedon edistämisen tarkastelu arvojen näkökulmasta</p>	<p>* oikeudenmukaisuus, toteutettavuus & taloudellisuus.</p>	<p>ARVOJEN TARKASTELU</p>

LIITE 4. Vuoden 2003 artikkelien koonta

LEHDEN NIMI	KIRJOITTAJA(T)	ARTIKKELIN NIMI
Terveydenhoitaja (artikkeli)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ei ole kustannus -, vaan rahoituskriisissä
Sairaanhoitaja (artikkeli)	Eeva Miettinen Markku Myllykangas Olli – Pekka Ryynänen	Suomalaisten hoitajien näkemyksiä eutanasiasta
Suomen Lääkärilehti (kolumni)	Pekka Himanen	Kävikö sinulla hyvä lisääntymissä?
Suomen Lääkärilehti (keskustelua)	Tapani Kosonen	Arvokeskustelu armokuolemasta
Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti (kokousselostus)	Reijo Sund	Näkökulmia vuoden 2003 sosiaalilääketieteen päiviltä
Suomen Lääkärilehti (artikkeli)	Suomen Lääkäriliitto	Lääkärin perusarvot ja Suomen lääkäriliiton tehtävät
Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Markku Äärimaa Heikki Pälve	Lääkärin arvot ja lääkäriiiton tehtävät
Suomen Lääkärilehti (artikkeli)	Janne Ora	Eutanasia ei ole ratkaisu kivun ja kärsimyksen pelkoon
Suomen Lääkärilehti (keskustelua)	Juha Hänninen	Armoa, keskustelussa surmataaan arvot
Suomen Lääkärilehti (artikkeli)	Tuula Vainikainen	Ainutlaatuinen perimämme ja eettiset haasteet
Suomen Lääkärilehti (tutkimusartikkeli)	Olli-Pekka Ryynänen Markku Myllykangas Markku Viren Harri Heino	Lääkäreiden, hoitajien ja väestön asenteet eutanasiaan Suomessa
Suomen Lääkärilehti (artikkeli)	Kari Mattila, Hannu Halila Mauri Isokoski Santero Kujala Esko Kumpusalo Kari Mattila Liisa Neittaanmäki Irma Virjo Riitta Luhtala	Suomalaisten lääkäreiden arvovalinnat

LIITE 4. Vuoden 2004 artikkelien koonta

LEHDEN NIMI	KIRJOITTAJA(T)	ARTIKKELIN NIMI
Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti (artikkeli)	Helena Siipi	Onko ihmisgenetiikka luonnotonta?
Duodecim (artikkeli)	Pertti Mustajoki	Sairauksien kilpajuoksu
Terveydenhoitajalehti (pääkirjoitus)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Arvot suunnan näyttäjinä
Duodecim (artikkeli)	Jaana Hallamaa	Yhteisön arvot ja yksilön terveys
Duodecim (artikkeli)	Martti Lindqvist	Terveydenhuollon valinnat – eettisiä näkökohtia
Duodecim (pääkirjoitus)	Markku Kaste	Budjetti vai potilas?
Sairaanhoitajalehti (artikkeli)	Eija Bärlund- Toivonen	Näkökulmia vanhuspotilaan itsemääräämisoikeuteen
Sairaalalehti (artikkeli)	Olli-Pekka Ryytänen	Diagnoosi numero 259.6 – rahan puute
Terveydenhoitajalehti (pääkirjoitus)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Tavoitteena terveys ja toimintakyky
Suomen Lääkärilehti (kolumni)	Samuli Saarni	Mc vs MSA – onko kustannuskriisi lääkäreiden vai potilaiden syy?
Sairaanhoitajalehti (puheenjohtajan palsta)	Katriina Laaksonen	Tasa-arvoa terveyteen – myös ammattilaisille
Duodecim (pääkirjoitus)	Perttu J. Lindsberg Ville Penttilä Markku Kaste	Yksilöä suojellaan tutkimukselta – kuka suojelee oikeutta tutkittuun hoitoon?
Suomen Lääkärilehti (kommentti puheenvuoro)	Marjukka Mäkelä	NNT – lukujen lisäksi tarvitaan arvokeskustelua
Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Juhana E. Idanpään – Heikkilä	Lääketutkimusten tulokset saatava julkisiksi
Suomen Lääkärilehti (katsausartikkeli)	Raimo Puustinen Juho Nummenmaa Pekka Louhiala	Auttaako hoito? – eettisiä näkökohtia lääketieteellisen tutkimustiedon esittämisestä
Suomen Lääkärilehti (kolumni)	Susanna Wilen	Uskaltaako äitikin puhua rahasta?
Sairaanhoitajalehti (mielipidekirjoitus)	Sairaanhoitajaliitto	Sairaanhoitajaliitto vaatii tasa-arvoa terveyteen
Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Ilona Autti- Rämö Marjukka Mäkelä	Seulontojen kannattavuus ja kannatettavuus – kenen arvot painavat
Suomen Lääkärilehti (kolumni)	Auli Malinen	Kaikista kauniita – ongelmat ratkeavat
Suomen Lääkärilehti (kolumni)	Samuli Saarni	Elämänlaatu, säännöstely ja keisarin uudet vaatteen

Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Eila Laukkanen	Nuoret eivät saa kaikkia tarvitsemiaan terveyspalveluja
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Terveydenhoitajatyön etiikka ja arvot
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Kari Lindström	Toteutuvatko arvot ja etiikka työelämässä?
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Kerttu Tossavainen Hannele Turunen	Terveyskäsitys paradigmanmuutoksessa – perusta arvoissa ja etiikassa
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Terho Pursiainen	Moraali luottamuksen vartijana
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Olli- Pekka Ryytänen Markku Myllykangas	Terveydenhuollon priorisoinnin etiikasta

LIITE 4. Vuoden 2005 artikkelien koonta

LEHDEN NIMI	KIRJOITTAJA(T)	ARTIKKELIN NIMI
Duodecim (kolumni)	Tuula Tamminen	Lyhenevä lapsuus yliseksualisoituneessa nykypäivässä
Terveydenhoitajalehti (pääkirjoitus)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Kansanterveystyötä turvataan lain muutoksella
Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti (artikkeli)	Matti Rimpelä	Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Riitta Saxen Eeva Sahlman	Voidaanko laatusuosituksen avulla edistää kuntalaisten terveyttä?
Sairaanhoitajalehti (artikkeli)	Maritta Laiho	Eettiset ongelmatilanteet työtovereiden kesken
Terveydenhoitajalehti (pääkirjoitus)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Terveyden edistämisen globaalit ulottuvuudet
Hoitotiede (tutkimusartikkeli)	Maritta Ritmala- Castren Laura Simani Elina Eriksson	Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Hannele Palomo Seppo Koskinen	Terveyserot ja niiden kaventuminen Suomessa
Sairaalalehti (kolumni)	Markku Myllykangas	Eutanasia osaksi potilaan hyvää hoitoa

Sairaalalehti (kolumni)	Pekka Rissanen	Oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon ongelmat
Sairaalalehti (mielipidekirjoitus)	Lari Tiikasalo	Hoitotakuu ja jono- ongelmat – menneen talven lumia?
Terveydenhoitajalehti (pääkirjoitus)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Ehkäisevästä kansanterveystyöstä hoitotakuun takuu
Suomen Lääkärilehti (artikkeli)	Ossi Rahkonen Eero Lahelma	Terveyttä määrittävät tekijät WHO:n kohteena
Terveydenhoitajalehti (artikkeli)	Markku Myllykangas	Ennaltaehkäisevän työn etiikka
Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Päivi Hietanen	Yliopistolääketieteen visiot
Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Eero Vuorinen Voitto Järvimäki	Syöpäkipulääkkeiden hintapolitiikka on epäeettistä
Suomen Lääkärilehti (pääkirjoitus)	Risto Pelkonen	Vox humana
Suomen Lääkärilehti (keskustelua)	Liisa Kaarna	Sikiöseulonnat pilaavat odotusajan
Suomen lääkärilehti (kolumni)	Samuli Saarni	Lääketieteen etiikan ongelmat - autiosaarilta argumentaation avaimet
Duodecim (pääkirjoitus)	Ritva Halila	Laki ja etiikka hedelmöityshoidoissa
Suomen lääkärilehti (artikkeli)	Suvi Sariola	Oikeusministerin vaihtuminen voi vaikuttaa käsittelyyn. Hedelmöityshoitolakia odotetaan eduskuntaan
Suomen lääkärilehti (artikkeli)	Anne Heikkinen Gustav Wickström Veikko Launis Helena Leino-Kilpi	Yksityisyys hoitosuhteessa
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (artikkeli)	Veikko Launis	Geneettinen syrjintä eettisenä ongelmana
Suomen lääkärilehti (artikkeli)	Veikko Launis	Rekisteritutkimuksen etiikka filosofian näkökulmasta
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti (artikkeli)	Markku Myllykangas Pertti Happonen	Medikalisaatio ennaltaehkäisyssä
Suomen lääkärilehti (kolumni)	Claes Anderson	Terveydenhoidon arvot: eettisyys ja vallankäyttö

