

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

Päätöksentekoprosessi valtakunnallisessa hankkeessa.
Mini-interventioprojekti.

Pro gradu -tutkielma
Suvi Mäklin
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Joulukuu 2005

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

MÄKLIN, SUVI: Päätöksentekoprosessi valtakunnallisessa hankkeessa. Mini-interventioprojekti.

Pro gradu -tutkielma, 63 sivua, 1 liitesivu.

Ohjaaja: Professori Juhani Lehto

Kansanterveystiede

Joulukuu 2005

Terveydenhuollon nykyiset rahoitusmekanismit kannustavat projektimuotoiseen toimintaan. Projektien määrän onkin ennakoitu kasvavan nykyisestään. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella erään hankkeen päätöksentekoa: miten hankkeen käynnistämisestä päätettiin valtakunnallisessa tasolla ja miten kunnat päättivät osallistua hankkeeseen. Tarkastelun kohteena oli valtakunnallinen mini-interventiohanke, joka käynnistyi syksyllä 2004. Hankkeen tavoitteena on lisätä alkoholin käytöstä kysymistä sekä suurkuluttajien lyhytneuvontaa perusterveydenhuollossa ja siten vähentää alkoholin aiheuttamia haittoja.

Aineisto koostui valtakunnallisen hankkeen ja siihen liittyneiden kuntien asiakirjoista (tiedotteet, pöytäkirjat, rahoitushakemus) sekä hankkeen päätöksentekoon tai toimeenpanoon osallistuneiden henkilöiden haastatteluista. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Analyysikehikkona oli Lammintakasen (2005) kehittämä päätöksenteon analyysin malli, jossa päätöksentekoprosessi jaetaan neljään eri vaiheeseen: poliittiseen ympäristöön, varsinaiseen päätökseen, päätöksentekoprosessiin sekä tuloksiin.

Poliittinen ympäristö, jossa päätös valtakunnallisen mini-interventiohankkeen käynnistämisestä tehtiin, oli alkoholipoliittisten muutosten leimaama. Samalla kansallinen terveysprojekti pyrki korostamaan ennaltaehkäisyä, perusterveydenhuollon toimivuutta ja kansalaisten omaa vastuuta terveydestään. *Päätös* perusteltiin lähes kaikissa kunnissa miltei samoilla sanoilla kuin valtakunnallisen hankkeen rahoitusanomuksessakin. Perustelut luokittelin viiteen eri luokkaan: laaja ja valtakunnallisesti merkittävä hanke, ajankohtainen ongelma, tutkitusti tehokas menetelmä, hankkeen tarjoama koulutus sekä taloudelliset perustelut. *Päätöksentekoprosessin* julkisuudessa oli toivomisen varaa. Ristiriitainen ja puutteellinen informaatio hankkeen valmistelujen etenemisestä johti ainakin yhden kunnan kieltäytymiseen hankkeesta. Valtakunnalliseen hankkeeseen osallistui ensimmäisenä vuonna vain 16 kuntaa, joista suurin osa rekrytoitiin henkilökohtaisten verkostojen kautta, eikä kaikkia kuntia lähestytty järjestelmällisesti. Hankkeelle asetetut tavoitteet ovat kunnianhimoisempia kuin todellisuudessa *odotetut tulokset*, jotka lisäksi vaihtelevat suuresti eri kuntien välillä. Tulosten mittaamiseen on valmistauduttu valtakunnallisella tasolla, mutta vain harvat kunnat arvioivat hankkeen onnistumista omalla kohdallaan.

Avainsanat: päätöksenteko, priorisointi, mini-interventio

SUMMARY

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Public Health

MÄKLIN, SUVI: Decision-making process in a national project. Brief intervention project.

Master's thesis, 63 pages, 1 page of appendix.

Supervisor: Professor Juhani Lehto

Public Health

December 2005

In Finnish health care there are many projects going on and the amount is predicted to increase. The main purpose of this thesis was to examine the decision-making process of a single project (in both the national and local level). The focus is on a national project for brief intervention which was launched in September 2004. The project aims at decreasing alcohol-related risks by increasing the brief intervention activity in primary health care.

The data included documents and interviews. The method used in analysing data was content analysis. As a framework I used the model for decision-making process analysis (Lammintakanen 2005). According to the model the analysis of decision-making process has four different phases: the analysis of political environment, the analysis of political decision, the analysis of decision-making process and its requirements and finally the analysis of policy outcomes.

The political environment in which the decision (to launch national brief intervention project) was made had two distinctive characters: the major changes in alcohol policy and the national project for health care emphasised the role of primary health care in preventive medicine. *The political decision* was made by using the same arguments both the national and local level. Arguments were in five categories: nationally important project, current problem, effective method, education provided and economical argument. The publicity required in *the decision-making process* was not achieved. The information received at the local level was partly incorrect. Most of the 16 cities participating in the project were recruited using personal contacts. No organised contacts to every city in Finland was made. The goals set for the project are highly ambitious. The actual *expected outcomes* are much more realistic. The outcomes will be measured at the national level.

Key words: decision-making, prioritisation, brief intervention

Sisällys

Johdanto	1
1 Mini-interventio osana alkoholin aiheuttamien haittojen ehkäisyä	3
1.1 Alkoholin aiheuttamat haitat ja niiden ehkäisy	3
1.1.1 Alkoholin kulutus ja siitä aiheutuvat haitat	3
1.1.2 Alkoholihaittojen preventio ja hoito	3
1.2 Mini-interventio	5
1.2.1 Mini-intervention toteutus	5
1.2.2 Mini-intervention vaikuttavuus	6
2 Mini-interventiohanke osana suomalaista alkoholipolitiikkaa	9
2.1 Alkoholipoliittinen kehitys	9
2.2 Ajankohtaiset alkoholipoliittiset asiakirjat ja hankkeet sekä niiden suhde mini-interventioon	12
2.3 Valtakunnallinen mini-interventiohanke	15
3 Päätöksenteko	17
3.1 Rationaalinen päätöksenteko	17
3.2 Rajoitettu rationaalisuus	19
3.3 Näyttöön perustuva päätöksenteko	20
3.4 Garbage can –malli	21
4 Priorisointi	23
4.1 Mitä on priorisointi?	23
4.2 Priorisointi prosessina	24
4.3 Eksplisiittinen ja implisiittinen priorisointi	26
5 Teoreettinen malli priorisointipäätösten tarkasteluun	27
6 Tutkimuksen tehtävä ja toteutus	31
6.1 Tutkimuskysymykset	31
6.2 Aineisto ja sen kerääminen	32
6.3 Analyysi	33
7 Tulokset	34
7.1 Päätöksenteon poliittinen ympäristö	34
7.1.1 Terveystieteiden tutkimusjärjestelmän taso	34
7.1.2 Aiemmat päätökset	35
7.1.3 Yhteiskunnassa esiintyvät ongelmat	36
7.2 Päätöksentekoprosessin edellytykset ja osalliset	37
7.3 Poliittinen päätös	39
7.3.1 Päätös	39
7.3.2 Kielteinen päätös	43
7.3.3 Toimeenpano	46
7.4 Prosessin tulosten arviointi	47
8 Pohdintaa	49

8.1	Päätöksentekoprosessista	49
8.2	Priorisoinnista	50
8.3	Jatkosta	53
Lähteet:		55
Liite:		64
	Haastattelurunko.	64

Johdanto

Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveydenhuollossa on pitkälti projektimuotoista toimintaa ja projektien määrän on ennakoitu jatkossa vain kasvavan. Perinteisesti projekti on perustettu silloin, kun on haluttu toteuttaa jokin muutos. Nykyiset projektitoimintaa tukevat rahoitusmekanismit houkuttelevat kuitenkin kehittämään jatkuvaluonteistakin työtä projekteina. Parhaimmillaan projekti tarjoaakin mahdollisuuden poiketa arkirutiineista ja kokeilla asioiden tekemistä toisin. Pahimmillaan projektin antia ei edes ehditä käsitellä uuden projektin alkaessa heti perään. (Seppänen-Järvelä 2004, 251-252,257; STM 2005a)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on lukuisia kehittämistä kaipaavia kohteita, eikä kaikista koskaan tule projektia. Eri vaihtoehtojen välillä tehdään valintoja, jokin asia priorisoidaan toisten edelle, kun päätetään mihin hankkeisiin rajallisia resursseja käytetään. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella sitä prosessia, minkä mukaan jokin idea etenee projektiksi. Näkökulma on nimenomaan päätöksentekoprosessin eri vaiheissa, joita tarkastelen Lammintakasen (2005) laatiman analyysimallin avulla. Tarkastelun kohteena voisi olla periaatteessa mikä tahansa projekti, mutta tässä tutkimuksessa kohteeksi on valittu valtakunnallinen mini-interventioprojekti ja sen päätöksenteko.

Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen tavoitteena on juurruttaa alkoholin suurkuluttajien lyhytneuvonta perusterveydenhuollon jokapäiväiseksi työkaluksi ja siten vähentää alkoholihaittoja (STM 2004a). Kolmivuotinen projekti käynnistyi syksyllä 2004 suurten alkoholipoliittisten muutosten jälkeen. Tutkimustulokset alkoholin suurkuluttajien lyhytneuvonnan, mini-intervention, vaikuttavuudesta ovat kuitenkin ristiriitaisia (esim. Poikolainen 2003; Seppä 1996; Andréasson ym. 2000; Emmen ym. 2004). Siitä huolimatta menetelmän käytön lisäämiseksi päätettiin käynnistää valtakunnallinen hanke. Mini-interventiohanke on mielenkiintoinen tutkimuksen kohde myös sen vuoksi, että siinä pyritään määräaikaisella hankkeella aikaansaamaan pysyvä muutos perusterveydenhuollon toimintamalleihin.

Raportti noudattaa perinteisen tutkimusraportin rakennetta. Aluksi tarkastelen tutkittavan projektin taustalla vaikuttavia ilmiötä aikaisemman kirjallisuuden kautta. Ensimmäisessä luvussa kartoitan niitä toimia, joilla alkoholin aiheuttamia haittoja pyritään ehkäisemään ja esittelen tarkemmin mini-interventiota eräänä tällaisena menetelmänä. Toisessa luvussa huomio kiinnittyy alkoholipolitiikan koko kenttään, josta tarkastelen paitsi nykyhetken tilannetta myös kehitystä ajassa. Kolmas ja neljäs luku käsittelevät tutkimuskysymyksen ja tulosten kannalta keskeistä päätöksenteon ja priorisoinnin kirjallisuutta, joiden jälkeen esittelen analyysin tukena käyttämäni päätöksentekoprosessin analyysimallin (Lammintakanen 2005). Kuudennessa luvussa tarkennan tutkimuskysymystä sekä esittelen aineistoni ja käyttämäni menetelmät. Seitsemännessä luvussa esittelen tutkimukseni tulokset. Viimeisessä luvussa pohdin tuloksia suhteessa aiempaan kirjallisuuteen ja esitän joitakin kysymyksiä, joita olisi jatkossa kiinnostavaa tarkastella.

1 Mini-interventio osana alkoholin aiheuttamien haittojen ehkäisyä

1.1 Alkoholin aiheuttamat haitat ja niiden ehkäisy

1.1.1 Alkoholin kulutus ja siitä aiheutuvat haitat

Päihdetilastollisen vuosikirjan (Stakes 2004) mukaan alkoholin ongelmakäyttäjät ovat edelleen suurin päihteiden käyttäjäryhmä Suomessa, vaikka muiden päihteiden käyttö sekä sekakäyttö ovatkin yleistyneet viime vuosikymmeninä. Vuonna 2004 alkoholin tilastoitu kulutus oli 8,2 litraa asukasta kohden, mikä on 6,5 prosenttia edellistä vuotta enemmän (STTV & Stakes 2004).

Vuonna 2003 alkoholisyihin, eli alkoholisairauksiin ja -myrkytyksiin, kuoli lähes 1300 työikäistä suomalaista. Määrä on kaksinkertainen verrattuna 1980-luvun alkupuoliskoon. Vuonna 2003 alkoholisyys oli toiseksi yleisin kuolinsyy työikäisillä: miehillä sepelvaltimotaudin ja naisilla rintasyövän jälkeen. Eniten alkoholiin kuolee 45 - 69 -vuotiaita miehiä. (Tilastokeskus 2003)

Kuolemien lisäksi alkoholin suurkulutus aiheuttaa myös runsaasti sairaalahoitoa vaativia sairauksia ja tapaturmia, työkyvyttömyyseläkkeitä sekä erilaisia sosiaalisia vaikeuksia, kuten perheväkivaltaa ja lasten huostaanottoja (Stakes 2002). Yhteiskunnalle alkoholista välittömästi aiheutuneiden kustannusten arvioitiin vuonna 2002 olleen 675 miljoonaa euroa ja välillisesti jopa yli 3 500 miljoonaa euroa (Stakes 2005,18). Välittömiksi kustannuksiksi lasketaan terveys- ja sosiaalikulujen lisäksi rikollisuuskontrollin, valvonnan, tutkimuksen sekä ehkäisevän päihdetyön osuudet. Alkoholin aiheuttamat haitat koskettavat siis yksilöiden itsensä ohella myös heidän lähiympäristöään sekä koko yhteiskuntaa.

1.1.2 Alkoholihaittojen preventio ja hoito

Primaaripreventio pyrkii ennaltaehkäisemään päihteiden käyttöä. Terveyskasvatus on keskeinen primaaripreventiivinen keino, joka voidaan

kohdistaa joko tiettyihin erityisryhmiin, kuten koululaisiin ja varusmiehiin, tai koko väestöön. Koska ennalta ei voida tunnistaa yksilöiden alttiutta alkoholihaittoihin, on koko väestöön kohdistuva tiedottaminen alkoholinkäytön riskirajoista erityisen tärkeää. Lapsiin ja nuoriin kohdistuvalla valistuksella puolestaan pyritään muuttamaan kulttuurisidonnaisia juomatapoja, mikä vähentäisi alkoholihaittoja tulevaisuudessa. (Sillanaukee ym. 1994, 671)

Suomessa terveydenhuollon osuus alkoholihaittojen osalta on keskittynyt pääosin tertiaaripreventioon. Terveydenhuollossa on hoidettu pääosin suurkulutuksen aiheuttamia somaattisia tai psyykkisiä oireita, eikä syyn, alkoholiriippuvuuden tai alkoholismin, hoitoon ole juurikaan panostettu. Syyksi tähän on esitetty muun muassa sitä, etteivät lääketieteen perinteiset hoitokeinot useinkaan tehoa alkoholismiin, eikä lääkäreillä ole selkeää toimintamallia tilanteeseen. (Sillanaukee ym. 1996, 1947-1948)

Primaari- ja tertiaariprevention väliin jäävä sekundaariprevention käsite, tarkoittaa sitä, että pyritään estämään jo syntyneen ongelman pahenemista. Tähän ryhmään kuuluvat suurkulutuksen¹ alkuvaiheissa olevat henkilöt, joille ei vielä ole ilmaantunut alkoholista johtuvia terveyshaittoja. 1990-luvulla toteutetun Lahti-projektin mukaan alkoholin suurkuluttajat ovat perusterveydenhuollossa hieman yliedustettuina. Tutkimuksessa havaittiin, että 20 prosenttia terveyskeskusten mies- ja 9 prosenttia naispotilaista on alkoholin suurkuluttajia. Vastaavat luvut olivat väestön osalta 16 prosenttia miehistä ja 13 prosenttia naisista. (Aalto 2001, 55-56) Mini-interventio pyrkii tavoittamaan perusterveydenhuollossa juuri tämän ryhmän sekä vaikuttamaan heidän alkoholinkäyttötapoihinsa.

¹ Suurkuluttaja on henkilö, jonka runsas alkoholinkulutus on terveysriski. Suurkulutuksen rajat miehillä ovat 24 annosta/viikko tai kertakulutuksena 7annosta. Naisilla vastaavat rajat ovat 16annosta/viikko tai 5annosta/kerta. (Seppä 2003c, 57)

1.2 *Mini-interventio*

1.2.1 Mini-intervention toteutus

Mini-interventio (engl. brief intervention) tarkoittaa periaatteessa mitä tahansa lyhytkestoista interventiota, mutta termi on vakiintunut tarkoittamaan alkoholin suurkuluttajan lyhytneuvontaa (Seppä 2003a, 64). Mini-interventio on sekundaaripreventiivinen menetelmä, joka koostuu useasta eri osasta. Ensimmäiseksi on tunnistettava suurkuluttaja, jotta neuvonta yleensä voidaan toteuttaa. Suurkuluttaja ei tiedä alkoholin yhteyttä omiin oireisiinsa, saattaa hävetä ongelmaansa eikä osaa itse ottaa aihetta puheeksi. Potilaan saapuessa ensimmäistä kertaa vastaanotolle, lääkäri tai hoitaja kysyy häneltä alkoholinkäytöstä. Muutaman kysymyksen on todettu useimmissa tapauksissa riittävän ja apuna voidaan käyttää strukturoituja kyselylomakkeita (esim. Maailman terveysjärjestön kehittämä AUDIT= alcohol use disorders identification test). Terveysthuollon ammattihenkilön suorittama haastattelu on edullinen diagnostinen keino, mutta tarvittaessa sen tukena voidaan käyttää tiettyjä laboratoriokokeita. (Seppä 2003b, 2508-2511)

Mikäli vastaanotolla havaitaan alkoholin runsasta kulutusta tai alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja, toteutetaan varsinainen neuvonta. Annettu tieto alkoholin terveysriskeistä suhteutetaan potilaan omaan terveydentilaan ja oireisiin, ja asetetaan mahdolliset tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Mini-intervention toteutuksessa on hallittava useita eri ulottuvuuksia. Taulukossa 1. esitellään lyhytneuvonnan tueksi kehitetty malli, RAAMIT. Ensinnäkin potilasta rohkaistaan ja hänelle annetaan tietoa alkoholista erityisesti suhteessa hänen omaan terveydentilaansa ja oireisiinsa. Potilasta tulisi auttaa päätöksessään, myötätuntoa osoittaen, mutta kuitenkin pitäen mielessä potilaan itsemäärämisoikeus sekä -vastuu. Lopulta potilaalle esitetään vaihtoehtoisia toimintatapoja ja annetaan ohjeita. (Seppä 1996, 1437-1438)

Taulukko 1. RAAMIT (engl. FRAMES)

Rohkeus
Alkoholitietous
Apu
Myötätunto
Itsemääräämisvastuu
Toimintaohjeet

(Seppä 2003b, 2511)

Lyhimmillään mini-interventio sisältää vain yhden käynnin ja kestää vain muutaman minuutin. Tällöin potilaalle annetaan kirjallista tietoa, johon hän voi itse tarkemmin tutustua. Käyntejä voi olla kuitenkin useampia, ja tällöin yksi käynti on useimmissa tutkimuksissa kestänyt 15-20 minuuttia. Toteutuksesta voi vastata joko lääkäri tai hoitaja; yleisesti käytetty malli on se, että intervention aloittaa lääkäri ja kontrollikäynneistä vastaa hoitaja. Mini-intervention tavoitteena ei useinkaan ole absolutismi, vaan kohtuukäyttö. (Seppä 1996, 1436)

1.2.2 Mini-intervention vaikuttavuus

Mini-interventiota on tutkittu melko paljon, niin meillä Suomessa kuin maailmallakin. Tutkimuksia on toteutettu sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Myös tutkimusten toteutustavat ovat vaihdelleet: potilaita on joko kutsuttu terveystarkastuksiin tai he ovat hakeutuneet itse vastaanotolle. Ongelmia niin mini-intervention käytännön toteutukseen kuin sen vaikuttavuuden tutkimiseenkin aiheuttavat monet eri tekijät.

