

*Kati Myllymäki*

*Terveyskeskus 2015*  
-terveyskeskustyön tulevaisuus

---





# KUVAILELEHTI

|  |                       |   |  |
|--|-----------------------|---|--|
| <b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö   |                       | <b>Julkaisun päivämäärä</b>                             |  |
| <b>Tekijät</b><br>Kati Myllymäki   |                       | <b>Julkaisun laji</b> Seminaariraportti                 |  |
|  |                       | <b>Toimeksiantaja</b><br>Sosiaali- ja terveysministeriö |  |
|  |                       | <b>HARE-nro ja toimielimen asettamispäivä</b>           |  |
| <b>Julkaisun nimi</b> Terveyskeskus 2015 - terveyskeskustyön tulevaisuus   |                       |   |  |
| <b>Tiivistelmä</b><br>Osana kansallista terveyshanketta STM järjesti kesäkuussa 2006 Tuusulassa työseminaarin, jossa analysoitiin terveyskeskusten ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja. Tavoitteena oli hakea terveyskeskusjärjestelmän ennakkuuolutoita uudistamista. Työseminaari oli yksimielinen siitä, että tarvitaan syvällistä uudistustyötä ja valtakunnallista tukea terveyskeskusten kehittämiseksi. Toimenpide-ehtotuksia on yhteensä 16. Kansallisen terveyshankkeen viimeinen toimintavuosi on v. 2007 ja seminaarin osanottajat esittävät, että viimeisenä vuonna hankkeen painopiste olisi voimakkaasti perusterveydenhuollossa. Kasvavan vanhusväestön palvelutarpeet, erikoissairaanhoidon kustannusten hallinta ja suurten kansantautien ehkäisy ja hoito edellyttävät toimivaa perusterveydenhuoltoa. Työseminaarin toimenpide-ehdotukset voidaan tiivistää kuuteen teemaan:<br><br>I Terveyskeskuksen perustehtävän määrittely<br>Kehittämistä varten tarvitaan valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämiskeskus ja verkosto. Kysymyksessä ei ole uuden laitoksen tai instituutin perustaminen vaan perusterveydenhuollon kehittämisen selkeä vastuuttaminen. On arvioitava ministeriön, Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Kuntaliiton ja yliopistojen rooli ja yhdistettävä kymmenet kehittämishankkeet laaja-alaiseksi, kokonaisvaltaiseksi ja pitkäjänteiseksi terveyskeskustyön kehittämiseksi. Osana kansanterveysystyön/ perusterveydenhuollon perustehtävän kirkastamista nähtiin lainsäädännön uudistaminen. Uuteen yhtenäiseen lakiin, joka koskisi ehkäiseviä ja hoitavia sosiaali- ja terveyspalveluita, toivotaan käsitteiden selkeää määrittelyä .<br><br>II Vahvistetaan potilaslähtöisyyttä.<br>Terveyskeskuksissa on luotava uusia toiminta/palvelumalleja erilaisiin tarpeisiin ja erilaisille väestöryhmille. Tässä tavoitteena on päästä palveluita uudistamalla kohdentamaan palvelut niitä eniten tarvitseville ja sen kautta kaventamaan terveyseroja. Korkeampi koulutustaso, uusi teknologia ja informaatioteknologia vahvistavat potilaan asemaa oman hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. Potilaan asemaa on vahvistettava myös valinnanvapautta lisäämällä ja helpottamalla asiointia yli kuntarajojen.<br><br>III Osaamisen ja laadun kehittäminen.