Suomen lääkärilehti (artikkeli)	Lars Johan Materstvedt David Clark John Ellershaw Reidun Forde Anne-Marie Boeck Gravgaard Hans-Christof Muller- Busch Josep Porta I Sales Charles-Henri Rapin	Eutanasia ja lääkäriavusteinen itsemurha: EAPC:n eettisten kysymysten työryhmän näkemys
Terveydenhoitaja (pääkirjoitus)	Eeva-Liisa Urjanheimo	Terveyden edistämisen globaalit ulottuvuudet
Hoitotiede (tutkimusartikkeli)	Camilla Strandell-Laine Anne Heikkinen Helena Leino-kilpi Arie Van der Arend	Hoitotyön eettiset ohjeet – mikä niiden merkitys on?
Sosiaalilääketieteellinen aikauslehti (tutkimusartikkeli)	Kirsi Lumme- Sandt Pauliina Aarva	Terveys ja hyvinvointi Päivälehtimainoksissa

LIITE 5. Aineiston artikkelityypit

ARTIKKELITYYPPI	LUKUMÄÄRÄ
Artikkelit	29
Pääkirjoitukset/ puheenjohtajan palsta	17
Kolumnit	10
Keskustelua- artikkelit	3
Tutkimusartikkelit	4
Katsausartikkelit	1
Mielipidekirjoitukset	2
Kokousselostukset	1
Kommenttipuheenvuoro	1
	Yht. 68

LIITE 6. Enemmän kuin yhden artikkelin kirjoittaneet kirjoittajat

KIRJOITTAJA	LUKUMÄÄRÄ
Olli-Pekka Rynnänen	4
Markku Myllykangas	6
Samuli Saarni	3
Eeva-Liisa Urjanheimo	8
Veikko Launis	3
Helena Leino- Kilpi	2
	Yht. 26

LIITE 7. Esimerkki analysointiprosessin vaiheista

Arvo	Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yhdistävä kategoria
hoito → Hyvä ↓	(2005/16) <i>Hoidot voidaan lopettaa silloin, kun potilas kokee ne liian raskaiksi tai niistä ei ole enää lääketieteellistä hyötyä. Tällöin ei ole kyse eutanasiasta, vaan hyvästä hoitokäytännöstä.</i>	(2005/16) Hyvästä hoitokäytännöstä on kyse silloin, kun hoidot lopetetaan jos potilas kokee ne liian raskaiksi tai niistä ei ole lääketieteellistä hyötyä.		
	(2005/21) <i>Palliattiivisella hoidolla ehkäistään ja lievitetään kärsimyksiä tunnistamalla kipu ja muita fyysisiä, psykososiaalisia ja henkisiä ongelmia mahdollisimman varhain, arvioimalla ne tarkoin ja hoitamalla ne.</i>	(2005/21) Palliattiivisella hoidolla ehkäistään ja lievitetään kärsimyksiä.	Kärsimyksen lievittäminen	Oikeus kärsimyksettömyyteen
	(2004/5) <i>Ihmisellä on oikeus hyvään hoitoon myös kuoleman lähestyessä.</i>	(2004/5) Ihmisellä on oikeus hyvään hoitoon kuoleman lähestyessä.	Subjekttiivinen oikeus	
	(2003/1) <i>Aikaisemmin hyvällä kuolemalla tarkoitettiin elämän päättymistä helposti, rauhallisesti ja hiljaisesti.</i>	(2003/1) Hyvä kuolema tarkoittaa elämän päättymistä helposti, rauhallisesti ja hiljaisesti		
	(2003/2) <i>Kuoleman pelon, kivun ja kärsimyksen aiheuttamaan</i>	(2003/2) Kuoleman pelon, kivun ja kärsimyksen aiheuttamaan ahdistukseen apu	Kärsimyksettömyys	