Beich ym. (2003, 536-542) toteavat meta-analyysissään, että seulontaan perustuvien mini-interventiotutkimusten validiteetti on useimmiten kyseenalainen. He huomauttavat, että useimmissa tutkimuksissa vain joka neljäs seulonnassa tunnistettu suurkuluttaja kelpuutetaan mukaan

varsinaiseen interventioon, joten vain kaksi tai kolme henkilöä tuhannesta seulotusta potilaasta lopulta hyötyy interventiosta. Tutkimus kyseenalaistaakin järjestelmällisen seulonnan hyödyllisyyden, ja peräänkuuluttaa muita keinoja alkoholin suurkuluttajien tunnistamiseksi. Tutkijoiden asettamien kriteerien lisäksi myös potilaiden vapaaehtoisuus tai sen puute supistavat tutkittavien joukkoa. Esimerkiksi Lahdessa 1990-luvun alkupuolella perusterveydenhuollossa toteutetussa tutkimuksessa kaikille terveyskeskukseen saapuneille potilaille annettiin täytettäväksi kyselylomake terveystottumuksista. Suurkuluttajia tunnistettiin tämän perusteella yhteensä 1011 henkilöä, ja heistä vain noin puolet suostui osallistumaan mini-interventioon (Aalto 2001, 49-50).

Poikolaisen (1999) meta-analyysi tarkastelee mini-intervention vaikutusta perusterveydenhuollon ja väestön tasolla ja toteaa tulosten lyhytneuvonnan tehosta olevan ristiriitaisia. Hänen mukaansa mini-interventio tehoaa naisiin, ja vain jos se sisältää useamman kuin yhden neuvontakäynnin. Miesten osalta tulokset vaihtelevat tutkimusten välillä suuresti: kolmessa tutkimuksessa lyhytneuvonta vähensi miesten alkoholinkäyttöä, kun taas neljässä tutkimuksessa vähenemistä ei havaittu lainkaan. Poikolainen toteaaakin, että työmäärää lisäävänä ja potilaita hämmentävänä toimintatapana lyhytneuvonta häiritsee normaalia potilaan tutkimusta, eikä siten sovi perusterveydenhuoltoon (Poikolainen 2003, 2477). Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Emmen ym. (2004) katsauksessaan, jossa he tarkastelivat kahdeksaa sairaalaympäristössä toteutettua mini-interventiotutkimusta, joista vain yhdessä havaittiin merkitsevää muutosta alkoholin kulutuksessa. Seppä (1996, 1440) puolestaan näkee viidentoista eri tutkimuksen tulokset yhdensuuntaisesti mini-interventiota puoltavina: ”hoidon myötä alkoholin kulutus ja suurkuluttajien määrä vähenevät merkitsevästi”.

Mini-intervention tekemistä osana käytännön työtä estävät monesti henkilökunnan omat asenteet ja puutteellinen osaaminen. Aina ei koulutuksellakaan kuitenkaan saada aikaan haluttuja tuloksia; Andréassonin ym.(2000, 527-530) mukaan sekä lääkärit että hoitajat ottivat vain harvoin alkoholinkäytön puheeksi potilaiden kanssa, eikä projektin antama koulutus ja

tietopaketti lisänneet tätä aktiivisuutta. Sisä-Savon terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunnalle tehdyn kyselyn mukaan suurin este alkoholiprevention toteutumiseksi on henkilökunnan omien asenteiden lisäksi erityisesti se, että alkoholin käyttöä pidetään erityisen henkilökohtaisena asiana (Aira & Kotilainen 2004, 4257-42). Tanskassa toteutettiin 1990-luvun lopulla tutkimushanke, joka tarkasteli suurkuluttajien tunnistamista ja mini-interventiota osana käytännön työtä perusterveydenhuollossa. Hankkeeseen osallistuneet lääkärit kertoivat kokevansa alkoholin käytöstä kysymisen ja mini-intervention kiusalliseksi, aikaavieväksi sekä normaalia potilaskeskeistä työtä häiritseväksi. Kukaan ei halunnut suositella menetelmää muille lääkäreille ja vain yksi lääkäri (n=33) sanoi miettivänsä AUDIT -kyselylomakkeen käyttöä omalla vastaanotollaan jatkossa. (Beich ym. 2002, 872-873)

Tutkimustulokset mini-intervention vaikuttavuudesta ovatkin erittäin ristiriitaisia. Toisaalta menetelmää voidaan puolustaa sillä, että onnistuessaan se saa aikaan merkittäviä taloudellisia säästöjä. Lindholm (1998) osoittaa, että perusterveydenhuollossa annettu ohje vähentää juomista on kustannusvaikuttavaa, mikäli yksi prosentti potilaista vähentää pysyvästi juomistaan. Jos kymmenen prosenttia vähentää juomistaan, voidaan jo puhua voimavarojen säästöistä. Lindholmin tutkimuksessa mittarina on käytetty elinvuosia; elämänlaatua tai muutoksia tuottavuudessa ei ole huomioitu. Fleming ym. (2000,7) puolestaan laskevat, että kymmenen tuhannen dollarin panostus tuottaa yli viisinkertaisen hyödyn sairaalakustannusten, vältettyjen rikosten ja liikenneonnettomuuksien aikaansaamissa säästöissä mitattuna. Suomessa mini-intervention kustannusvaikuttavuutta ei ole tutkittu. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisemassa tiedotteessa (7.9.2004) valtakunnallisesta mini-interventiohankkeesta on kuitenkin arvioitu, että mini-intervention toteuttaminen yhdelle tyypillisen kokoiselle väestövastuuyksikölle (noin 2000 ihmiselle) maksaa noin 30 000 euroa. Yhtä paljon maksaa yhden komplisoituneen haimatulehduksen hoito, joita esiintyy keskimäärin yksi kahtatuhatta ihmistä kohti, joten jo yksi vältetty haimatulehdus tekee mini-interventiosta kannattavaa. Laskelmissa tulisi lisäksi huomioida juomisesta aiheutuvat muut menot, kuten tapaturmat, liikenneonnettomuudet sekä sosiaalikulut. (STM 2004a)

2 Mini-interventiohanke osana suomalaista alkoholipolitiikkaa

2.1 Alkoholipoliittinen kehitys

Valtio on säädellyt alkoholin saatavuutta Suomessa jo kauan. 1860-luvulla kiellettiin viinan kotipoltto, jonka jälkeen kontrolli tiukentui edelleen huipentuen lopulta kieltolakiin vuonna 1919. Kun kieltolaki viimein kumottiin 1930-luvulla, säädettiin kontrollin välineeksi väkijuomalaki. Väkijuomalain myötä syntyi ALKO, valtion omistama yhtiö, jolla oli monopoliasema paitsi alkoholijuomien vähittäis- ja tukkumyynissä, myös viennissä, tuonnissa ja alkoholijuomien valmistuksessa. Alkolla oli kuitenkin valta myöntää lupia alkoholijuomien valmistukseen ja myyntiin ravintoloissa, ja tätä mahdollisuutta käytettiinkin alusta alkaen. Ensimmäinen muutos Alkon monopoliasemaan tulikin vasta vuonna 1969, kun alkoholilakia muutettiin ja säädettiin uusi keskiolutlaki. Alkoholilain muutos salli Alkon myymälöiden sekä anniskeluravintoloiden avaamisen maaseutukunnissa. Samalla ostamisen ikäraja laskettiin kahdeksaentoista ikävuoteen mietojen ja kahteenkymmeneen ikävuoteen väkevien alkoholijuomien osalta. Lisäksi keskiolutlaki teki loven Alkon monopoliasemaan tuomalla keskioluen päivittäistavara- ja kahviloihin. Kaikki nämä muutokset lisäsivät alkoholin saatavuutta suuresti. (ks. esim. Karlsson & Österberg 2002, 144-145; Österberg 2003, 34-35)

Alkoholin kulutus kasvoi reilusti koko 1970-luvun ajan, erityisesti vuosikymmenen alkupuolella, mikä puolestaan johti alkoholipolitiikan tiukentumiseen. Ratkaisua tilanteeseen haettiin muun muassa perustamalla uusia Alkon myymälöitä entistä harvemmin, kieltämällä alkoholin mainonta ja tiukentamalla anniskelulupien myöntämisperusteita. Tämä kehityssuunta jatkui aina 1980-luvun puoliväliin saakka, jonka jälkeen alkoholikontrollia lievennettiin erinäisin toimin. Alkon myymälöiden lukumäärän kasvamisen lisäksi ravintoloissa vähennettiin asiakkaiden valvontaa. 1980-luvun lopulle saakka alkoholipolitiikkaa tehtiin vain kotimaisista lähtökohdista käsin, mutta 1990-luvun alku toi kansainvälisyyden merkittäväksi osaksi alkoholipolitiikkaa. (Österberg 2003, 35)

1990-luvun alku oli sosialistisen järjestelmän sortumisen ja Euroopan nopean yhdentymiskehityksen kaltaisten suurten yhteiskunnallisten muutosten aikaa. Suomikin haki Euroopan unionin jäsenyyttä, jolloin yksi suurimmista julkisen keskustelun kiistakysymyksistä olikin mahdollisuus rajoittaa jatkossa alkoholin kulutusta valtiollisin toimin (Österberg 2003, 36-37). Liittyessään Euroopan unionin jäseneksi vuonna 1995 Suomi ja Ruotsi saivat oikeuden rajoittaa matkustajien verotonta alkoholintuontia kahden vuoden ajan. Myöhemmin tätä oikeutta jatkettiin vuoden 2003 loppuun saakka, jonka jälkeen sekä Suomi että Ruotsi sitoutuivat ottamaan käyttöön unionin normaalit tuontikiintiöt. (Österberg 2002, 234-235)

Vuosi 2004 saikin alkoholipoliittisissa kirjoituksissa legendaarisen (Österberg 2003, 31) tai kohtalokkaan (Österberg 2002, 234) roolin. Tuontirajoitusten poistamisen lisäksi asian vakavuutta lisäsi se, että Viron tiedettiin liittyvän Euroopan unioniin toukokuussa 2004. Uhkatekijän Virosta teki paitsi maantieteellinen läheisyys myös huomattavasti Suomea halvempi alkoholin hintataso. Hintaerot perustuivat pääosin erilaiseen verotukseen, jota Viro ei ollut nostamassa sen enempää kuin Euroopan unionikaan verotuksen minimitasojaan. Österberg (2003, 32) toteaaakin, että valittavana oli vain huonoja alkoholipoliittisia vaihtoehtoja.

Tuontikiintiöiden asteittainen poistaminen ja verotuksen uudelleen arviointi eivät suinkaan olleet ainoita alkoholipoliittisesti merkittäviä käännteitä 1990-luvulla, vaan koko alkoholijärjestelmä oli sovitettava yhteen Euroopan unionin normien kanssa. Uusi alkoholilaki astui voimaan samana vuonna kuin Suomi liittyi Euroopan unioniin, ja käytännön vastuu alkoholipoliitikasta siirtyi sosiaali- ja terveysministeriölle, oltuaan jo vuodesta 1932 lähtien Alkolla. Päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta nostettiin keskeiseen asemaan ja sille annettiin tehtäväksi tehdä esitys kansalliseksi alkoholipoliittiseksi strategiaksi, kolmivuotisen ohjelman muodossa. Määräaikaista ohjelmia alkoholipoliitiikan keinona ei Suomessa aiemmin oltu laadittu, vaan Alkon pysyvä rooli alkoholi-asioiden suunnittelusta vastaavana tahona oli tehnyt toiminnastakin jatkuvampaa. Ensimmäisen alkoholiohjelman toimeenpanosuunnitelma ”Onks

tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi 1997-2000” (STM 1997) kohtasikin vaikeuksia vastuunkantamisen sekä työnjaon suhteen: päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunnan tehtäväksi annettiin vastata itse laatimansa ohjelman paitsi toimeenpanosta myös arvioinnista ja raportoinnista. Ohjelma sinänsä oli pyrkimys vastata muuttuvaan alkoholikulttuuriin siirtämällä alkoholipoliittisia ja ehkäisevän päihdetyön toimenpiteitä lähemmäs paikallista tasoa. Ohjelmasta tiedottaminen oli vähäistä, eri toimijatahot eivät sitoutuneet toimintaan riittävästi eikä paikallistason toimijoilla ollut tuolloin toimivaa yhteydenpitoverkostoa (Karlsson 2001). Ohjelman toimeenpanon epäonnistumisen on tulkittu heijastavan Suomen alkoholipoliittisen suunnittelun sekavaa tilaa 1990-luvun lopulla. (Tigerstedt & Karlsson 2003, 52-54)

Onks tietoo? –ohjelman päätyttyä vuonna 2000, antoi sosiaali- ja terveysministeriö päihde- ja raittiusasiainneuvottelukunnalle tehtäväksi ohjelman päivittämisen. Tehtävänantoa on kritisoitu (Tigerstedt & Karlsson 2003, 54) siitä, että se tyytyi edellisen epäonnistuneen ohjelman päivittämiseen, eikä tehnyt perusteellista uudelleenarviointia. Peruspalveluministeri Eva Biaudet asettikin ”Alkoholipolitiikka 2000” -työryhmän *”tuomaan suomalaiseen alkoholipolitiikkaan uusia aloitteita, ehdotuksia ja näkökulmia sekä miettimään siihen uusia, ihmisen itsensä ja hänen lähiympäristönsä vastuuta vahvistavia keinoja*” (STM 2002, 9). Puoli vuotta myöhemmin Biaudet’n vanhempainvapaan sijaisena toiminut Osmo Soininvaara asetti uuden työryhmän, ”2000-luvun alkoholiohjelma”. Näistä ensimmäistä on luonnehdittu jopa työtapaturmaksi (Tigerstedt 2002, 490), ja jälkimmäisen ryhmän loppuraportti ”2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta.” (STM 2001a) muodostikin konkreettisine toimenpide-ehdotuksineen uuden alkoholiohjelman perustan.

2000-luvun alkoholiohjelma näki alkoholipolitiikan kentän pirstoutuneen yhdestä suuresta kokonaisuudesta useaksi pienemmäksi ongelmaksi, samalla kun esimerkiksi huumausaineet ovat vieneet painoarvoa alkoholilta (STM 2001a, 10). Ohjelma korosti edeltäjästään poiketen julkisten palveluiden roolia alkoholiongelmien ehkäisyssä, mikä osaltaan kertoo painopisteen siirtymisestä

primaaripreventiivisestä kokonaiskulutuksen rajoittamisesta kohti sekundaaripreventiivista haittojen ehkäisyä (Tigerstedt & Karlsson 2003, 55). 2000-luvun alkoholiohjelma seuraakin WHO:n alkoholipoliittisen toimintaohjelman (2000-2005) jälkiä painottamalla haittojen ehkäisyä (Tigerstedt 2002,492).

Tigerstedt (2002, 490) kuvaakin 2000-luvun alun alkoholipoliittista suunnittelua jopa oikukkaaksi. Samalla hän huomauttaa (Tigerstedt 2002, 492), että tarkat analyysit ja tutkimukset alkoholin tuotannon, kaupan ja kulutuksen yhteiskunnallisista merkityksistä ovat jääneet lähes huomiotta 1990-luvun alun jälkeen asetetuissa alkoholipoliittisissa työryhmissä. Toisaalta alkoholipoliittisten ohjelmien valmistelua varjostaa se seikka, että näiden ohjelmien ja asiakirjojen poliittis-hallinnollinen asema on ollut epäselvä (Tigerstedt & Karlsson 2003, 50). Hahmottelen seuraavassa tämän hetken alkoholipoliittiset asiakirjat sekä niiden muodostaman kokonaisuuden. Lisäksi pyrin asettaman valtakunnallisen mini-interventiohankkeen tälle kentälle.