<br>Perusterveydenhuollon aseman ja roolin vahvistaminen edellyttää osaamisen ja laadun parantamista. Tarvitaan selvät kriteerit ja suositukset toimipaikka- ja täydennyskoulutukselle. Rohto-työpajatoiminta tulee laajentaa koko maan kattavaksi (muutkin aiheet kuin lääkehoito). Hallinnon ja johtamisen koulutus on saatava kuntoon kaikilla tasoilla. Perustetaan valtakunnallinen terveyskeskusjohtajien verkosto ja täydennyskoulutusohjelma. Perusterveydenhuollon toimintaa on päästävä seuraamaan myös sisällön eikä ainoastaan käytötilukujen osalta. Terveyskeskuksen johdon on pystyttävä seuraamaan palvelujen vaikuttavuutta terveyteen ja eriarvoisuuteen. Tarkoituksena on tuottaa pätevät johtamisen työkalut kansanterveysystyön johtamiseen ja tuottaa myös valtakunnallinen ja alueellinen tietopohja vertaisarvioinnin (benchmarking) pohjaksi.<br><br>IV Terveyskeskuksista kansallinen verkosto<br>Luodaan kiinteä verkosto perusterveydenhuoltoon jatkoksi kansallisen terveyshankkeen aluetukihenkilöille. Alueelliset terveyskeskusten kehittämissyksiköt ja alueellinen kehittämisrahasto huolehtivat esimerkiksi EVO-rahoituksen ohjaamisesta ja kehittämishankkeiden kokoamisesta. Valitaan alueellinen pth edustaja, joka toimii myös yhdyshenkilönä STM:n suuntaan. Tämä voisi olla joku alueen terveyskeskusten johtavista lääkäreistä, joka myös voisi toimia työparina sairaanhoitopiiriin johtavan lääkärin kanssa. Perustetaan alueellinen foorumi: Tiedon käsittely ja vertailu alueittain, alueelliset tutkimus- ja kehitysyksiköt koordinoivat, virkamiesjohto ja luottamusmiesjohto yhdessä. Valtakunnallinen foorumi perustetaan koordinoimaan ohjausta. Siihen tulisi STM:n, alaiusten laitosten sekä alueiden edustus.<br><br>V Informaatioteknologiasta tukea tutkimukseen ja kehittämiseen.<br>Hyvien ratkaisujen ja kehittämishankkeiden tietokanta luodaan nettiin edistämään terveyskeskusten kehittämistyötä. Lisäksi luodaan perusterveydenhuollon tutkimustyön tukijärjestelmä.<br><br>VI Organisaation ja toiminnan kehittäminen.<br>Hoitokehityksen käyttöönottoa on tehostettava. Palvelurakenteen kehittäminen on välttämätöntä. Yhden kunnan mahdollisuudet muuttaa perusterveydenhuollon toiminta-ajatusta ovat rajalliset. Uusi palvelurakenne tulee hahmottaa palvelukokonaisuuksien pohjalta. Kahden päivän intensiivisessä työseminaarissa päädyttiin näihin toimenpide-ehdotuksiin. Niiden työstäminen ja hiominen vaatii jatkotyötä ja neuvotteluita oikean toimijan ja vastuutahon löytämiseksi. Jatkotyössä on erityisesti tuotava mukaan moniammatillisuus ja tiimien toimivuus. Lisäksi ehdotetaan jatkotyöskentelyyn vahvempaa yhteyttä lääketieteellisiin tiedekuntiin sekä ammattikorkeakouluihin. Toivomme, että työseminaarin esittämät toimenpide-ehdotukset johtavat jatkovalmisteluun sosiaali- ja terveysministeriössä ja sen alaisissa laitoksissa. |                       |   |  |
| <b>Asiasanat:</b> kehittäminen, perusterveydenhuolto, terveyskeskus  |                       |   |  |
| <b>Muut tiedot</b> www.stm.fi  |                       |   |  |
| <b>Sarjan nimi ja numero</b><br>Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56  |                       | <b>ISSN</b><br>1236-2115                                | <b>ISBN</b><br>952-00-2169-8 (nid.)<br>952-00-2170-1 (PDF) |
| <b>Kokonaissivumäärä</b><br>46   | <b>Kieli</b><br>Suomi | <b>Hinta</b><br>10,80 €                                 | <b>Luottamuksellisuus</b><br>Julkinen                      |
| <b>Jakaja</b><br>Yliopistopaino Kustannus<br>PL 4 (Vuorikatu 3 A)<br>00014 HELSINGIN YLIOPISTO   |                       | <b>Kustantaja</b><br>Sosiaali- ja terveysministeriö     |  |