<p>Hyvä kuolema</p>	<p><i>ahdistukseen ei saa hakea ratkaisua eutanasiasta, vaan hyvästä hoidosta</i></p> <p><i>(2003/2) Jokaiselle ihmiselle on pystyttävä suomaan kaunis ja arvokas kuolema.</i></p> <p><i>(2005/16) Hänen äitinsä antoi hänelle tappavan unilääkeannoksen ja lääkäri sammutti hengityskoneen. Humbert oli etukäteen ylistänyt äitinsä tekoa "maailman kauneimmaksi rakkauden osoitukseksi".</i></p>	<p>hyvästä hoidosta.</p> <p>(2003/2) Jokaisella ihmisellä on oikeus kauniiseen ja arvokkaaseen kuolemaan.</p> <p>(2005/16) Tappavan unilääkeannoksen anto oli maailman kaunein rakkauden osoitus.</p>	<p>Oikeus kuolinapuun</p>	<p>Oikeus kärsimyksättömyyteen</p>
---------------------	--	---	---------------------------	------------------------------------

LIITE 8. Yhteenveto artikkelianalyysin tuloksista

<ul style="list-style-type: none"> -Keskeisinä periaatteina ihmisoikeudet ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus -Geneettisen syrjinnän tuomitseminen -Ammattieettiset ohjeet toiminnan kulmakivenä - Tutkimustoiminnan rehellisyys ja oikeudenmukaisuus - Kokonaisuuksien ymmärtäminen - Eläminen sopusoinnussa - Ajatonta ja ajassaan muuttuvaa - Luopuminen kärsimystä pitkittävästä hoidosta - Yksilöiden tasavertaisuus sairauksien hoidossa - Riittävä tieto 	<p style="text-align: center;">EETTISYYS</p>	<p style="text-align: center;">YHTEISÖLLINEN VOIMAVARA</p>
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Heikomman edun puolustaminen 		
<ul style="list-style-type: none"> - Hyötyjen ja haittojen tasapuolinen jakautuminen - Vaikeasti määriteltävissä - Yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys - Huonompiosaisten huomioiminen - Yhteiskunnallinen tavoite <ul style="list-style-type: none"> - Vähempiosaisten puolustaminen - Yhtäläinen mahdollisuus - Poliitikkojen tavoite - Terveydenhuollon resurssein tuettua 	<p style="text-align: center;">OIKEUDENMUKAISUUS</p> <p style="text-align: center;">TASA-ARVO</p>	<p style="text-align: center;">TAVOITTEELLINEN YHDENVERTAISUUS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Terveyserojen ja eriarvoisuuden vähentäminen - Ennaltaehkäisevään työhön panostaminen - Terveyden edellytysten luominen Terveydenhoitajien toteuttamaa - Perustana tieto kunatalaisten terveydentilasta - Eri tasojen toiminta - Laaja-alaista ja rajat ylittävää toimintaa - Toteuttaminen varmistetaan lain nojalla - Terveyteen panostaminen kaikkien hallinnon alojen valmistelussa ja päätöksenteossa - Tavoitteena myönteiset terveysvaikutukset - Keskeisinä arvoina terveys, terveyden ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy - Terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen 	<p style="text-align: center;">TERVEYDEN EDISTÄMINEN</p>	<p style="text-align: center;">TERVEYDEN EDELLYTYSTEN LUOMINEN</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Voimavara ja hyvinvoinnin tila - Perustavanlaatuisen arvo - Poliitikkojen haaste - Yhteiskunnallinen tavoite - Kulttuurin tuote 	<p style="text-align: center;">TERVEYS</p>	<p style="text-align: center;">TERVEYS</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Kärsimyksen lievittäminen - Vastuullisuus, kunnioittaminen, asiantuntijuus - Subjektiivinen oikeus <p style="text-align: center;">Kärsimyksettömyys</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oikeus kuolinapuun 	<p style="text-align: center;">HYVÄ HOITO</p> <p style="text-align: center;">HYVÄ KUOLEMA</p>	<p style="text-align: center;">OIKEUS KÄRSIMYKSETTÖMYYTEEN</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Hyödyllinen hoito - Vaikuttamattomien hoitojen 		

vähentäminen - Terveyshyötyjen maksimointi	VAIKUTTAVUUS →	TERVEYSHYÖTYJEN MAKSIMOINTI →
- Oikeus päätöksentekoon - Tiedonanto, tukeminen, kunnioittaminen →	ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS	MAHDOLLISTAVA PÄÄTÖKSENTEKO
Hoitohenkilökunnan Ammattitaito - Yhteiskunnan osallisuus - Yksilön osallisuus omaan terveyteen →	VASTUU →	JAETTU VASTUU →
- Työtovereiden kunnioittaminen ja tukeminen - Ammattietiikan osa-alue - Tiedon jakaminen →	KOLLEGIAALISUUS →	JAETTU AMMATILLINEN YHTEISÖLLISYYS