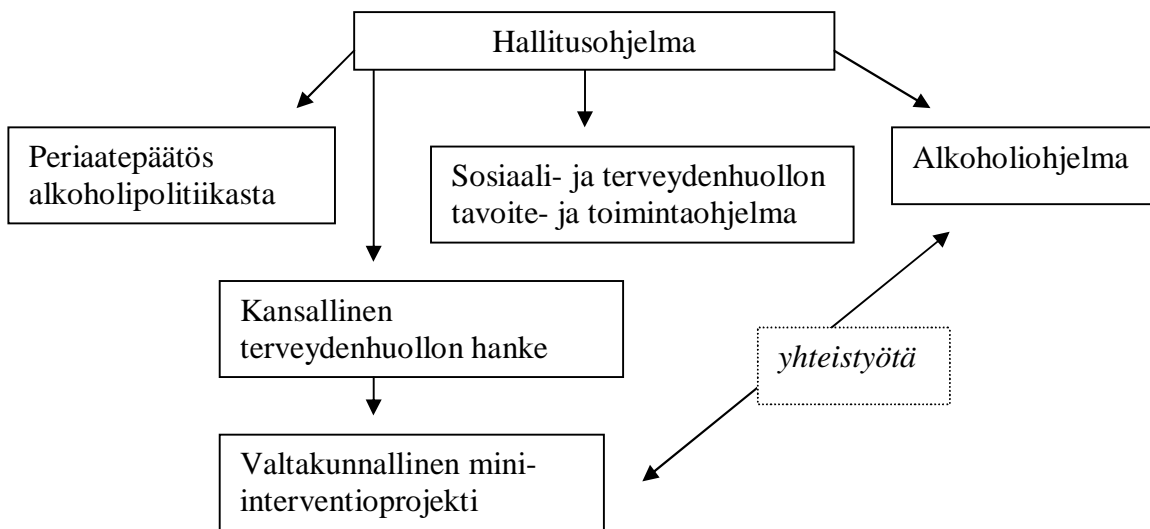
2.2 Ajankohtaiset alkoholipoliittiset asiakirjat ja hankkeet sekä niiden suhde mini-interventioon

Tämänhetkistä alkoholipolitiikkaa Suomessa linjaa valtioneuvoston syksyllä 2003 tekemä periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista (STM 2003a), ensimmäinen laatuaan Suomen historiassa (Hyssälä 2003). Periaatepäätös määrittelee alkoholipolitiikan yleiseksi tavoitteeksi alkoholista aiheutuvien haittojen vähentämisen. Lisäksi päätöksessä on eritelty kolme muuta tavoitetta:

- Alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi.
- Alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi.
- Alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun.

Hallitusohjelmassaan (2003) hallitus lupasi periaatepäätöksen laatimisen lisäksi käynnistää alkoholihaittojen ehkäisyyn keskittyvän ohjelman

yhteistyössä kuntien, järjestöjen sekä elinkeinoelämän kanssa (Alkoholiohjelma 2004-2007). Näiden lisäksi alkoholihaittojen ehkäisyä käsitellään lukuisissa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimissa ohjelmissa ja hankkeissa, mutta monissa merkittävässä asiakirjoissa aihe on jätetty vähälle huomiolle. Kuvioon 1 on koottu tässä esitellyt asiakirjat ja niiden keskinäiset suhteet.



Kuvio 1. Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeiden ja ohjelmien väliset suhteet.

Alkoholiohjelma 2004-2007 (STM 2004b) linjaa alkoholipolitiikan tärkeimpiä tavoitteita ja suosittelee toimintamalleja. Se on ennen kaikkea yhteistyöprojekti, joka pyrkii suunnittelemaan ja koordinoimaan eri tahojen (kunnat, järjestöt) toteuttamaa työtä alkoholihaittojen ehkäisemiseksi sekä kokoamaan toimijoita yhteen. Ohjelma määrittelee yhdeksi tavoitteeksi pitkäaikaisen riskikäytön aiheuttamien haittojen ehkäisyn, ja suosittelee toimintamuodoksi varhaista puuttumista ja neuvontaa. Mini-interventiotoiminnan kehittäminen sekä sen vakiinnuttaminen osaksi perusterveydenhuoltoa mainitaan tärkeänä tavoitteena. Alkoholiohjelman rahoitus on kuitenkin vaatimatonta, eikä se voi avustaa kumppaneitaan rahallisesti. Valtion vuoden 2003 lisätalousarviossa osoitettiin kertaluonteisena eränä miljoona euroa alkoholiohjelman toimeenpanoon vuosina 2003–2005.

Summa on suunniteltu käytettäväksi alkoholiohjelman kumppaneiden toimintaa tukevan aineiston hankkimiseen ja tuottamiseen, valtakunnallisten ja alueellisten tilaisuuksien järjestämiseen sekä koordinaatiokuluihin. (STM 2005b)

Syksyllä 2001 käynnistettiin *kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. Hankkeen ensisijaisena tavoitteena on terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen erityisesti hoidon saatavuuden ja laadun näkökulmista. Vuoden 2002 lopulla laaditussa terveydenhuollon hankkeen toimeenpanosuunnitelmassa terveyden edistämisen ja ehkäisevän terveydenhuollon osatavoitteeksi asetetaan päihteiden käytön väheneminen sekä niiden käytöstä aiheutuvan terveyspalvelujärjestelmän kuormituksen väheneminen (STM 2002b). Syksyllä 2004 on valtakunnallinen mini-interventioprojekti liitetty tähän kohtaan yhdessä Alkoholiohjelman ja valtioneuvoston periaatepäätöksen alkoholihaittojen ehkäisemiseksi kanssa (STM 2004c).

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007 (STM 2003b) rooli on tarkentaa hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita. Tavoite- ja toimintaohjelma (myöh. TATO) on lakisääteinen suunnitteluasiakirja, joka esittää kunnille suosituksia joiden tarkoitus on tukea kuntien omaa toimintaa. TATO:ssakin (STM 2003b, 9) todetaan, että ”terveydentilan yleiseen kehitykseen liittyy myös haasteita ja uhkia, joista esimerkkeinä väestön ylipainoisuus ja lisääntyvä alkoholin käyttö”. Lisäksi kansainvälisistä haasteista ohjelma nostaa esiin alkoholin kulutuksen mahdollisen lisääntymisen alkoholiveron alentamisen ja tuontirajoitusten poistumisen seurauksena. Tähän mahdolliseen kehitykseen pyritään varautumaan erityisesti alkoholipolitiikkaa linjaavalla valtioneuvoston periaatepäätöksellä. TATO:ssa todetaan melko laveasti, että läänien, kuntien ja lähiyhteisöjen mahdollisuuksia säädellä ja vaikuttaa paikallisiin alkoholioloihin lisätään. *Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitu kehittäminen* otsikon alle on nostettu päihdetyö omaksi kokonaisuudekseen. TATO linjaa tässä tavoitteeksi varhaisen puuttumisen alkoholinkäytön ongelmiin, ja korostaa mini-intervention vakiinnuttamista osaksi perusterveydenhuoltoa

yhtenä varhaisen puuttumisen menetelmänä. Vaikka päihdetyötä koskevassa luvussa mainitaan jopa kahteen kertaan, että varhainen puuttuminen alkoholinkäytön ongelmiin vakiinnutetaan osaksi perusterveydenhuoltoa, ei varhaista puuttumista sen enempää kuin mini-interventiotakaan ole nostettu mukaan varsinaisiin toimenpidesuosituksiin. (STM 2003b)

Suomen terveyden edistämispolitiikkaa linjaa *Terveys 2015 - kansanterveysohjelma*. Alkoholien merkittävä asema suomalaisten terveyttä uhkaavana tekijänä ei kuitenkaan ohjelmassa näy. Ohjelma asettaa tavoitteeksi, että nuorten alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa. Työikäisten terveyden yhteydessä alkoholi ja sen aiheuttamat ongelmat nostetaan esiin vain nuorten aikuisten miesten tapaturmien ja väkivaltaisuuksien kohdalla. Lisäksi huomioidaan alkoholielinkeinojen sääntelyn mahdollisuus terveyden edistämiseksi. Varhaisen puuttumisen merkitystä päihdekysymyksissä ohjelma ei korosta. (STM 2001b)

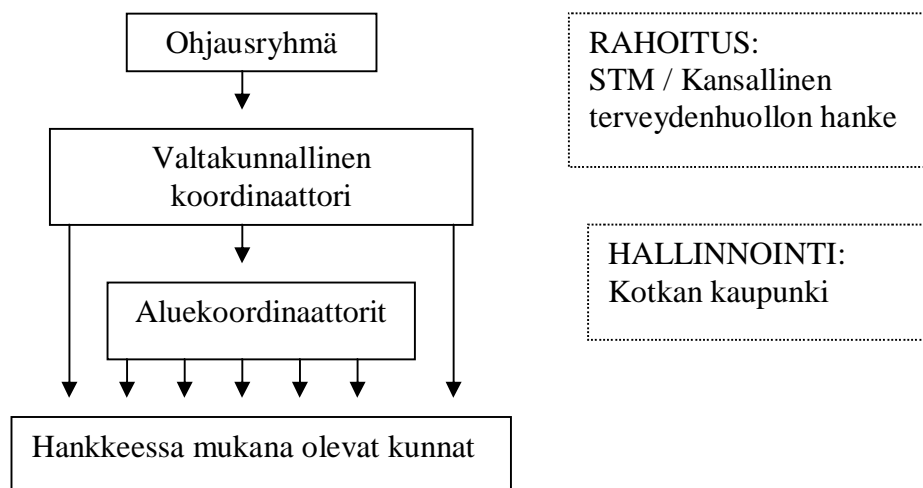
Syyskuussa 2004 annetussa *valtioneuvoston asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista* 7§ toteaa, että vuosina 2005 ja 2006 kehittämishankkeisiin tarkoitettua valtionavustuksesta lääninhallitusten tulee suunnata pääosa sosiaalialan kehittämishankkeen mukaisiin hankkeisiin sekä alkoholiohjelman toimeenpanoon. Lisäksi asetuksen 11 §:ssä mainitaan, että valtionavustusta voidaan myöntää mm. sellaisille hankkeille, joiden sisältönä on alkoholin riskikulutuksen aiheuttamien haittojen vähentäminen varhaisen puuttumisen menetelmin. (Valtioneuvosto 2004)

2.3 Valtakunnallinen mini-interventiohanke

Syksyllä 2004 käynnistettiin valtakunnallinen mini-interventiohanke, jonka tavoitteena on tehdä alkoholin käytön kysymisestä ja mini-interventiosta osa terveydenhuollon rutiinitoimintaa, jonka sekä henkilöstö että palvelujen käyttäjät hyväksyvät. Lyhyen aikavälin tavoitteena on lisätä terveydenhuollon henkilöstön tietoa alkoholin käytön arvioinnista ja mini-interventiosta. Hanke

toteutetaan vuosina 2004-2006 osana kansallista terveysprojektia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a)

Hankkeella on oma ohjausryhmä, jossa on edustajia sosiaali- ja terveysministeriöstä, Kuntaliitosta, Päihdelääketieteen yhdistyksestä, yliopistoista, lääninhallituksista, hankkeeseen osallistuvasta kunnasta, Terveiden edistämisen keskukselta sekä Stakesista. Käytännön toteutuksesta vastaa valtakunnallinen koordinaattori (professori Kaija Seppä, Tampereen yliopisto) sekä hänen kouluttamansa alueelliset koordinaattorit. Koordinaattorit kouluttavat ja kannustavat perusterveydenhuollon henkilöstöä tekemään mini-interventiota. Lisäksi heidän tehtävänsä on tiedottaa alkoholisioista väestötasolla: tavoitteena luoda yleinen ilmapiiri sellaiseksi, että alkoholihaitoista on helpompi keskustella. Vaikka hanke on sosiaali- ja terveysministeriön koordinoima, vastaa sen hallinnoinnista Kotkan kaupunki. Järjestely takaa sen, että projektille voitiin hakea rahoitusta terveysprojektin varoista. (emt.)



Kuvio 2. Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen organisaatio.

Kustannusarvio koko valtakunnalliselle hankkeelle vuosille 2004-2006 on 1 887 000 euroa, joka kertyy pääosin henkilöstömenoista, mutta myös erilaisista toimisto-, matkustus- ja koulutuskuluista (Kotkan kaupunki 2004). Projektille myönnettiin 629 000 euroa vuonna 2004 ja 634 000 euroa vuonna 2005

kansallisen terveydenhuollon hankkeen mukaisille kehittämishankkeille tarkoitetuista varoista (STM 2004d ja STM 2005c). Kansallinen terveyshanke edellyttää rahoittamiltaan projekteilta yleensä kuntien omaakin rahoitusta. Mini-interventiohankkeeseen osallistuneilta kunnilta edellytetään vain laskennallista panostusta, joka muodostuu henkilöstön mini-interventioon käyttämästä ajasta osana työtään. Oleellisena osana hanketta henkilöstön tulee voida irrottautua normaaleista työruutiineistaan projektin koulutuksiin ja palavereihin. Lisäksi kunnalta odotetaan pienimuotoista panostusta aluekoordinaattorien työtilojen ja materiaalikulujen osalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a)

3 Päätöksenteko

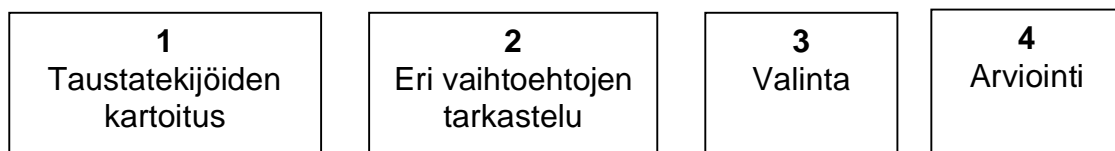
3.1 *Rationaalinen päätöksenteko*

Päätöksenteko on valintojen ja ratkaisujen tekemistä. Hallintotieteellisesti tarkasteltuna päätöksenteko edustaa hallinnon prosessuaalista näkökulmaa. Päätöksistä suurin osa perustuu aiemmin tehtyihin päätöksiin, mikä korostaa päätöksenteon prosessinomaisuutta ja jatkuvuutta. Tehdyt päätökset myös synnyttävät uusia päätöksiä sekä päätöksenteon tarpeita. (Salminen 1993, 75)

Päätöksenteko voidaan Salmisen (1993) mukaan jakaa kolmeen eri strategiaan: rationaaliseen, inkrementaaliseen ja mixed-scanning-lähestymistapaan. Näistä rationaalinen strategia korostaa päätöksenteon päämääräkeskeisyyttä ja tavoitteellisuutta. Rationaalinen päätöksenteko asettaa ensin tavoitteet ja etsii sitten keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Inkrementaalinen päätöksenteko puolestaan on jaksottaista. Tavoitteita tarkastetaan ja muotoillaan uudelleen, ja päätöksiä tehdään askel askeleelta niihin sovittaen. Inkrementaalinen päätöksenteko etsii kompromisseja ja kaikkia osapuolia tyydyttäviä ratkaisuja, sekä pyrkii välttämään ongelmatilanteita. Poliittis-hallinnollisen päätöksenteon voisikin katsoa olevan inkrementaalista. Mixed-scanning-lähestymistapa päätöksentekoon on edellä mainittujen strategioiden yhdistelmä. Se pyrkii erottamaan tavoitteelliset ja pitkän tähtäimen peruspäätökset sekä niiden puitteissa tehdyt rajoitetut

päätökset. Mixed scanning –strategian tavoitteena on siten välttää niitä ongelmia ja puutteita, joita sekä rationaalinen että inkrementaalinen päätöksenteko pitää sisällään. (Salminen 1993, 76-78)

Päätöksentekoa on lähes mahdoton tarkastella huomioimatta Herbert A. Simonin (1979) päätöksentekoteoriaa, jonka mukaan hallinnollinen päätöksenteko voidaan jakaa neljään vaiheeseen (kuvio 3). Ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan taloudelliset, poliittiset sekä sosiaaliset taustatekijät, jotka vaikuttavat päätöksentekoon. Toisessa vaiheessa tarkastellaan vaihtoehtoisia toimintamalleja. Kolmannessa vaiheessa tehdään varsinainen valinta eri vaihtoehtojen välillä ja neljännessä vaiheessa evaluoidaan tehtyjä päätöksiä sekä päätöksenteon toimeenpanoa.



Kuvio 3. Päätöksentekoprosessi Simonin (1979) mukaan

Simonin päätöksentekoteoria korostaa päätöksentekijän käyttäytymistä nimenomaan valintatilanteessa. Huomio kiinnitetään toimintaa edeltävään valintaan, toisin sanoen sen määrittelemiseen, mitä pitäisi tehdä. Valinta ei tarkoita välttämättä tietoista tai tarkoituksellista prosessia, vaan sitä todellisuutta, että yksilön valitessa jonkun tietyn vaihtoehdon, hän jättää valitsematta joukon muita. Toisissa tapauksissa valinta tapahtuu pitkällisen harkinnan ja suunnittelun tuloksena, toisissa rutiininomaisesti esimerkiksi aiempien päätösten perusteella. Rationaalista päätöksenteko on, kun valitaan useista tarjolla olevista vaihtoehdoista se, joka parhaiten johtaa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Asetetut tavoitteet puolestaan ovat usein vain välineitä korkeampien päämäärien saavuttamiseksi. Päätöksenteon rationaalisuus määrittyy siis suhteessa tavoitteisiin. (Simon 1979, 45-47;100-101; Simon 1997, 72-73)

3.2 Rajoitettu rationaalisuus

Päätöksenteon rationaalisuuteen vaikuttaa ennen kaikkea päätöksentekijä. Yksilö pyrkii toki tekemään rationaalisia valintoja, mutta tekee ne omien kykyjensä ja käytössään olevan informaation puitteissa. Tästä Simon käyttää termiä rajoitettu rationaalisuus (Simon 1979, 78-80).

Päätöksentekijä ei ole juuri koskaan riittävän monen eri alan asiantuntija, voidakseen ottaa huomioon kaiken päätöksenteon kannalta relevantin informaation. Päätöksentekijän rationaalisuus edellyttää täydellistä tietoa kunkin eri valintavaihtoehdon mahdollisista seurauksista, mikä ei ole käytännössä mahdollista. Kaikkia vaihtoehtoja ei voida arvottaa etukäteen täydellisesti eikä kaikkia vaihtoehtoja pystytä ennakoimaan. Lisäksi valittavana on rajallinen määrä eri vaihtoehtoja: vain osa vaihtoehtoista tulee mieleen eivätkä kaikki vaihtoehdot edes ole realistisesti toteutettavissa esimerkiksi poliittisen ilmapiirin vuoksi. Yksittäisen henkilön onkin omassa toiminnassaan vaikea saavuttaa kovinkaan suurta rationaalisuuden astetta. (Simon 1979, 117;119-122)

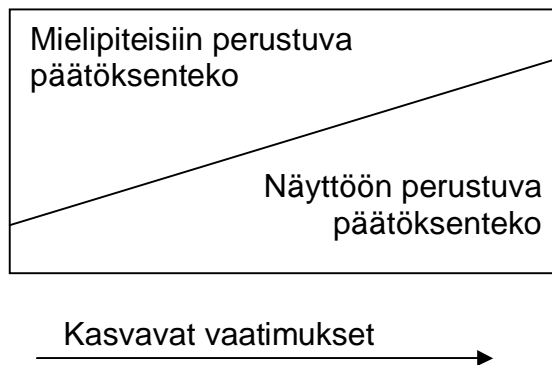
Tarkasteltaessa päätöksentekoa tulee huomioida rationaalisuuden rajoittuneisuuden lisäksi myös tavoite-keino -ajattelun ongelmat käytännön tilanteissa. Ensinnäkin ne tavoitteet ja päämäärät, jotka valitun vaihtoehdon avulla tulisi saavuttaa, saattavat olla väärin tai huonosti muotoiltuja. Tämä johtuu usein siitä, ettei päätöksentekovaiheessa ole huomioitu riittävästi vaihtoehtoisia päämääriä. Toiseksi tietyt keinot saattavat aiheuttaa toivottujen lisäksi monia ei-toivottuja seurauksia; esimerkiksi huumetestien osalta käyty keskustelu yksilönsuojasta on osin jättänyt varjoonsa huumeiden käytön aiheuttamat haitat. Kolmanneksi ajan merkitys tavoitteiden määrittelyssä jää usein unohduksiin. On huomioitava se, mistä muista tavoitteista luovutaan tiettyinä ajankohtana, jolloin tavoite pyritään saavuttamaan, mutta myös se, miten tietyn tavoitteen saavuttaminen vaikuttaa muihin tavoitteisiin jonain muuna ajankohtana. (Simon 1979, 103-105)

3.3 Näyttöön perustuva päätöksenteko

Rationaalisuuden rajoituksia pyritään kiertämään monin eri tavoin. Esimerkiksi lääketieteessä esiintyy vahvasti vaatimus, että päätökset tehdään tieteellisiin tutkimustuloksiin perustuen. Tällöin pyritään takaamaan, että päätöksentekijällä on käytettävissään riittävä informaatio eri hoitovaihtoehdoista ja niiden seurauksista.