# PRESENTATIONSBLAD

|   |                      |  |  |
|---|----------------------|--|--|
| <b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet   |                      | <b>Typ av publikation:</b> Seminarierapport                |  |
| <b>Författare</b> Kati Myllymäki  |                      | <b>Uppdragsgivare</b><br>Social- och hälsovårdsministeriet |  |
| <b>Publikationens titel</b> Hälsovårdscentral 2015 – arbetet vid hälsovårdscentralerna i framtiden  |                      |  |  |
| <p><b>Referat</b></p> <p>Som en del i hälsovårdsprojektet ordnade SHM i juni 2006 ett arbetsseminarium i Tusby där hälsovårdscentralernas problem och möjliga lösningar analyserades. Målet var en fördomsfri reform av systemet med hälsovårdscentraler.</p> <p>Arbetsseminariet var enigt om att det behövs djupgående reformarbete och rikstäckande stöd för att utveckla hälsovårdscentralerna. Förslagen till åtgärder uppgår sammanlagt till 16 och de har presenterats separat i rapporten i "lådor". Sista verksamhetsåret för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet är år 2007 och seminariedeltagarna föreslår att projektets tyngdpunkt under det sista året skall starkt vara lagd på primärvården. Ökat servicebehov för den äldre befolkningen, kontroll av kostnaderna för den specialiserade sjukvården och förebyggande och vård av stora folksjukdomar förutsätter en fungerande primärvård.</p> <p>Arbetsseminariets förslag till åtgärder kan sammanfattas i sex teman:</p> <p>I Definiera hälsovårdscentralernas grundläggande uppgift</p> <p>En utvecklingscentral och ett nätverk inom primärvården som är rikstäckande behövs för utvecklande. Det är inte fråga om att grunda en ny anstalt eller ett nytt institut utan om att etablera en tydlig ansvarsfördelning i utvecklandet av primärvården. Rollen för ministeriet, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, Folkhälsoinstitutet, Kommunförbundet och universiteten måste utvärderas och med hjälp av totala sammanslagna utvecklingsprojekt utveckla arbetet med hälsovårdscentralerna på ett brett, heltäckande och långsiktigt sätt. Revidering av lagstiftningen sågs som en del av tydliggörandet av den grundläggande uppgiften för folkhälsoarbetet/primärvården. Det är önskvärt att i en ny enhetlig lag som skulle gälla förebyggande och vårdande social- och hälsovårdstjänster införa en tydlig definition av begreppen.</p> <p>II Stärka patientorienteringen</p> <p>Nya verksamhets-/servicemodeller för olika behov och olika befolkningsgrupper måste skapas vid hälsovårdscentralerna. Målet här är att genom en reform av servicen kunna rikta servicen till dem som har störst behov och därigenom minska hälsoskillnaderna. Högre utbildningsnivå, ny teknologi och informationsteknologi stärker patientens ställning som subjekt, aktör och ansvarig för sin egen vård. Patientens ställning måste även stärkas genom ökad valfrihet och genom att göra det lättare att utträta ärenden över kommungränserna.</p> <p>III Utveckla kunskanternas och kvaliteten</p> <p>Stärkande av ställningen och rollen för primärvården förutsätter en förbättring av kunskanternas och kvaliteten. Tydliga kriterier och rekommendationer behövs för arbetsplats- och fortbildning. Verkstadsverksamheten Rohto bör utvidgas till hela landet (även andra ämnen än läkemedelsbehandling). Man måste ordna upp utbildningen i administration och ledarskap på alla nivåer. Ett rikstäckande nätverk bestående av cheferna för hälsovårdscentralerna och ett fortbildningsprogram grundas. Man skall kunna följa upp hälso- och sjukvårdens verksamhet också i fråga om innehåll och inte enbart besöksiffror. Hälso- och sjukvårdsledningen skall kunna följa servicens inverkan på hälsa och ojämlikhet. Syftet är att producera bra ledarskapsverktyg för att leda folkhälsoarbetet och samtidigt producera ett rikstäckande och regionalt informationsunderlag som underlag för inbördes utvärdering (benchmarking).</p> <p>IV Skapa ett nationellt nätverk av hälsovårdscentraler</p> <p>Ett fast nätverk skapas för primärvården som en fortsättning till de ansvariga personerna för regionstödet inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. Regionala utvecklingsenheter vid hälsovårdscentralerna och en regional utvecklingsfond sörjer till exempel för styrningen av den statliga ersättningen (EVO) och samlandet av utvecklingsprojekten. En regional företrädare som även fungerar som kontaktperson mot SHM utses för primärvården. Kontaktpersonen kunde vara någon av de ledande läkarna vid regionens hälsovårdscentraler och även fungera som arbetspar tillsammans med sjukvårdsdistriktets ledande läkare.</p> <p>Ett regionalt forum bildas: Informationsbehandling och jämförelse regionsvis, regionala forsknings- och utvecklingsenheter koordinerar, tjänstemannaledningen och förtroendemannaledningen tillsammans.</p> <p>Ett rikstäckande forum grundas för att styra koordineringen. Den skulle bestå av representanter för SHM, dess underlydande institutioner och regionerna.</p> <p>V Stöd till forskning och utveckling via informationsteknologi</p> <p>Databasen för bra lösningar och utvecklingsprojekt skapas på nätet för att främja utvecklingsarbetet vid hälsovårdscentralerna. Dessutom skapas ett stödssystem för forskningen inom primärvården.</p> <p>VI Utveckla organisationen och verksamheten</p> <p>Ibruktageandets av vårdkedjor måste effektiviseras. Det är nödvändigt att utveckla servicestrukturen. Möjligheterna för en kommun att ändra verksamhetstänkandet inom primärvården är begränsade. En ny servicestruktur bör utformas utifrån servicehelheterna. På det två dagar långa och intensiva arbetsseminariet kom man fram till dessa förslag till åtgärder. Att bearbeta och finslipa dem kräver fortsatt arbete och förhandlingar för att hitta rätt aktör och en ansvarig. I det fortsatta arbetet gäller det att särskilt beakta multiprofessionalitet och att arbetsteamet fungerar. Dessutom föreslås att det fortsatta arbetet skall ha tätare kontakter med medicinska fakulteter och yrkeshögskolor. Vi hoppas att de förslag till åtgärder som seminariet presenterat leder till fortsatt beredning vid social- och hälsovårdsministeriet och dess underlydande institutioner.</p> |                      |  |  |
| <b>Nyckelord:</b> hälsovårdscentral, primärvård, utveckling   |                      |  |  |
| <b>Övriga uppgifter:</b> www.stm.fi/svenska   |                      |  |  |
| <b>Seriens namn och nummer</b><br>Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2006:56  |                      | <b>ISSN</b><br>1236-2115                                   | <b>ISBN</b> 952-00-2169-8 (inh.),<br>952-00-2170-1 (PDF) |
| <b>Sidoantal:</b> 46  | <b>Språk:</b> Finska | <b>Pris:</b> 10,80 €                                       | <b>Sekretessgrad:</b> Offentlig                          |
| <b>Försäljning:</b> Helsingfors Universitetsförlaget<br>PB 4 (Berggatan 3 A)<br>FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET  |                      | <b>Förlag</b><br>Social- och hälsovårdsministeriet         |  |