Näyttöön perustuvalla *hoidolla* tarkoitetaan oman ammatillisen kokemuksen ja osaamisen yhdistämistä parhaaseen saatavissa olevaan tutkimukselliseen näyttöön (Salaspuro 2003,91). Näyttöön perustuva *lääketiede* voidaan ja se tulisikin ymmärtää ainakin kahdella eri tavalla. Yleisesti käytetty määritelmä sisältää ajatuksen, että yksittäisen potilaan hoitoon liittyvät lääketieteelliset päätökset perustuvat uusimpaan ja laadukkaimpaan tieteelliseen tietoon. Tämä on vain osa näyttöön perustuvasta lääketieteestä, ja toisen puolen muodostavat näyttöön perustuvat ohjeet ja suositukset (esim. Suomessa Käypä Hoito –suositukset). Eddy (2005) mukaan nämä kaksi lähestymistapaa tuleekin integroida ja molemmat tulisi huomioida näyttöön perustuvan lääketieteen määritelmässä. Sekä ohjeissa että yksittäisissä hoitopäätöksissä on kuitenkin sama tavoite; lisätä potilaiden saaman hoidon perustumista näyttöön. Näyttöön perustuva lääketiede on siis sarja periaatteita ja metodeja, joiden tarkoitus on varmistaa, että lääketieteelliset päätökset, ohjeet ja muut politiikat ovat yhdensuuntaisia tieteellisen näytön kanssa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ja hyödystä. (Eddy 2005, 9-18)

Grayn (1999,1) mukaan resurssien rajallisuuden tuomat paineet siirtävät jatkossa painopistettä yhä enemmän kohti näyttöön perustuvaa päätöksentekoa koko terveydenhuollon alalla (kuvio 4). Arvoihin ja mielipiteisiin perustuva päätöksenteko vähenee: päätösten perustelemiseksi vaaditaan tutkittua tietoa, samalla kun päätöksenteon eksplisiittisyyden ja julkisuuden vaatimukset kasvavat. Arvojen merkitys toki pysyy edelleen suurena erityisesti terveystieteellisessä päätöksenteossa, vaikka näytön vaatimus kasvaakin (emt, 10).



Kuvio 4. Päätöksenteon perusteiden muuttuminen Grayn (1999,1) mukaan

Terveydenhuollon päätöksenteko on usein keskittynyt vain kustannusten ja laadun vertailuun, eli siihen, että *asiat tehdään oikein*, sen sijaan että *tehtäisiin oikeita asioita*. Väestön ikääntyminen, uusi teknologia, sekä potilaiden ja professioiden kasvaneet odotukset lisäävät kaikki osaltaan painetta rajallisten resurssien parhaaseen mahdolliseen käyttöön. Päätöksentekijöiden vaativana tehtävänä onkin tuottaa korkein mahdollinen terveyshyöty pienimmillä mahdollisilla riskeillä ja kustannuksilla. Tavoitellussa terveydenhuollossa kaikki käytetyt hoitomenetelmät ovat vaikuttavimpia mahdollisia tietyille potilasryhmälle, eikä tehottomia interventioita käytetä. Terveydenhuolto on kuitenkin vain yksi ihmisten terveyteen vaikuttava osa-alue; perimä, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö sekä elämäntavat ovat kaikki kokonaisuuden osia. Näin ollen edes terveydenhuollon ideaalitalanteen toteutuminen ei takaa väestön terveydentilan optimitasoa, muttei myöskään laske vaatimustasoa, päinvastoin. (emt. 3-7;12-13)

3.4 Garbage can –malli

Rationaalisuuden ja sen rajoitusten ohella päätöksentekoa voidaan tarkastella myös niin sanotun garbage can -mallin mukaisesti. Tällöin lähtökohtana on organisaatio tai päätöksentekotilanne, jonka anarkistista rakennetta määrittää kolme eri ominaisuutta. Ensinnäkin näkemykset ja tavoitteet ovat huonosti määritelty kokoelma ideoita, eikä järjestelmällistä rakennetta ole olemassa.

Toiminta ei etene ennalta asetettujen tavoitteiden suuntaisesti, vaan sopivia tavoitteita pikemminkin löydetään toiminnasta. Toiseksi oman toiminnan ymmärrys organisaation sisällä on heikkoa. Kolmanneksi henkilöstön osallistuminen vaihtelee suuresti ajassa ja eri henkilöiden välillä, mikä aiheuttaa epäloogisuutta päätöksentekoon. (Cohen ym. 1972, 1)

Garbage can -mallissa päätöksenteko nähdään valintatilanteena, jossa "roskalaatikkoon" heitetään lukuisia eri ongelmia ja ratkaisuja, joita päätöksentekoon osallistujat luovat. Yhden laatikon sisältö riippuu siitä, millaisia laatikkoja on saatavilla samanaikaisesti ja millaista "roskaa" parhaillaan tuotetaan sekä siitä, miten nopeasti roskalaatikko tyhjennetään. Mallissa huomioidaankin organisaation ongelmien monimutkainen verkosto, ratkaisujen tuottaminen ja eri valintavaihtoehdot. (Cohen ym. 1972,2)

Simonin (1979) mukaan päätöksentekoprosessi etenee järjestelmällisesti taustatekijöiden kartoituksesta eri vaihtoehtojen tarkasteluun ja lopulta valintaan. Garbage can -tyyppiseen päätökseen vaikuttavat tekijät ovat suurelta osin samat: ongelmat, ratkaisut, osalliset sekä valintavaihtoehdot. Näitä tekijöitä voidaan kuitenkin tarkastella toisistaan erillisinä, ei toisiaan seuraavina osa-alueina. Lopullinen päätös onkin vain yksi mahdollinen tapa tulkita eri vaihtoehtoja näistä kaikista tekijöistä. Garbage can -malli ei ole paras mahdollinen tapa ratkaista ongelmia, mutta se mahdollistaa valintojen tekemisen tilanteessa, jossa organisaatio ei kykene jostain syystä toimimaan järjestelmällisesti. (Cohen ym. 1972, 2;16)

4 Priorisointi

4.1 Mitä on priorisointi?

Priorisoinnilla² tarkoitetaan asioiden laittamista tärkeysjärjestykseen. Terveydenhuollossa tämä tarkoittaa sitä, että jotkin hoidot, sairaudet, potilaat tai potilasryhmät asetetaan etusijalle muihin nähden. Rajallisten resurssien ja palvelujen kysynnän välisen epäsuhdan takia terveydenhuollossa joudutaan käytännössä aina priorisoimaan. (Vuorenkoski ym. 2004, 427)

Priorisointi onkin parhaimmillaan joukko perusteltuja valintoja, joiden perusteet ovat samaan aikaan niin lääketieteellisiä ja taloudellisia kuin eettisiä ja oikeudenmukaisiakin (Tohmo & Pahlman 2003, 425). Priorisointi voidaan jakaa myös horisontaaliseen ja vertikaaliseen: Horisontaalisella tarkoitetaan sairauksien välistä ja vertikaalisella samaan sairauteen käytettävissä olevien eri hoitomuotojen välistä priorisointia (Ham 1997, 50).

Käytännössä priorisointia tehdään terveydenhuollon kaikilla tasoilla; valtionhallinnossa, sairaanhoitopiireissä, kunnissa, terveyskeskuksissa ja vastaanotoilla. Makrotasolla, eli valtionhallinnossa, tehdään priorisoinnin laajat, valtakunnalliset linjaukset. Kunnat, sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset edustavat mesotasoa, joka päätöksiä tehdessään tukeutuu makrotason linjanvetoihin. Mikrotasolla yksittäinen lääkäri tekee päätöksensä potilaan hoidosta tai hoitamatta jättämisestä. Makro- ja mesotason päätökset ohjaavat lääkäreitä, mutta mikrotason kliininen päätöksenteko on ainoa taso, jolla voidaan huomioida tapausten yksilöllisyys. (Vuorenkoski ym. 2004, 428; Klein ym. 1996,9)

² Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään kolmea eri käsitettä kuvaamaan saman asian eri vivahteita: priority setting, rationing, resource allocation. Kleinin ym. (1996, 7-8) mukaan englanninkielinen termi rationing tarkoittaa prosessia, jonka mukaan resurssit jaetaan yksilöille palvelun tai hankkeen muodossa. Priority setting puolestaan tarkoittaa budjetin ja sen jaon määrittelemistä, johon sisältyy päätökset siitä kuka saa mitään. New (1996, 1593) rajaa käsitteen rationing (suom. säännöstely) tarkoittamaan yksittäisiä tapauksia, kun taas priority setting (priorisointi) tarkoittaa palveluita tai potilasryhmiä. New'n mukaan säännöstelyssä päätös on usein teknisempi ja perustuu vaikuttavuuteen, arvojen painottuessa priorisoinnissa enemmän.

Itse käytän tässä tutkielmassa pääasiassa suomenkielisessä kirjallisuudessa muutenkin vakiintunutta käsitettä priorisointi.

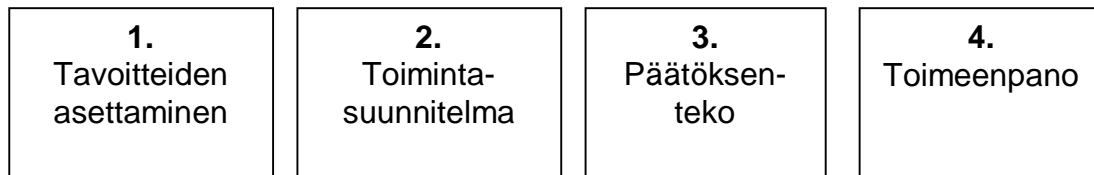
Priorisoinnilla on aina myös toinen puoli: kun priorisoidaan jotain, posterisoidaan jotain toista. Simonin (1979,78) mukaan hallinnollisen käyttäytymisen yleisenä tavoitteena tulisi pitää tehokkuusperiaatetta: samat kustannukset aiheuttavista vaihtoehdoista tulisi valita parhaiten tavoitteet toteuttava ja samaan lopputulokseen johtavista vaihtoehdoista tulisi valita vähiten kustannuksia aiheuttava. Julkisilla varoilla toimivan terveydenhuollon tulisi muiden tavoitteidensa ohella varmistua siitä, että voimavarat käytetään parhaalla mahdollisella tavalla. Terveystaloustieteen yksi keskeisimmistä käsitteistä onkin vaihtoehtokustannus. Voimavarojen käyttäminen tietyllä tavalla tarkoittaa samalla sitä, ettei niitä voida käyttää toisella, vaihtoehtoisella tavalla. Vaihtoehtokustannus mittaa sitä hyötyä, joka menetetään, jos voimavaroja ei käytetä parhaalla mahdollisella tavalla. (Sintonen ym. 1997, 20)

Priorisointi on nähty myös terveydenhuollon kasvun tietoisena hallintana. Lääketiede ja terveysteknologia kehittävät jatkuvasti uusia hoitomuotoja, jotka useimmiten ovat entisiä keinoja kalliimpia. Rajallisia resursseja pyritään siten ohjaamaan vaikuttaviin tutkimuksiin ja hoitoihin, ja vastaavasti vähennetään vaikuttavuudeltaan vähäisimpien hoitojen käyttöä. Taloudellinen vaikuttavuus on kuitenkin vain yksi terveydenhuollon keskeisimmistä tavoitteista, toisesta näkökulmasta tavoitteeksi voidaan asettaa kansalaisten välinen tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 237)

4.2 Priorisointi prosessina

Garpenby (2003) määrittelee priorisoinnin nelivaiheiseksi prosessiksi (kuvio 5.; vrt. Simonin päätöksentekomalli, kuvio 3.). Ensimmäisenä vaiheena on agendan määrittely sekä tavoitteiden asettaminen. Tämän jälkeen muotoillaan varsinainen toiminta-ohjelma (*policy*), jonka laatimiseksi tarkastellaan useita eri vaihtoehtoja. Kolmantena vaiheena prosessissa on päätöksenteko ja viimeisenä päätöksen toimeenpano sekä laaditun ohjelman toteuttaminen. Ensimmäinen vaihe on usein laiminlyöty tai tavoitteita käsitellään hyvin pintapuolisesti, mikä johtaa ongelmiin myöhemmin. Prosessin alussa olisi

kuitenkin tärkeää huolellisesti pohtia, miksi priorisointi nähdään ratkaisuna kyseiseen ongelmaan ja mitä sillä pyritään ratkaisemaan.



Kuvio 5. Priorisointiprosessi Garpenbyn (2003, 13) mukaan

Priorisoinnin tavoitteiden taustalla on useita erilaisia normatiivisia periaatteita, jotka ohjaavat päätöksentekoa. Laajemmat periaatteet voivat kuitenkin olla ja usein ovatkin ristiriidassa yksittäisten päätösten kanssa. Periaatteita voivat olla esimerkiksi (New 1996, 1595-1597)

- väestön terveyserojen tasoittaminen
- tiettyjen ikä- tai potilasryhmien priorisointi
- yhteiskunnalle tärkeiden ryhmien priorisointi
- terveellisiä elämäntapoja noudattavien eli palveluja eniten ansaitsevien priorisointi
- niiden priorisointi, joilla on huollettavia (esim. lapsia, sairaita, vammaisia hoidettavana)
- jonotus, eli niiden priorisointi, jotka ovat odottaneet kauimmin.

Periaatteiden ja tavoitteiden määrittäminen luo vahvan perustan priorisoinnin toteuttamistapojen valinnalle. Klein ym. (1996, 11-12) erottavat seitsemän erilaista tapaa toteuttaa säännöstelyä:

1. Kieltäminen (denial). Brutaalein ja näkyvin muoto, jossa palveluiden saatavuus evätään erinäisin perustein. Kysyntää ja tarjontaa lähennetään keinotekoisesti.
2. Valinta (selection). Palvelujen tarjoajat valitsevat ne asiakkaat, jotka todennäköisimmin hyötyvät palvelusta tai hoidosta, minkä ansiosta hoidon vaikuttavuus näyttää paranevan.
3. Käännytys (deflection). Asiakkaat ohjataan toisen palvelun tai hoidon piiriin, eli ongelma siirretään jollekin toiselle taholle.

4. Häirintä (deterrence). Sen sijaan, että suoraan estettäisiin pääsy palvelun piiriin, siitä tehdään suhteettoman vaikeaa. Keinoja voivat olla rajojen (esim. hoitoon oikeuttavan verenpaineen raja) tai maksujen nostaminen tai yksinkertaisesti käytännön asioiden hankaloittaminen.
5. Viivytyks (delay). Jonot tai vaihtoehtoisesti ajan varaaminen pitkän ajan päähän.
6. Heikentäminen (dilution). Palveluiden saatavuutta sinänsä ei rajoiteta, mutta laatua heikennetään. Lääkärillä on vähemmän aikaa jokaista potilasta kohden, sairaalahuoneeseen sijoitetaan useampia sänkyjä, laboratoriotutkimuksia tehdään vähemmän, jne.
7. Päätös (termination). Viimeisenä keinona on hoidon tai intervention lopettaminen.

4.3 Eksplisiittinen ja implisiittinen priorisointi

Päätöksenteon näkökulmasta priorisointi jaetaan eksplisiittiseen ja implisiittiseen. Eksplisiittistä priorisointia on silloin, kun päätökset tehdään järjestelmällisesti, selkein määritellyin perustein, määritellyn prosessin tuloksena. Implisiittinen priorisointi taas tapahtuu muun päätöksenteon ohessa ilman määriteltyjä perusteluita tai systemaattista prosessia. Vuorenkoski ym. (2004, 428) käyttävät näistä suomenkielisiä termejä julkisäännöstely ja piilosäännöstely.

Implisiittisen priorisoinnin puolustajat vetoavat siihen, että se tarjoaa joustavuutta monimutkaisten terveydellisten ongelmien ratkaisuun. Sen uskotaan myös vähentävän jännitteitä ja lisäävän oikeudenmukaisuutta, koska yksittäisen potilaan koko elämäntilanne voidaan ottaa huomioon päätöksentekotilanteessa. Implisiittinen päätöksenteko lisää luottamusta siihen, että subjektiivinen tarve huomioidaan, eikä ketään jätetä hoitamatta teknisten prioriteetti-listojen perusteella. (Coast 1997, 1118-1122)

Eksplisiittisen priorisoinnin kannattajat puolestaan pitävät eksplisiittistä tapaa demokraattisempana. Eksplisiittisyyden väitetään tekevän priorisoinnista läpinäkyvämpää ja johdonmukaisempaa, sekä tarjoavan kansalaisille

mahdollisuuden arvioida priorisoinnin perusteluita. Eksplisiittisen priorisoinnin kannattajat arvostelevatkin implisiittistä priorisointia siitä, että se ikään kuin piilottaa priorisoinnin potilailta sen sijaan, että toisi priorisoinnin perusteluineen avoimesti arvioitavaksi. Mikrotasollakin yksittäisen lääkärin päätöksenteko helpottuu, kun kaikki toimivat järjestelmällisesti samojen ohjeiden mukaan. (Doyal 1997, 1114-1118)

Tällä hetkellä priorisointi tapahtuu pääasiassa implisiittisesti mikro- ja mesotasolla. Kansainvälisesti käytössä on ainoastaan Oregonin osavaltiossa Yhdysvalloissa eksplisiittiseen priorisointiin keskittyvä järjestelmä, jossa sairauksista ja niiden hoidoista muodostetut parit on listattu tärkeysjärjestykseen. Lista on laadittu laajassa yhteistyössä niin hallinnon, asiantuntijoiden, terveydenhuollon ammattilaisten kuin kansalaistenkin kanssa. Malli on saanut kansainvälisesti moitteita mekaanisuuden lisäksi lähinnä siitä, että se huomioi melko huonosti sairauksien erilaiset vaikeusasteet. Paikalliset ihmiset ovat kuitenkin tyytyväisiä malliin, joka on parantanut vähävaraisten hoitoon pääsyä merkittävästi, ja siksi esimerkiksi potilasjärjestöt tukevat sitä voimakkaasti. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 244) Eksplisiittinen priorisointi ei voikaan täysin korvata implisiittistä päätöksentekoa, joka mahdollistaa yksilöllisten tilanteiden paremman huomioimisen. Tavoitteena tulisikin ehkä olla yhdistelmä molempia: eksplisiittinen priorisointi makrotasolla, joka tukee mikrotason implisiittisen priorisoinnin valintoja. (STM 2003c, 13-14)

5 Teorettinen malli priorisointipäätösten tarkasteluun

Lammintakanen (2005) on väitöskirjassaan laatinut mallin (kuvio 6), jonka avulla terveydenhuollon priorisoinnin päätöksiä ja päätöksentekoprosessia voidaan tarkastella. Malli on luotu päätöksenteon tueksi, jotta päätöksiä muotoillessa voidaan varmistaa että kaikki olennaiset ulottuvuudet otetaan huomioon. Perustana on ajatus siitä, että politiikka on jatkuva prosessi, jossa eri vaiheet (aloite, päätöksenteko, toimeenpano, arviointi ja uudelleenmuotoilu; vrt. *Simon* kuvio 3 ja *Garpenby* kuvio 5.) vuorottelevat toistuvasti. Taustalla vaikuttavat merkittävästi Danielsin ja Sabinin (2002) esittämät ajatukset priorisoinnista prosessina. Itse analyysi koostuu neljästä eri osasta, jotka ovat

poliittisen ilmapiirin analyysi, politiikkaprosessin analyysi, poliittisen päätöksen analyysi sekä päätöksen tulosten analyysi.

Poliittista ilmapiiriä voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta. Yleisimpänä on sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän taso. Analyysissa on huomioitava tämänhetkinen terveydenhuoltojärjestelmä, terveydenhuollon arvot, toteutuneet tai meneillään olevat reformit sekä terveydenhuollon kulttuuri ja historia. Samalla on tärkeää kiinnittää huomiota ohjelmiin, strategioihin tai muihin terveystaloudellisiin linjanvetoihin, jotka makrotasolla ohjaavat päätöksentekijöitä. (Lammintakanen 2005, 108-109)

Toiseksi tarkastellaan yhteiskunnallisten ongelmien tasoa. Painopiste tällä tasolla on siinä, miksi tai miten asia on nostettu poliittiselle esityslistalle. Prosessin aktivoitumisen taustalla vaikuttaa useimmiten jokin seuraavista tekijöistä: terveydenhuollon kasvavat vaatimukset, kulujen hallinta, rajallisten resurssien allokaation vaikeudet, terveydenhuollon organisaatioiden ongelmat sekä reformit, hoitoonpääsy tai median luomat mielikuvat. Kolmas ulottuvuus poliittisen ilmapiirin analyysissa käsittelee aiempia päätöksiä sekä niiden tekemisen menettelytapoja. Priorisoinnissa ei ole kyse yksittäisestä päätöksestä, vaan prosessista, joten on tärkeää tunnistaa toisiinsa liittyvät päätökset. (emt. 108-109)

Priorisointipäätöksiä analysoitaessa merkittävin vaihe on poliittisen päätöksen analyysi. Tässä vaiheessa tarkastellaan päätöksen kohdetta, eri vaihtoehtoja ja niiden suhteita, päätöksenteon perusteluita, poliittisia instrumentteja sekä päätöksen aikaansaamaa muutosta suhteessa vallitsevaan käytäntöön. Myös toimeenpanovaiheen analysointi liittyy tähän vaiheeseen, sillä tärkeää on pohtia, ketkä toteuttamisesta huolehtivat ja miten sen oletetaan onnistuvan. (emt.109-110)

Politiikkaprosessin analyysi perustuu Danielsin ja Sabinin (2002) prosessille esittämiin neljään kriteeriin; ensinnäkin päätösten tulee olla julkisia ja niiden perustelujen läpinäkyviä. Toiseksi niiden on oltava relevantteja, ts. yleisö voi olla päätöksentekijöiden kanssa yhtä mieltä perusteista. Kolmanneksi

päätösten on oltava uusittavissa ja neljänneksi päätöksiltä odotetaan säännönmukaisuutta, jotta kolme ensimmäistä ehtoa toteutuisivat. Osana politiikkaprosessin analysointia tulisi tarkastella myös päätöksenteon eri osapuolia: sekä päätöksen tekemiseen osallistuvia että päätöksen intressiryhmiä. (Lammintakanen 2005, 110)

Viimeisenä vaiheena on politiikan tulosten analysointi, jota usein pidetään prosessin vaikeimpana vaiheena. Tulosten tarkastelu on kuitenkin tärkeää, sillä se varmistaa päätöksenteon onnistumisen erityisesti suhteessa terveydenhuollolle asetettuihin tavoitteisiin. Lisäksi priorisoinnin todelliset vaikutukset voidaan osoittaa analysoimalla päätöksentekoprosessin tuloksia. Tulosten analyysi jää kuitenkin vaillinaiseksi, mikäli tarkastellaan vain yhtä päätöstä ja sen tuloksia. (emt.110)

Kuvio 6. Päätöksenteon analysoinnin malli (Lammintakanen 2005,111).

Päätöksentekoprosessi ja sen edellytykset - julkisuusehto, relevanssiehto, revision and appeal, regulation (daniels ja sabin 2002) - päätöksentekoprosessin osalliset, intressiryhmät, yleisön rooli prosessissa					
Aiemmat päätökset ja päätöksentekomenetelmät		Poliittinen päätös		Päätöksentekoprosessin odotetut tulokset	
Yhteisön ongelmat - kasvavat tarpeet - kulujen hallinnan vaatimukset - rajallisten resurssien allokatio - nykyisen th-järjestelmän ongelmat ja viimeisimmät reformit - sosiaali- ja terveydenhuollon ydinpalvelut? - Median nostamat ongelmat	Mekanismi, jonka kautta asia nostetaan poliittiselle agendalle	- onko kyse terveydenhuollon resursseista, palveluista, kattavuudesta, hoidoista vai yksilöistä? - Kohderyhmä? - Päätösvaihtoehdot? - Millaisia valintoja oletettavasti joudutaan tekemään? (suhteessa mihin?) - Millaista näyttöä päätöksen tueksi? (erilaista näyttöä?) päätöksen perusteet? (kriteerit, argumentit) - Millaisia eettisiä/moraalisia dilemmoja sisältyy? - Toimeenpanon (means) tarkoitukset? Ketkä ovat toimeenpanijoita? Millaista muutosta vaaditaan nykyiseen käytäntöön nähden?	T O I M E E N P A N O	- positiivisia vai negatiivisia kustannusten, resurssien, hoitopääsyn sekä perusarvojen ja tavoitteiden kannalta - vaikutukset tulevaisuuden päätöksentekoon? - Ei konsensusta tai tietoa odotetuista tuloksista Kuinka mitataan odotettuja ja todellisia tuloksia?	T A V O I T E E T
Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä; terveydenhuollon arvot; reformit; kulttuuri; historia					

6 Tutkimuksen tehtävä ja toteutus

6.1 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella niitä perusteluja ja prosesseja, jotka ovat johtaneet valtakunnallisen mini-interventioprojektin käynnistämiseen sekä kuntien osallistumiseen siihen. Lähtökohtana on ajatus siitä, että priorisointi on prosessi, ei yksittäinen päätös (esim. Lammintakanen 2005,97; Garpenby 2003,13).

Tarkoitus on selvittää, miksi alkoholihaitat on priorisoitu *horisontaalisesti* valtakunnallisen ohjelman kohteeksi kaikista muista mahdollisista terveydellisistä ongelmista. Tämän lisäksi on priorisoitu *vertikaalisesti* eri hoitokeinoista juuri mini-interventio hankkeen kohteeksi. Tarkoituksena on tarkastella näitä molempia ulottuvuuksia paitsi valtakunnallisten ohjelmien, myös hankkeeseen osallistuvien kuntien, *mesotason*, osalta. Valtakunnallisella tasolla tarkastelussa huomioidaan myös mini-interventioprojektin panos kansallisen alkoholipolitiikan kenttään. Kunnissa huomio keskittyy enemmän käytettyihin perusteluihin, millä päättäjät on vakuutettu hankkeeseen osallistumisen kannattavuudesta. Hankkeesta kieltäytyneitä kuntia on tarkastelussa mukana kaksi, joiden kautta pyrin valottamaan perusteluiden epäonnistumista.

Tutkimuskysymykset tarkentuivat tutkimusprosessin edetessä seuraavaan muotoon:

1. Miten päätöksentekoprosessi eteni valtakunnallisessa mini-interventiohankkeessa?
2. Onko prosessista tunnistettavissa Lammintakanen (2005) analyysimallin eri vaiheet?

Tämä tutkimus vastaa kysymykseen *miten*, ja on luonteeltaan kuvaileva enemmän kuin selittävä (Uusitalo 1991,62-63). Mielenkiinto on ennen kaikkea valtakunnallisen hankkeen päätöksentekoprosessissa yleisemmin, ei nimenomaisesti mini-interventiohankkeessa.

6.2 Aineisto ja sen kerääminen

Tutkimukseni aineisto koostuu useasta eri osasta, niin kirjallisesta materiaalista kuin haastatteluistakin. Aineistossa ovat mukana vain vuonna 2004 hankkeeseen osallistumisestaan päätöksen tehneet kunnat. Aineiston perustan muodostavat päätöksenteon viralliset dokumentit, eli sosiaali- ja terveysministeriön pöytäkirjat (n=5) sekä kuntien sosiaali- ja terveyslautakuntien pöytäkirjat (n=12). Kahden kunnan osalta sain vastaukseksi, ettei kunnassa ole ollut tiedossa, että mini-interventioon osallistumisesta tulisi tehdä lautakuntatasoinen päätös.

Asia- ja pöytäkirjojen antamaa kuvaa olen pyrkinyt tarkentamaan haastattelemalla päätösten tekemiseen tai valmisteluun osallistuneita henkilöitä. Kaikkien haastatteluiden perustana oli sama runko (liite 1), mutta eri haastateltavien kanssa painotettiin heidän asemastaan riippuen hieman eri asioita. Kuntatasolla haastattelin viittä henkilöä ja valtakunnallisella tasolla viittä henkilöä. Haastattelujen kesto vaihteli suuresti: lyhin haastattelu kesti vain viisitoista minuuttia, kun pisin kesti tunnin. Kaksi henkilöä vastasi kysymyksiini lyhyesti puhelimesta. Lisäksi neljä henkilöä kieltäytyi haastattelusta aikapulaan vedoten, ja heistä kaksi antoi vastauksia lyhyesti sähköpostitse.

Aineistonkeruuta olisi voinut jatkaa loputtomasti ja olikin vaikeaa ratkaista, milloin sitä on riittävästi. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tarkoituksenmukaisesta tai harkinnanvaraisesta aineistosta, jolloin aineiston laajuus määräytyy suhteessa tutkimusongelmaan (Eskola & Suoranta 1998,62). Keräämäni aineisto kattaakin päätöksentekoprosessin eri vaiheet ja on siten riittävä vastaamaan tutkimuskysymyksiini.

6.3 Analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä olen käyttänyt sisällönanalyysia. Analyysia oli alun perin tarkoitus syventää argumentaatioteorian avulla. Päädyin kuitenkin käyttämään ainoastaan sisällönanalyysia, sillä aineistosta saatava informaatio ei olisi juurikaan lisääntynyt argumenttien tarkastelun myötä.

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa laajalti käytetty menetelmä, jota voidaan Tuomen ja Sarajärven (2002, 93) mukaan pitää paitsi yksittäisenä analyysimetodina myös väljänä teoreettisena kehyksenä aineiston järjestämiseksi, jota voidaan sitten liittää yhteen eri analyysimenetelmien kanssa. Sisällönanalyysin tehtävä on järjestää aineisto tiiviiksi ja selkeäksi siten, että sen sisältämä informaatio on helposti luettavissa. Yksittäisenä metodina se etsii tekstin merkityksiä, ei sitä, miten merkityksiä tekstissä tuotetaan. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöistä eli induktiivista analyysia ohjaavat tutkimuskysymykset, joihin etsitään vastausta empiirisestä aineistosta. Deduktiivisessa, eli teorialähtöisessä sisällönanalyysissa puolestaan teoreettisia käsitteitä ei luoda aineistosta vaan vastausta tutkimuskysymykseen etsitään aikaisemman teorian tai viitekehyksen mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 106;110-117)

Tässä tutkimuksessa ei voida puhua puhtaasti aineisto- tai teorialähtöisestä analyysista, vaan pikemminkin teoriasidonnaisesta analyysista. Eskolan (2001,137) mukaan analyysi on teoriasidonnaista, jos siinä on teoreettisia kytkentöjä, vaikka se ei suoranaisesti perustuisikaan johonkin teoriaan. Analyysi on yleensä kolmivaiheinen prosessi, joka etenee aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta sen teoreettisten käsitteiden luomiseen (Latvala & Vanhanen-Nuutila, 26). Analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden, joita pelkistin haastatteluista ja asiakirjoista. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ajatuskokonaisuudet ryhmittelin Lammintakasen (2005,110) laatiman päätöksenteon analyysimallin mukaisesti.

Siten myös aineiston tulkinta ja johtopäätösten esittely etenevät mallin mukaan.

7 Tulokset

7.1 Päätöksenteon poliittinen ympäristö

7.1.1 Terveydenhuoltojärjestelmän taso

Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen käynnistämisestä tehtiin päätös ajassa, jossa terveydenhuoltojärjestelmää leimasi voimakkaasti kaksi laaja-alaista erityispiirrettä. Ensimmäinen näistä on kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, niin sanottu terveysprojekti. Hanke korostaa yleisesti ennaltaehkäisyn merkitystä, sekä sen keinoina yhtä lailla kansalaisten omaa vastuuta terveydestään kuin perusterveydenhuollon toimivuuttakin (STM 2002c). Mini-interventioprojekti vastaakin kaikkia näitä kolmea painopistealuetta, mikä mahdollisti sen rahoituksen terveysprojektin määrärahoista.

Toinen koko järjestelmän toimintaa määrittävä piirre on hankekeskeisyys. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen terveydenhuollossa luovuttiin normiohjauksesta ja valtion roolissa painottui informaatio-ohjaus (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2005a). Kuntien toimintaa informaatio-ohjauksen suuntaisesti tuetaan kuitenkin taloudellisesti niin EU-ohjelmien kuin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ja lääninhallitusten jakamien projektirahoitusten kautta. Tämä näkyy hankkeiden suurena lukumääränä. Mini-interventiohankkeen päätöksenteon osalta tällä on ratkaiseva merkitys: yhteen menetelmään keskittyvän erillisen, valtakunnallisen hankkeen käynnistäminen on nykyään helpommin perusteltavissa kuin mitä se olisi ollut viisitoista vuotta sitten.

7.1.2 Aiemmat päätökset

Vaikka hankkeiden runsaslukuisuutta on kritisoitu siitä, että se tekee toiminnasta lyhytjänteistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005a), on hankkeillakin useimmiten perusta aikaisemmassa toiminnassa, jota jalostetaan uusien hankkeiden myötä. Haastateltavat korostivat sitä, että varsinkin erityisteemoihin keskittyvät hankkeet tulevat usein perintönä aikaisemmasta toiminnasta. Lammintakasen (2005,97) mukaan priorisoinnissa ei ole kyse yksittäisistä päätöksistä, vaan prosessista, jossa useat eri aikoinakin tehdyt päätökset kytkeytyvät yhteen. Aiemmat päätökset ja toimet alkoholihaittojen ehkäisyyn osalta ovatkin vaikuttaneet voimakkaasti mini-interventiohankkeen käynnistämiseen. Mini-intervention käyttöönottoa suositteli jo nykyisen alkoholiohjelman edeltäjä, 2000-luvun alkoholiohjelma, jopa nykyistä painokkaammin (STM 2001, 41). Myös nykyisessä alkoholiohjelmassa mini-interventiota suositellaan eräänä keskeisenä toimenpiteenä alkoholihaittojen ehkäisyyn ja vähentämisen kannalta (STM 2004b, 25;31;57).

Koska se on järkevää toimintaa, niin sitä suositellaan tässäkin alkoholiohjelmassa, mutta se työkalu, joka sitä edistää, on siirretty terveydenhuollon hankkeen puolelle.

Haastateltavat korostivat lisäksi vuonna 2002 kahdessa eri yhteydessä (STM 2002a, 43; STM 2002d) tehtyä esitystä keskioluen laimentamisesta, joka käynnisti kiivaan julkisen keskustelun. Haastateltavien mukaan menetelmän ei kuitenkaan uskottu *vaikuttavan toivotulla tavalla*, eikä saavan riittävää kannatusta sen enempää poliitikkojen kuin kansalaistenkaan keskuudessa edetäkseen käytännöksi. Keskiolutta ei siten päätetty laimentaa, mutta keskustelu alkoholipreventiivisistä keinoista käynnistyi paitsi julkisuudessa myös ministeriön sisällä ja johti lopulta eri menetelmien, ml. mini-intervention, mahdollisuuksien tarkasteluun.

7.1.3 Yhteiskunnassa esiintyvät ongelmat

Aiempien päätösten lisäksi myös yhteisössä esiintyvät ongelmat vaikuttavat siihen, että jokin asia saa poliittista painoarvoa (Lammintakanen 2005,111). Mini-interventiohankkeen osalta taustalla ovat vaikuttaneet voimakkaasti vuoden 2004 alkoholipoliittiset muutokset sekä niiden aiheuttama pelko kulutuksen ja haittojen voimakkaasta kasvusta. Mini-interventio nähtiin mahdollisuutena puuttua haittoihin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

Kyllä siinä haettiin tietenkin keinoja, että mistä löytyisi apua tähän alkoholin kulutuksen kasvuun, jota niin kovin pelättiin.

Haastateltavat halusivat myös korostaa sitä, että valtakunnallisen mini-interventioprojektin käynnistäminen -kuten alkoholipoliittiset ratkaisut yleensä- perustui tutkimustietoon. Erityisesti painotettiin kotimaassa, sekä aiemmin Alkon tutkimuslaitoksessa että nykyisin Stakesissa, tehdyn alkoholipoliittisen tutkimustyön merkitystä. Tutkimusten osalta viitattiin ennen kaikkea siihen, että alkoholin kulutuksen ja siten myös siitä aiheutuvien haittojen ennakoitiin kasvavan.

Se tarvehan on hyvin tunnistettu ja oli tiedossa, että alkoholin hintojen osalta tulee käymään näin kuin käy ja mitä taas siitä seuraa niin se on, oli, kohtalaisen hyvin ennustettavissa.

Alkoholin kulutuksen ennakoitua kasvua käytettiin myös perusteluna sekä valtakunnallisen hankkeen rahoitushakemuksessa että kuntien sosiaali- ja terveyslautakuntien pöytäkirjoissa:

Kun alkoholin kulutuksen väestötasolla nyt ennakoidaan nousevan, on mini-interventio entistä tärkeämpi sekundaariprevention keino siellä, missä alkoholin suurkuluttajat luontevimmin kohdataan eli perusterveydenhuollossa.

Haastattelemani henkilöt suhtautuivat alkoholipoliittisten muutosten vaikutuksiin eri tavoin. Kuntatason haastateltavista kolme henkilöä korosti sitä, että alkoholin lisääntynyt kulutus näkyy jo käytännön työssä. Kaksi puolestaan oli sitä mieltä, ettei viime aikojen alkoholipoliittisilla muutoksilla ole ollut juurikaan vaikutusta sen enempää käytännön työhön kuin päätökseen osallistua mini-interventiohankkeeseen. Alkoholi ja sen aiheuttamat haitat nähtiin pysyvästi merkittävänä kysymyksenä suomalaisen juomakulttuuriin vedoten.

7.2 Päätöksentekoprosessin edellytykset ja osalliset

Päätöksentekoprosessin sekä varsinaisen päätöksen tulee molempien olla julkisia ja niiden perustelujen läpinäkyviä. Mini-interventiohankkeen kohdalla puutteita oli julkisuuden suhteen erityisesti hankkeen alkuvaiheissa. Hankkeesta kieltäytyneissä kunnissa haastattelemani henkilöt kertoivat, että olivat saaneet osin puutteellista tai virheellistä tietoa. Erään vastaajan mukaan kielteiseen päätökseen oli vaikuttanut kuntaan kantautunut epäily, ettei valtakunnallinen mini-interventiohanke saisi rahoitusta. Myös kunnan oman henkilöstön rooli sekä kunnalta odotettu panostus oli jäänyt epäselväksi, mikä osaltaan vaikutti kieltäytymiseen.

Homma kaatui siihen, että olisi pitänyt irrottaa omaa henkilöstöä kouluttajiksi, eikä meiltä liennyt siihen ketään.

Toiseksi päätösten on oltava relevantteja, ts. yleisön tulisi voida olla päätöksentekijöiden kanssa yhtä mieltä perusteista. Päätöksentekijöiden haastatteluissa ja lautakuntien pöytäkirjoissa käytettiin lähes samoja perusteluita niin eri kunnissa kuin valtakunnallisellakin tasolla, mikä kertoo niiden olleen laajalti hyväksytyjä. Lisäksi hankkeessa on korostettu julkisen tiedottamisen tärkeyttä, jotta hanke ja sen tavoitteet olisivat suuren yleisön tiedossa ja hyväksyttävissä.

Päätöksiä on myös voitava tarkastella ja tarpeen vaatiessa myös muokata. Kunnissa onkin tämän kriteerin mukaisesti muokattu hankkeen toteuttamistapoja omaan toimintaan sopiviksi. Valtakunnallisen hankkeen tarkoituksena oli alun perin alkoholinkäytöstä kysyminen jokaiselta potilaalta, mutta kunnat ovat tehneet omia rajauksiaan. Eräs haastateltavista totesi, että mikäli lääkärit ohjeistetaan kysymään alkoholinkäytöstä joltakin tietyltä potilasryhmältä, tapahtuu se todennäköisemmin kuin jos tarkoitus olisi kysyä jokaiselta vastaanotolle tulijalta.

Päätöksiltä odotetaan säännönmukaisuutta, jotta kolme edellistä ehtoa toteutuisivat. Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen kohdalla säännönmukaisuutta on vaikea havaita päätöksentekovaiheessa. Mini-interventioprojekti ei rekrytoinut kuntia mukaan erityisen järjestelmällisesti, vaan suurimmalta osin hankkeessa mukana toimivien henkilöiden omien verkostojen kautta. Lisäksi kansallisen terveydenhuoltohankkeen alueelliset yhteyshenkilöt ja lääninhallitukset avustivat hankkeen markkinoinnissa kuntiin. Toisissa kunnissa vaadittiin yhteydenottoa usealta eri taholta ennen kuin osallistumista mini-interventiohankkeeseen pohdittiin vakavasti. Toisissa kunnissa hankkeen osalta yhteyttä kuntaan ottanut henkilö oli tuttu, minkä ansiosta mielenkiinto hankkeeseen ja usko sen asiantuntevaan toteutukseen heräsi heti.

*Kun oli Marja³ kun otti yhteyttä, niin enhän mä tohtinut kieltäytyä...
Me oltaisiin muutenkin lähdetty mutta... aina tietinkin kun joku tuttu
soittaa niin siihen suhtautuu vakavammin.*

Osana politiikkaprosessin analysointia tarkastellaan myös päätöksenteon eri osapuolia: sekä päätöksen tekemiseen osallistuvia että päätöksen intressiryhmiä. Päätöksentekoprosessin kannalta onkin merkittävää, ketkä siihen osallistuvat. Virallisten päätöksentekotahojen ohella päätökseen vaikuttivat merkittävästi myös sitä valmistelevat tahot. Haastateltavat korostivatkin omaa rooliaan ja mahdollisuuttaan vaikuttaa päätökseen.

³ Nimi muutettu.

[hankkeen taholta tulleessa] yhteydenotossa se jo kyllä niin kuin käytännössä päätettiin.

Luottamusta hankkeen etukäteisvalmisteluihin ja läpiviemiseen lautakunnassa saatiin siitä, että päättäjien suhtautuminen päihdeasioihin yleensä tunnettiin. Lautakuntien mielipiteen uskottiin perustuvan siihen, että sosiaali- ja terveyslautakunnassa oli monessa kunnassa runsaasti koulutoimen henkilöitä, jotka omassa työssään näkevät käytännössä päihdehaittojen ehkäisyn tärkeyden.

Lautakunta on aina näiden päihteiden suhteen erittäin aktiivinen ja jos mä vertaan sitä että miten paljon se puhuu päihhteistä niin se puhuu päihhteistä reippaasti enemmän kuin mistään muusta kansantaudista.

Mini-interventiohankkeen kohteena on perusterveydenhuolto ja siten erityisen laaja väestöosuus. Päätöksentekoprosessiin ei osallistunut yksittäisiä voimakkaita intressiryhmiä, vaan hankkeessa koettiin tärkeäksi tiedottaminen laajalle yleisölle teemalla ”sinulla on oikeus tietää, kysy lääkäriltäsi”.

Kyllä tämmöisen toimintakulttuurin muutokseen tarvitaan myös aika paljon ehkä yhteiskunnallistakin asennemuutosta että tehdään tästä toiminnasta niin sanotusti yhteiskunnallisesti hyväksyttävää.

7.3 Poliittinen päätös

7.3.1 Päätös

Valtakunnallisella tasolla varsinainen päätös mini-interventiohankkeen käynnistämisestä tehtiin, kun hankkeelle myönnettiin rahoitus (STM 2004d). Mini-interventioprojekti korostaa preventiivistä toimintaa ongelmien hoitamisen sijaan, mikä tukee sen rahoitusta terveysprojektin kautta. Valtioneuvoston

periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 2002c) korostaa ennaltaehkäisevän työn merkitystä. Sen lisäksi, että hankkeen tuli sopia terveydenhuollon projektin painopistealueisiin, vaadittiin myönteisen rahoituspäätöksen saamiseksi myös projektin toteutuksen kannalta käytännöllisempiä seikkoja.

No se on katsottu sopivan näihin meidän keskeisiin rahoitusalueisiin ja sitten myöskin niin, että se hanke on sillä tavalla suunniteltu, että se on toteuttamiskelpoinen. (...) Onhan se ammattitaitoisesti tehty projekti, kohdistuu keskeiseen tärkeään asiaan ja sitä yritetään nyt viedä aika laajalla rintamalla eteenpäin.

Rahoituspäätöstä on kuitenkin edeltänyt pitkä valmisteluprosessi, joka on alkanut jo alkuvuodesta 2003 (STM 2003d). Koordinaattorin palkkaamisen lisäksi ennen rahoitusanomusta on myös Kotkan kaupunki tehnyt oman päätöksensä toiminnastaan hankkeen hallinnoijana. Lisäksi hankkeeseen vuodesta 2004 lähtien osallistuneet kunnat ovat tehneet päätöksen omasta osallistumisestaan ennen kuin valtakunnallisen hankkeen rahoitus varmistui.

Kuntatasolla päätös osallistumisesta oli haastateltavien mukaan käytännössä usein tehty jo valmistelevan tahon toimesta. Jokaiselta valtakunnalliseen mini-interventioprojektiin osallistuneelta kunnalta vaadittiin kuitenkin lautakuntatasoinen päätös projektiin sitoutumisesta. Hankkeen esitteli lautakunnalle useimmiten ylilääkäri, mutta myös perusturvajohtajia, ylihoitajia ja johtajalääkäreitä oli esittelijöiden joukossa. Pyytäessäni pöytäkirjoja, sain kahdesta kunnasta vastaukseksi, etteivät he ole olleet tietoisia lautakuntakuntatasoisen päätöksen vaatimuksesta. Yksi kunta ilmoitti pöytäkirjojen olevan salaisia. Eräässä kunnassa hanke esiteltiin lautakunnalle siten, että terveystoimen kerrottiin jo ilmoittautuneen hankkeeseen, mutta terveyslautakunnalta odotetaan vielä hyväksyvää päätöstä asiasta.

Lautakunnille esitetyt perustelut hankkeeseen osallistumisen puolesta noudattivat suurimmalta osin samaa kaavaa kaikissa kunnissa. Useimmissa päätöspöytäkirjoissa teksti on lainattu valtakunnallisen hankkeen

rahoitushakemuksesta. Valtakunnallisen tason perustelujen lisäksi vedotaan kunnan omiin intresseihin. Eräs vastaajista esimerkiksi kertoi, että hankkeen uskottiin tuovan kunnalle kansallista ilmettä päihdeasioista huolehtimisessa.

Mini-interventioprojekti esiteltiin lautakunnille laajana ja valtakunnallisesti merkittävänä. Pöytäkirjoissa luetellaan kaikki hankkeeseen mukaan ilmoittautuneet kunnat, joista yksi kunta on ilmoitettu virheellisesti. Valtakunnallista merkitystä korostetaan sosiaali- ja terveysministeriön koordinaattoroolia sekä koordinaattorin asiantuntijuutta painottaen.

Jokaisessa pöytäkirjassa myös mainitaan mini-intervention tieteellisesti todistettu vaikuttavuus. Lähes sanatarkasti sama lause esiintyy jokaisessa pöytäkirjassa:

Tutkittu tieto osoittaa, että lääkärin tai terveydenhoitajan antama lyhytneuvonta (mini-interventio) johtaa potilaiden alkoholin käytön vähenemiseen.

Yksikantaisesti esitetty väitelause ei kuitenkaan perustele väitettään tarkemmin. Avoimeksi jää paitsi se, kuinka paljon lyhytneuvonta alkoholin käyttöä vähentää, myös se, kuinka monta neuvontakertaa vaaditaan toivottujen tulosten saavuttamiseksi. Väite ei myöskään ota kantaa siihen, onko menetelmää tarkoitus käyttää kaikkiin potilaisiin ja kenen kohdalla se tutkitusti toimii: käsite suurkuluttajakin mainitaan vain yhdessä pöytäkirjassa. Lisäksi ainoastaan yksi pöytäkirja mainitsee, että mini-intervention tekemiseen kuluu aikaa keskimäärin kymmenen minuuttia asiakasta kohden.

Myös hankkeen tarjoaman koulutuksen merkitystä korostetaan runsaasti niin pöytäkirjoissa kuin haastatteluissakin. Koulutuksen ja hankkeessa tuotettavan materiaalin merkitystä painotetaan sillä, että mini-intervention on tarkoitus tulevaisuudessa olla osa perusterveydenhuollon päivittäistä työtä kaikkialla Suomessa. Kuitenkin vain yhdessä pöytäkirjassa arvioidaan, kuinka suuri osa perusterveydenhuollon asiakkaista on alkoholin suurkuluttajia, ts. mini-

intervention kohderyhmää. Alkoholin kulutuksen ja siitä aiheutuvien ongelmien kasvun nostaa esiin vain kolme pöytäkirjaa.

Jokaisessa pöytäkirjassa muistetaan myös mainita, ettei hankkeeseen osallistuminen edellytä kunnalta rahallista panostusta. Mini-intervention tekeminen ei tietenkään ole ilmaista, vaan sen kustannukset muodostuvat lyhytneuvontaan käytetystä työajasta. Vain kolmessa pöytäkirjassa esitetään tarkat laskelmat koko hankkeen kustannuksista, sekä kunnan omasta laskennallisesta osuudesta. Useimmissa pöytäkirjoissa kustannuksiin viitataan melko ylimalkaisesti:

Erillistä rahapanostusta ei edellytetä – mini-intervention tekeminen riittää ja panostus tulee sitä kautta

Taloudellinen ulottuvuus nostetaan myös haastatteluissa esiin, kun korostetaan ennaltaehkäisevien ja varhaisen puuttumisen menetelmien merkitystä. Alkoholi-ongelmien osalta palvelut painottuvat nykyisin haittojen hoitamiseen, ilman että puututaan niitä aiheuttaneisiin oireisiin. Mini-interventio menetelmänä kohdistuu siihen terveydenhuollon asiakasjoukkoon, joka on lukumääräisesti suuri eikä ongelmia vielä ole ilmentynyt.

Niin meillä tämä satsaus tahtoo olla vähän väärinpäin, että meillä jatkuvasti ihmisiä päätyy tänne vakavien ongelmien alueelle, missä palvelut on hirmu kalliita ja liian vähän satsataan tänne, liian vähän tehdään täällä [riskiryhmien kohdalla].

Päätöstä on perusteltu monipuolisesti, mutta yksi ulottuvuus jää perusteluissa huomiotta. Useimmissa lautakuntien pöytäkirjoissa päätös perusteltiin alkoholipoliittisilla muutoksilla ja niiden aiheuttamalla kulutuksen kasvulla, mutta käytännössä ainoa esitelty keino vastata näihin haasteisiin oli mini-interventiohanke. Valtakunnallisella tasolla haastateltavat mainitsivat ensimmäisenä vaihtoehtona keskioluen laimentamisen, joka toimi lähtösykäyksenä aktiiviselle pohdinnalle toimivasta menetelmästä haittojen

ehkäisyn tasolla. Lisäksi haastatteluissa korostettiin sitä, että alkoholi aiheuttaa ongelmia niin monella eri tavalla, että tarvitaan useita erilaisia hankkeita.

Mutta mä haluan korostaa sitä, että se ei ole millään tavalla ainoa hanke...että tätä alkoholihaittojen vähentävää toimintaa tarvitaan monella eri taholla, monessa eri muodossa, ne koskettaa niin monia eri ihmisiä niin monia eri elämänalueita, monia yhteiskunnan alueita.

Toisaalta haastateltavat tiedostavat toimintaympäristön haasteet ja sen, ettei alkoholihaittoihin ole olemassa erityisen tehokkaita ja laajalti päteviä toimia:

Näitä innovaatioita tällä alkoholihaittojen ehkäisemisen ja hoitamisen alalla tehdään äärimmäisen harvoin, että en usko että kenellekään mitään loistavaa ideaa lähiaikoina syntyy, joka syrjäyttäisi tämän mini-intervention.

Kuntatasolla mini-interventiohankkeen kohdalla onkin ollut enemmän kyse valinnasta, käynnistetäänkö hanke vai ei, kuin valinnasta suhteessa johonkin toiseen hankkeeseen. Haastattelemanani henkilöt kuntatasolla uskoivat, että päätökseen on vaikuttanut se, ettei rahallista panostusta ole edellytetty, eikä hanketta ole tarvinnut asettaa vastakkain jonkin toisen hankkeen tai investoinnin kanssa. Mini-intervention tekemisestä syntyvä laskennallinen osuus on kuitenkin todellinen, käytetäänhän siihen lääkärin ja hoitajien työaika. Tämä on puolestaan tuonut erilaisia käytäntöjä hankkeen toimeenpanon osalta eri kunnissa.

7.3.2 Kielteinen päätös

Kahdesta kunnasta saamani vastaukset hahmottavat kuitenkin esimerkinomaisesti hankkeesta kieltäytymiseen johtaneita syitä. Toisessa kunnassa kävin tekemässä haastattelun henkilökohtaisesti, toisesta sain vastauksen haastattelupyyntööni sähköpostitse. Lisäksi hankkeeseen

osallistuneissa kunnissa kommentoitiin niitä perusteluita, joita hankkeeseen osallistumista vastustaneet tahot olivat käyttäneet.

Perustelut olivat moninaisia. Suoranaista vastustamista ei myönnetty, ei ainakaan oman kunnan tai oman ammattiryhmän kohdalta.

Ei sitä varsinaisesti ole vastustettu, mutta siihen ei ole lähdetty mukaan.

Syinä tällaiseen passiiviseen kieltäytymiseen pidettiin melko käytännöllisiä asioita, kuten tiukkaa aikataulua tai sitä, ettei hankkeesta ja mini-interventiosta yleensä ollut riittävästi tietoa.

Yritin sitä vastaanottotoimintaan koska sinnehän se olisi sopinut hyvin... mutta sieltä ei tullut mitään nostetta tähän asiaan. Ehkä se aikataulu oli niin kireä siinä ja sitten se olisi vaatinut paljon enemmän tällaista markkinointia ja kokouksiin menemistä ja selittämistä mistä on kysymys.

Henkilöstön rooli oli myös kielteisen kannan osalta keskeinen. Vaikka suoranaista vastustusta ei ollut havaittavissa, koettiin hankkeeseen osallistumisen kannalta tärkeäksi vahva yksimielisyys toiminnan tärkeydestä.

Että yksinkertaisesti ei ole ollut niin voimakasta tämmöistä yhteiskonsensushenkeä tämmöiselle asialle, että sitä olisi niinkuin yhteistuumin lähdetty viemään.

Päihdeasioihin puuttumista ei koettu perusterveydenhuollon tehtäväksi, muuten kuin jatkohoitoon ohjaavana tahona. Jatkohoitoon esimerkiksi A-klinikalle ei tietenkään ohjata kevyin perusteluin, jolloin mini-intervention kohderyhmän, suurkuluttajien, alkoholin kulutukseen ei useinkaan puututa.

Siis mini-interventiotarvehan on tiedostettu ihan jo vaikka kuinka kauan, mutta tuota meillä on erityisesti eräs ammattiryhmä, joka on

siihen hyvin nihkeästi suhtautunut ja he ovat lääkärit. ... He tavallaan kokevat, että se ei ole heidän juttu.

Että ehkä sellaisestakin ollut aikaisemmin kyse, että on hoidettu se pakollinen, että tällaiset on koettu ylimääräiseksi.

Syyksi henkilöstön kielteiseen suhtautumiseen nähtiin edelleen aiheen arkaluontoisuus ja vaikeudet puheeksi ottamisessa. Koettiin, että terveydenhuollon ammattilaisten olisi ensin itse käytävä läpi oma suhtautumisensa alkoholiin, jotta aiheesta keskusteleminen potilaiden kanssa olisi luontevaa. Eräs haastateltavista korosti sitä, että lähes jokaisella suomalaisella on jonkinlaista kokemusta alkoholin aiheuttamista haitoista, vaikkakaan ei välttämättä henkilökohtaisesti eikä omassa suvussa.

Jatkuva projektien ketju, sekä kansallisen terveydenhuoltohankkeen mukanaan tuomat paineet työntekijöiden arjessa ovat aiheuttaneet kyllästymistä hankkeisiin. Monet projektit ja niihin osallistuminen tyrmätään ilman, että edes tarkemmin tutustutaan hankkeen sisältöön ja toteutukseen.

Että lähinnähän siinä on se, että sen markkinointi on vaikeaa kun on erilaista hanketta, esimerkiksi kansallinen hanke pukkaa päälle niin ei haluta yhtään mitään enempää kuin mitä siinä on, vaikkei se itse asiassa niin kovin paljon kyllä työllistäisikään mutta kun se on vähänkin niin sitä ei haluta tässä vaiheessa.

Hankkeille asetetaankin monesti jopa kohtuuttomia vaatimuksia, jotta henkilöstö sitoutuisi niiden toteuttamiseen. Mini-interventiohankkeen ulkopuolelle jättäytymistä perusteltiin myös sillä, ettei se tarjonnut mitään uutta.

Toisaalta mini-intervention tehosta ja toimivuudesta on tutkimustietoa olemassa varsin kattavasti, että mitään uutta ei tähän hankkeeseen sisältynyt, ainoastaan vanhan mallin jalkauttamista.

Samankaltaisia syitä käytettiin perusteluina myös hankkeen erilaisiin toteutustapoihin ja rajauksiin eri kunnissa.

7.3.3 Toimeenpano

Valtakunnallisella tasolla hankkeen toimeenpanosta vastaa valtakunnallinen koordinaattori sekä alueelliset koordinaattorit. Heidän tehtävänä on lisäksi kouluttaa ja kannustaa kuntien henkilöstöä mini-intervention tekemiseen. Koulutusta kiiteltiin haastatteluissa, mutta varattiin kuitenkin oma vapaus päättää hankkeen käytännön toteutuksesta omassa kunnassa ja terveyskeskuksessa.

Työajan käyttöä mini-intervention tekemiseen onkin ohjattu kuntakohtaisesti valtakunnallisesta projektista poiketen. On tehty laajoja rajauksia jo hankkeeseen osallistumisen vaiheessa; esimerkiksi Turusta hankkeeseen on osallistunut ainoastaan opiskelijaterveydenhuolto. Toisaalta haastateltavat kokevat lääkärin ammattitaidon merkittäväksi tekijäksi valittaessa henkilöitä, joiden kanssa alkoholinkulutus otetaan puheeksi. Potilaiden tunteminen pienellä paikkakunnalla tai omalääkärijärjestelmässä uskottiin toimivammaksi alkoholin riskikulutuksen tunnistamisen menetelmäksi kuin diagnostiset keinot. Ristiriitaisiakin ajatuksia omasta arviointikyvystä esitettiin:

Huomioi se, että minäkin olen ollut kolmekymmentä vuotta paikkakunnalla, niin mä tiedän monet asiat. Ehkä monen alkoholinkäyttöä en tiedäkään ja voin olla väärässä, mutta että monet asiat mä tiedän entuudestaan niin mä en viitsi sitten enää kysyä... Elikkä vanhan konnan ei tarvitse kaikkea kysyä.

Mini-interventiohankkeen tärkeänä tavoitteena on kuitenkin juuri suurkuluttajien tunnistaminen ennen kuin oireita ilmaantuu. Tämän vuoksi suositellaan alkoholinkäytöstä kysymistä ainakin terveystarkastusten yhteydessä ja potilaan saapuessa ensimmäistä kertaa vastaanotolle.

Hankkeen toteutumisen kannalta on suuri merkitys sillä, kuinka monessa kunnassa toimeenpano toteutetaan hankkeen ohjeistuksen mukaan.

Kunnissa, jotka eivät mini-interventiohankkeeseen osallistuneet, epäiltiin mini-intervention tekemisen nostavan esiin suurempia ongelmia. Epäröintiä aiheutti se, miten kyetään vastaamaan niihin alkoholin suurkuluttajien tarpeisiin, jotka nousevat esiin, kun alkoholin suurkuluttajia järjestelmällisesti seulotaan potilasjoukoista. Mini-interventioprojekti antaa valmiudet lyhytneuvonnan antamiseen, mutta kunnissa kannettiin huolta niiden potilaiden osalta, joilla alkoholin suurkulutus on vain oire jostakin muusta ongelmasta.

Koska ei ole mitään tympeämpää, jos ajattelee omalle kohdalle että monethan kertovat että he ovat pitkään toivoneet että joku tarttuisi siihen, ja sitten jos se otetaan puheeksi, ei ole sitten tarjota mitään. Tai mitään, mutta siis hyvin heikosti on tarjota semmoista mitä siitä sitten seuraisi.

Valtakunnallisen mini-interventioprojektin voimaksi nähdään se, että aiemmissa tutkimuksissa ja hankkeissa on opittu erehdyksen kautta asioita, joita nyt yritetään tehdä toisin. Nyt käynnistetyssä projektissa pyritään kokonaisvaltaisempaan lähestymistapaan, jossa paitsi koulutetaan terveydenhuollon henkilöstöä ja tiedotetaan aiheesta väestölle, myös innostetaan ja muistutetaan jatkuvasti ammattilaisia mini-interventiosta. Jatkuvuudella pyritään siihen, että mini-interventio juurtuu terveydenhuollon rutiininomaiseksi toimintatavaksi sen sijaan, että se päättyisi projektin mukana.

7.4 Prosessin tulosten arviointi

Lammintakasen (2005,110) mukaan prosessin arvioinnin vaikein, mutta samalla erittäin tärkeä, tehtävä on sen tulosten mittaaminen. Mini-interventioprojekti on edelleen käynnissä ja muuttuneen yhä edetessään, joten prosessin odotettuja ja mitattavia tuloksia ei voida vielä arvioida. Hankkeelle asetetut tavoitteet ja odotukset sopivat kuitenkin yhteen

terveydenhuoltojärjestelmän sen tavoitteen kanssa, että painopistettä pyritään siirtämään yhä enemmän perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän työn suuntaan.

Mini-interventiohankkeelle asetettiin alun perin erittäin kunnianhimoiset tavoitteet. Tavoitteiksi mainitaan alkoholin kulutuksen ja siitä aiheutuvien haittojen sekä palvelujärjestelmän kuormituksen väheneminen (STM 2004a). Haastattelemani henkilöt suhtautuvat tavoitteisiin ja niiden saavuttamiseen kuitenkin realistisemmin ja niitä kuvataankin enemmän visioksi kuin konkreettisiksi tavoitteiksi.

Sen pitäisi muuttaa teoriassa sillä tavalla, että se mini-interventio vakiintuisi sinne terveydenhuollon rutiinikäytännöiksi. Jos se sen tekee niin hyvä on, mutta olen kyllä sen verran skeptinen tämän suhteen, että epäilen, ettei se vielä tällä yhdellä hankekierröksellä vakiinnu sinne.

Edellä mainitut tavoitteet ovat erittäin laajoja, ja tuskin riippuvaisia ainoastaan mini-intervention tekemisestä. Hankkeen toteutumisen mittaaminen suhteessa niihin olisikin erittäin vaikeaa, sillä tapahtuneesta muutoksesta olisi huomioitava myös muut tekijät, kuten alkoholin hinnanalennukset ja tuontisäädösten muutokset.

Valtakunnallisen hankkeen toteutumista arvioidaankin sillä, miten mini-intervention tekemisaktiivisuus muuttuu hankkeen aikana. Aktiivisuutta mitataan lääkäreille suunnatulla kyselyllä, joka toteutetaan samanlaisena ennen hankkeen alkua ja sen jälkeen. Kyselyn toteuttamisesta ja vastausten analysoinnista vastaa hankkeen koordinaattori. Kuntatasolla vastaavia arviointimenetelmiä ei ole suunniteltu järjestelmällisesti. Yksittäisissä kunnissa lääkärit voivat merkitä tekemänsä mini-intervention tietojärjestelmään, jolloin mini-intervention käyttöä voidaan seurata. Haastateltavista kaksi kertoi myös, että heillä on tarkoitus tulevaisuudessa huomioida mini-intervention tekeminen lääkäreiden palkkauksessa.

8 Pohdintaa

8.1 Päätöksentekoprosessista

Päätöksentekoprosessista oli selkeästi erotettavissa Lammintakasen (2005) kehittämän analyysimallin eri vaiheet, vaikka eri vaiheiden toteutumisessa olikin puutteita. Erityisesti päätöksen taustalla vaikuttaneet tekijät on selvästi erotettavissa niin aiempien päätösten kuin terveydenhuoltojärjestelmän ja yhteiskunnallisen tilanteenkin osalta. Vuoden 2004 alkoholipoliittiset muutokset loivat paineita puuttua alkoholinkulutukseen ja lisäksi mini-interventiolla oli vahvat juuret aiemmissa alkoholipoliittisissa asiakirjoissa. Samalla myös kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi loi ennaltaehkäisyä ja perusterveydenhuollon roolia korostavan ilmapiirin.

Puutteellisimmin huomioituja vaiheita puolestaan olivat päätöksentekoprosessin julkisuus ja eri osapuolille tiedottaminen valmisteluvaiheessa, sekä eri vaihtoehtojen puntarointi. Valmisteluvaihe ja erityisesti kuntien rekrytointi mukaan hankkeeseen olisi kaivannut järjestelmällisempää otetta. Kyseessä on *valtakunnallinen* hanke, jonka tavoitteena on kehittää menetelmää ja työkaluja siten, että ne jatkossa olisivat perusterveydenhuollon käytettävissä koko maassa. Kuitenkin hankkeeseen osallistui ensimmäisenä vuonna vain kuusitoista kuntaa ja toisena vuonna seitsemän enemmän.

Vaihtoehtojen pohdinta jäi varsinkin kuntatasolla vähäiseksi. Kun valtakunnallisen hankkeen taholta otettiin yhteyttä, vaihtoehtoina harkittiin useimmiten joko hankkeeseen osallistumista tai siitä kieltäytymistä, ei niinkään muita keinoja puuttua alkoholinkulutukseen. Kuntia rekrytoitiin mukaan hankkeeseen pääosin henkilökohtaisten verkostojen tai terveysprojektin alueellisten yhteyshenkilöiden avulla, eikä kaikkia kuntia lähestytty järjestelmällisesti. Tämä ei vastaa päätöksentekoprosessille asetettua julkisuuden ja läpinäkyvyyden kriteeriä (Daniels & Sabin 2002), vaikkakin päätöksenteon jälkeen ja projektin käynnistyttyä on hankkeen internetsivuilla

ollut ilmoitus, että kunnat voivat liittyä hankkeeseen mukaan terveyslautakunnan päätöksellä. Kuntien rekrytoinnin menettelytapa on myös rajoittanut toista prosessin onnistumisen kannalta tärkeää edellytystä, nimittäin päätöksenteon osallisten määrää (Lammintakanen 2005,110).

Hankkeen käynnistämistä ja kuntien osallistumista siihen perusteltiin monipuolisesti. Kyse ei ollut varsinaisesti näyttöön perustuvan päätöksen vaatimuksesta (Gray 1997,1), sillä mini-intervention vaikuttavuudesta oli vain yksi käytetyistä perusteluista. Perusteluissa huomioitiin myös yhteiskunnallinen kehitys, hankkeen valtakunnallisuus ja merkittävyys, sekä sen tarjoamat kannustimet kuten koulutus. Hankkeesta kieltäytymistä puolestaan perusteltiin henkilöstön ja potilaiden kielteisillä asenteilla, projektien suurella määrällä sekä sillä, ettei hanke tarjonnut juurikaan uutta tietoa menetelmästä.

Päätöksentekoprosessin analysoinnista teki haastavaa se, että mini-interventiohankkeessa kulki rinnakkain kaksi eri prosessia; valtakunnallinen ja kuntatason. Kuntatason päätöksentekoprosessissa painopiste oli toimeenpanossa ja sen edellytyksissä, kun valtakunnallisella tasolla prosessi kattoi selkeämmin kaikki analyysimallin vaiheet. Päätöksentekoprosessi eteni tietyiltä osin melko järjestelmällisesti tyypillisiä vaiheita (mm. Simon 1979, Garpenby 2003 ja Lammintakanen 2005) noudattaen. Toisaalta havaittavissa oli myös garbage can –tyyppisen päätöksenteon piirteitä, kun jokainen päätöksen tehnyt taho teki käytettävissään olevasta informaatiosta omaan kontekstiinsa sopivan tulkinnan (Cohen 1972).

8.2 Priorisoinnista

Rajallisten resurssien määrittämässä terveydenhuollossa joudutaan käytännössä aina tekemään priorisointia (Vuorenkoski ym. 2004, 427). Valtakunnallisen mini-interventiohankkeen osalta priorisointipäätös tehtiin ensin valtakunnallisella tasolla, jossa hankkeen käynnistämisestä ja rahoituksesta päätettiin. Mini-interventioprojekti oli toki vain yksi monista

kansallisen terveydenhuollon hankkeen rahoittamista projekteista, mutta samalla moni projekti jäi ilman rahoitusta. Valtakunnallisen tason lisäksi myös hankkeeseen osallistuneet kunnat tekivät omat valintansa hieman eri kriteereillä.

Valtakunnallisella tasolla mini-interventiohankkeen priorisointi käynnistyi, kun havaittiin lähestyvä ongelma. Vaikka jo Euroopan unioniin liittyessä tiedettiin, että käytettävissä olevat alkoholipoliittiset keinot vähenevät, rajuimmat muutokset tapahtuivat vasta vuonna 2004. Tuontirajoitusten poistuminen EU-maiden väliltä ja Viron liittyminen unionin jäseneksi synnyttivät uhkakuvia alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen kasvusta. Valittavana todettiin olevan huonoja alkoholipoliittisia vaihtoehtoja (Österberg 2003, 32), joista valittiin alkoholiveron alentaminen. Nämä yhteiskunnalliset muutokset perustelivat alkoholihaittojen priorisoinnin *horisontaalisesti* ohi monien muiden sairauksien.

Vertikaalisesti mini-interventio priorisoitiin sosiaali- ja terveysministeriössä. Alkoholin kulutuksen pelättyä kasvua hillitsemään esitettiin ministeriössä alkoholin saatavuuden rajoittamista laimentamalla keskioluen alkoholipitoisuutta (STM 2002a ja 2002d). Ehdotus ei toteutunut, mutta käynnisti keskustelun käytettävissä olevista keinoista. Haastatteluissa korostettiin sitä, että alkoholihaittojen ehkäisyn alalla on vain vähän toimivia keinoja. Erään haastattelemani henkilön mukaan mini-interventiosta oli *riittävästi* näyttöä, vaikkakaan se ei ollut kiistatonta. Hankkeen valmistelun aloittamiseen vaikuttikin voimakkaasti siihen osallistuneiden henkilöiden oma mielipide mini-intervention mahdollisuuksista. Tämä on vastoin muiden muassa Grayn (1997,1) esittämää ajatusta siitä, että päätösten perustelemiseksi vaaditaan arvojen ja mielipiteiden sijaan yhä enemmän tutkittua tietoa.

Paikallisella tasolla priorisointi eteni hieman eri tavoin. Myös kunnallisella tasolla hankkeeseen osallistumista edelsi aika, jolloin pelättiin alkoholihaittojen suurta kasvua. Mini-interventioprojekti tarjosi vastaukseksi valmiiksi suunnitellun hankkeen, jossa kunnan ei tarvinnut suoranaisesti osallistua hallinnointiin tai rahoitukseen. Toki lääkäreiden ja hoitajien mini-intervention

käyttämä työaika maksaa, mutta budjetissa hanketta ei tarvinnut huomioida. Yllättävää mielestäni oli se, että mini-interventioon käytettäväksi arvioitu aika mainittiin vain yhdessä lautakunnan päätöksessä. Kyseisessä pöytäkirjassa ajaksi arvioitiin noin kymmenen minuuttia potilasta kohti, ottamatta kuitenkaan kantaa siihen, kuinka monta kymmentä minuuttia mini-interventioon kuluisi esimerkiksi päivän aikana. Terveyskeskusten tiukassa aikataulussa näkyisi toki sekin, jos jokaisen potilaan kohdalla keskusteltaisiin pari minuuttia alkoholinkäytöstä.

Mini-interventiohankkeeseen osallistuminen ei edellyttänyt suoranaista rahallista panostusta kunnalta, eikä sen vaatimien resurssien vaihtoehtoisia käyttötapoja pohdittu. Mini-interventioprojektin priorisointi vertikaalisesti tapahtui useissa kunnissa harkitsematta. Päätöksentekovaiheessa ei tietoisesti punnittu niitä vaihtoehtoja, jotka jäivät valitsematta mini-interventioprojektin takia.

Kunnat toteuttivatkin vielä mikrotason priorisointia valitsemalla omaan toimintaympäristöönsä sopivimman toimeenpanotavan. Mini-intervention varsinainen kohderyhmä ovat alkoholin suurkuluttajat, joille ei vielä ole ilmaantunut oireita. Ongelma saattaa jäädä havaitsematta oireettomuuden ohella myös siksi, että tutkimusten mukaan alkoholin suurkuluttaja ei itse ota aihetta puheeksi (esim. Seppä 2003b, 2508-2511). Kuntatasolla mini-interventioprojektin toteutustavat vaihtelevat kuitenkin suuresti, eikä alkoholinkäytöstä kysytä läheskään jokaiselta vastaanotolle tulijalta. Kleinin ym. (1996,11) luokittelemista säännöstelyn toteuttamisen tavoista kuntatasolla käytetään *valintaa*: Palvelujen tarjoajat valitsevat ne asiakkaat, jotka todennäköisimmin hyötyvät hoidosta. Kyse on käytännössä implisiittisestä priorisoinnista; yksittäinen lääkäri perustaa päätöksensä kysyä alkoholinkäytöstä omaan arvioonsa potilaan subjektiivisesta tarpeesta (Coast 1997, 1118-1122).

Priorisointipäätöksiä ohjaavat usein laajemmat normatiiviset periaatteet. Mini-interventioprojektin osalta tällaisia periaatteita ei voimakkaasti tuotu esiin, vaan taustalla nähtiin vaikuttavan lähinnä yleisemmät terveydenhuollon tavoitteet ja

periaatteet. Koska mini-interventio menetelmänä kohdistuu nimenomaan aikuisväestöön, voisi periaatteena pitää *yhteiskunnalle tärkeiden ryhmien, työikäisten, priorisointia* (New 1996, 1595-1596).

8.3 Jatkosta

Tutkimusta tehdessä opin ymmärtämään päätöksentekoprosessia ja erityisesti sen kompleksisuutta enemmän. Yksinkertaistetut hallinnolliset mallit päätöksentekoprosessista (esim. Simon 1979) tavoittavat vain osan todellisuudesta, mutta ovat välttämättömiä keskeisten vaiheiden havaitsemiseksi. Lammintakasen (2005) analyysimalli lukuisine kysymyksineen oli mielestäni toimiva kehikko prosessin arvioinnissa. Mallin avulla olisikin mielenkiintoista tarkastella priorisointipäätöksiä, jotka on tehty toisistaan tietämättä eri kunnissa, sekä vertailla päätöksentekoprosessien eroja ja yhtäläisyyksiä.

Jatkossa olisi myös mielenkiintoista selvittää, etenevätkö vastaavanlaiset valtakunnalliset hankkeet samansuuntaisesti kuin mini-interventioprojekti. Hankkeessa kulki lomittain kaksi eri tason päätöksentekoprosessia, valtakunnallinen ja kunnallinen, mikä antoi päätöksenteolle oman leimansa. Mini-interventioprojektin kohdalla kunnissa pohdittiin lähinnä sitä, osallistutaanko hankkeeseen vai ei, eikä niinkään sitä, mitä muita keinoja alkoholihaittojen hillitsemiseksi olisi käytettävissä. Eräs kiinnostava kysymys onkin, kuinka suuri osa kunnissa käynnissä olevista hankkeista on alkanut samalla tavoin? Ja kuinka monen hankkeen kohdalla on todella pohdittu vaihtoehtoisia tapoja vastata ilmenneisiin haasteisiin?

Priorisointi onkin kaikessa vaikeudessaan erityisen mielenkiintoinen osa terveydenhuoltoa. Käsitteellä on erittäin negatiivinen kaiku ja se ymmärretään monesti resurssien leikkaamiseksi. Tämä näkyi tekemissäni haastatteluissakin siten, että priorisoinnin käsitettä ei haluttu käyttää. Valinnoista puhuttaessa muutama haastateltava korosti sitä, ettei mini-interventioprojekti ole ainoa käynnissä oleva hanke eikä se sulje pois muiden sairauksien ja hoitokeinojen

edistämistä. Toki se ei näin teekään kokonaisuuden kannalta, mutta juuri siihen varattujen resurssien osalta kyllä. Vaihtoehtoiskustannus (Sintonen 1997) ei todennäköisesti ole tuntematon käsite, mutta valintoja tehdessä sitä ei tiedosteta –tai ei haluta tiedostaa. Mini-interventioprojektiin osallistuneiden kuntien osalta tämä näkyi erityisen selvästi, kun rahallista panostusta ei vaadittu. Kielteisen kannan ottaneissa kunnissa asia nähtiin ehkä toisin, mutta näitä kuntia oli kuitenkin tiedossa valitettavan vähän. Erittäin mielenkiintoisia olisivat lisäksi ne kunnat, joissa yksittäinen henkilö, joka mini-interventioprojektista ensimmäisenä kuuli, on tehnyt itsenäisen päätöksen olla viemättä asiaa eteenpäin.

Valtakunnallisen ja paikallisen tason väliset erot ja yhtäläisyydet kaiken kaikkiaan vastaavanlaisissa projekteissa ovat kiinnostavia. Hankkeen tavoitteiden toteutumisen kannalta olisi tärkeää, että toimeenpano noudattaisi samoja periaatteita jokaisella tasolla. Mini-interventioprojektissa näin ei tapahdu, eikä ehkä monessa muussakaan. Mielenkiintoista olisi tarkastella eri tasojen välistä kommunikaatiotakin: tiedetäänkö esimerkiksi mini-interventiohankkeen valtakunnallisella tasolla, kuinka suuresti eri kuntien toimintatavat eroavat toisistaan? Hankkeen onnistumista arvioitaessa se olisi kuitenkin hyvä huomioida.

Tutkimuksen edetessä heräsi siis runsaasti uusia kysymyksiä ja lukuisia eri näkökulmia olisi ollut kiinnostavaa tarkastella. Esittämiini tutkimuskysymyksiin sain kuitenkin vastaukset, joten muiden kysymysten aika on myöhemmin. Eskolan (2001,153) sanoin onkin aika todeta: ”tämä työ on valmis, vaikka sitä voisi vielä työstää vaikka kuinka kauan”.

Lähteet:

Aalto M. 2001. Prevalence and Brief Intervention of Heavy Drinkers in Primary Health Care. Lahti Project Study. Acta Universitatis Tamperensis. Tampereen yliopisto.

Aaltola J. ja Valli R. (toim.). 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Aira M. ja Kotilainen T. 2004. Työikäisen väestön alkoholihaittojen ehkäisy terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti 1998;53:4257-4262.

Alkoholi- ja huumeutkijain seura ry. 2003. Tommi 2003. Alkoholi- ja huumeutkimuksen vuosikirja.

Andréasson S, Hjalmarsson K, Rehnman C. 2000. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. Alcohol and Alcoholism 2000;35:525-530.

Beich A, Gannik D, Malterud K. 2002. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. British Medical Journal 2002;325:870-875.

Beich A, Thorsen T, Rollnick S. 2003. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal 2003;327:536-542.

Coast J. 1997. Rationing within the NHS should be explicit. The case against. British Medical Journal 1997;314;1118-1122.

Cohen MD, March JP., Olsen, JP. 1972. A Garbage Can Model of Organizational Choice. Administrative Science Quarterly 1972;17;1-25.

Daniels N, Sabin JE. 2002. Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources? Oxford University Press. New York.

Doyal L. 1997. Rationing within the NHS should be explicit. The case for. British Medical Journal 1997;314:1114-1118.

Eddy DM. 2005. Evidence-based medicine. Guidelines. Chichester. Wiley.

Emmen MJ, Schippers GM, Bleijenberg G, Wollersheim H. 2004. Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. British Medical Journal 2004;328:318-322.

Eskola J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J ja Valli R (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Eskola J. ja Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Fleming MF, Mundt MP, French MT et al. 2000. Benefit-Cost Analysis of Brief Physician Advice With Problem Drinkers in Primary Care Settings. Medical Care. 38(1):7-18

Garpenby P. 2003. The priority setting process. A macro perspective. The National Centre for Priority Setting in Health Care, Sweden. Prioriteringscentrum 2003:3.

Gray JAM. 1999. Evidence-based Healthcare. How to make health policy and management decisions. Churchill Livingstone. Edinburgh.

Hallitusohjelma. 2003. Pääministeri Matti Vanhasen hallitusohjelma 24.6.2003. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki.

Hyssälä L. 2003. Alkoholien haittoja ei pitä hyväksyä. Tiedote 284/2003. 9.10.2003. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/809/index.htm>

Ham C. 1997. Priority Setting in Health Care: Learning from International Experience. *Health Policy* 1997;42:49-66.

Karlsson T (2001): Onks' tietoo? Arviointikansallisen alkoholiohjelman toimeenpanosta. Teoksessa: 2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. 45–84.

Karlsson T. ja Österberg E. 2002. Finland. Teoksessa Österberg E. ja Karlsson T. (toim.) Alcohol policies in EU Member States and Norway. A collection of country reports. Stakes. Helsinki. 140-167.

Klein R, Day P, Redmayne S. 1996. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the national health service. Open University Press.

Kotkan kaupunki. 2004. Rahoitushakemus kansallisen terveydenhuollon hankkeen mukaisille kehittämishankkeille. 26.8.2004. Valtakunnallinen mini-interventioprojekti.

Lammintakanen J. 2005. Health Care Prioritisation. Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Doctoral dissertation. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 116.

Lindholm L. 1998. Alcohol advice in primary health care –is it a wise use of resources? *Health Policy* 1998;45:47-56.

New B. 1996. The rationing agenda in the NHS. *British Medical Journal* 1996;312:1593-1601.

Poikolainen K. 1999. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary care and general populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 1999;28:503-9.

Poikolainen K. 2003. Mitä voidaan tehdä alkoholihaittojen hallitsemiseksi? Enemmän malttia, valvontaa ja yhteisvastuuta. *Duodecim* 2003;119:2477-8.

Ryynänen OP ja Myllykangas M. 2000. Terveysthuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY. Helsinki.

Salaspuro M. 2003. Mitä on näyttöön perustuva hoito? Teoksessa Tommi 2003. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huume tutkimus seura ry. Helsinki. 90-99.

Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. *Duodecim*. Helsinki.

Salminen A. 1993. Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Painatuskeskus. Helsinki.

Seppä K. 1996. Mini-interventiohoidon teho alkoholihaittojen ehkäisyssä. Katsaus terveydenhuollossa tehtyihin tutkimuksiin. *Suomen Lääkärilehti* 1996;51:1431-1441.

Seppä K. 2003a. Mini-interventio. Teoksessa Päihdelääketiede. Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. (toim.) 2003. *Duodecim*. Helsinki.

Seppä K. 2003b. Alkoholi ongelmainen vastaanotolla. *Duodecim* 2003;119:2508-2513.

Seppä K. 2003c. Alkoholi ongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Päihdelääketiede. Salaspuro M, Kiiänmaa K, Seppä K. (toim.) 2003. *Duodecim*. Helsinki.

Seppänen-Järvelä R. 2004. Projekti – kehittämisen kehto vai musta aukko? Yhteiskuntapolitiikka 69:3;251-259.

Sillanaukee P, Sillanaukee P A, Suokas A, Kiianmaa K, Seppä K. 1994. Alkoholihaittojen sekundaaripreventio – perusterveydenhuollon tärkeä haaste. Suomen Lääkärilehti 1994;49:671-678.

Sillanaukee P, Seppä K, Kiianmaa K. 1996. Strategiat alkoholihaittojen hallitsemiseen. Duodecim 1996;112:1947-1953.

Simon HA. 1979. Päätöksenteko ja hallinto. WeilinGöös. Espoo.

Simon HA. 1997. Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organizations. The Free Press. New York.

Sintonen H, Pekurinen M, Linnakko E. 1997. Terveystaloustiede. WSOY. Helsinki.

Stakes. 2002. Päihdetilastollinen vuosikirja 2002. Sosiaaliturva 2002:3. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Stakes. 2004. Päihdetilastollinen vuosikirja 2004. Alkoholit ja huumeet. Sosiaaliturva 2004. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Stakes. 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutieto 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

STM. 1997. Onks' tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanoksi. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:14. Helsinki.

STM. 2001a. 2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

STM. 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

STM. 2002a. Kohti monen polun alkoholipolitiikkaa. Alkoholipolitiikka 2000-työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:6. Helsinki.

STM. 2002b. Terveysturvallisuuden turvaaminen. Hankesuunnitelma 17.12.2002. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveyshanke/toimpano.htx.i1821.doc>

STM. 2002c. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki.

STM. 2002d. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki.

STM. 2003a. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:6. Helsinki.

STM. 2003b. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.

STM. 2003c. Priorisointi- ja jonoasettamisindikaatiot. Kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:6. Helsinki.

STM. 2003d. Terveysturvallisuuden turvaaminen. Hankesuunnitelman toteutuksen tilanne. 1.4.2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: <http://www.terveyshanke.fi/fi/file.asp?obj=2106>

STM. 2004a. Alkoholikäytöstä kysyttävä potilaskontakteissa. Tiedote 7.9.2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2215/index.htx>

STM. 2004b. Alkoholiohjelma 2004-2007. Yhteistyön lähtökohdat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

STM. 2004c. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen. Hankesuunnitelman toteutuksen tilanne. 1.10.2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

STM. 2004d. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen mukaiset kehittämishankkeet 2004. Valtionavustuksen saajat 29.4.2004. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveyshanke/alahanke.htx.i1896.doc>

STM. 2005a. Hyvä Suomi 2020: Projekteista takaisin käytännön työhön. Socius 1/2005. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti verkossa. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/socius/socius-12005/sivu9.htx>

STM. 2005b. Rahoitus. Alkoholiohjelma. Saatavissa: <https://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/ohjelma/rahoitus.htx>

STM. 2005c. Terveystieteiden rahoittamat kehittämishankkeet 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveyshanke/hankerahat05.htx.i234.xls>

STTV ja Stakes. 2004. Alkoholijuomien kokonaiskulutus 2004. Tiedote 24.2.2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa: http://www.sttv.fi/ylo/tiedotteet_frameset.htm

Tigerstedt C. 2002. Pikasuunnistus Suomen alkoholipoliittisen suunnittelun ryteikköön. Yhteiskuntapolitiikka 67:5;490-492.

Tigerstedt C. ja Karlsson T. 2003. Vaivalloinen irtiotto. Teoksessa Tommi 2003. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huume tutkimujain seura ry. Helsinki. 49-65.

Tilastokeskus. 2003. Kuolemansyytilasto 2003. Saatavissa: www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2003/index.html, 29.11.2004

Tohmo H. ja Pahlman I. 2003. Priorisointi –rationaalisia valintoja vai hoitamatta jättämistä? Suomen Lääkärilehti 2003;58:425-429.

Tuomi J. ja Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi 2002.

Uusitalo H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY. Helsinki.

Valtioneuvosto. 2004. Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon vuoden 2005 voimavaroista. 854/2004. 14.9.2004. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040854>

Vuorenkoski L, Hetemaa T, Keskimäki I. 2004. Kokemuksia elektiivisten toimenpiteiden priorisoinnista –onko meillä jotain opittavaa? Suomen Lääkärilehti 2004;59:427-431.

Österberg E. 2002. Onko vuosi 2004 kohtalokas alkoholiveroillemme? Yhteiskuntapolitiikka 67:3; 234-244.

Österberg E. 2003. Vuosi 2004 –legenda jo vuodesta 1994. Teoksessa Tommi 2003. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja. Alkoholi- ja huume tutkimujain seura ry. Helsinki. 31-46.

Österberg E & Karlsson T (toim.) (2002): Alcohol policies in EU Member States and Norway. A collection of country reports. Stakes, Helsinki.

Liite:

Haastattelurunko.

Hankkeen valmistelu

Mistä ja milloin hanke sai alkunsa?

Kenen aloite?

Mistä tieto hankkeesta tuli kuntaan?

Kuka vastannut valmistelusta?

Onko haastateltava itse osallistunut valmisteluun?

Päätös/priorisointi

Milloin päätös on tehty? Virallinen / käytännössä?

Kuka/ketkä tekivät päätöksen hankkeen käynnistämisestä/kunnan osallistumisesta siihen?

Pohdittiinko muita vaihtoehtoja? Jos kyllä, niin mitä?

Horisontaalinen priorisointi: miksi alkoholihaitat?

Vertikaalinen priorisointi: miksi mini-interventio?

Periaatteet:

Haluttiinko priorisoida jotain tiettyä

sairautta/potilasryhmää/yhteiskunnalle tärkeää ryhmää tms?

Perustelut päätökselle?

Hankkeen toimeenpano

Työnjako eri toimijoiden välillä?

Miten kunnat rekrytoitiin mukaan?

Kuka vastaa toimeenpanosta?

Käytännön toteutus?

Hankkeen arviointi

Miten hankkeen onnistumista arvioidaan?

Kuka arvioi? (kunnissa/valtakunnallisella tasolla)

Milloin arviointi tehdään?

Haastateltavan oma arvio hankkeen toteutumisesta suhteessa tavoitteisiin?