## DOCUMENTATION PAGE

|  |                          |   |  |
|--|--------------------------|---|--|
| <b>Publisher:</b> Ministry of Social Affairs and Health, Finland   |                          | <b>Type of publication:</b> Seminar Report                      |  |
| <b>Authors:</b> Kati Myllymäki   |                          | <b>Commissioned by</b><br>Ministry of Social Affairs and Health |  |
| <b>Title of publication:</b> Health centre 2015 - the future of health centres   |                          |   |  |
| <b>Summary</b>   |                          |   |  |
| <p>As a part of the National Health Care Project, the Ministry of Social Affairs and Health arranged a working seminar in Tuusula in June 2006 where the problems and potential solutions regarding health centres were analysed. The aim was to outline how the health centre system could be reformed in an open-minded manner. In the working seminar, a unanimous agreement was reached regarding the need for both in-depth reform and national support for the development of health centres. In total 16 proposals for measures were presented, and they are described in the report separately in "boxes". The National Health Care Project will end after year 2007, and the seminar participants proposed that the last year of the project would strongly focus on primary health care. Service needs of the growing ageing population, cost-containment in specialised medical care, and prevention and treatment of major public health problems require that primary health care is effective. The proposals for measures presented in the working seminar can be summarised in six themes:</p> <p>I Defining the basic tasks of health centres</p> <p>A national development centre and a network for primary health care are needed for the development work. This does not, however, mean the establishment of a new institution or institute. Instead, it means clear definitions of responsibilities regarding the development of primary health care. The role of the Ministry, the National Research and Development Centre for Welfare and Health, the National Public Health Institute, the Association of Finnish Local and Regional Authorities, and the universities needs to be assessed, and the various development projects need to be merged into broad-based, holistic and long-term activities for the development of health centres. Clarifying the basic tasks of public health work/primary health care should include legislative reforms. The new harmonised act on preventive and curative social welfare and health care services should have clear definitions of concepts.</p> <p>II Strengthening patient orientatedness</p> <p>Health centres need to create new operational or service models for various kinds of needs and for different population groups. The objective of the service reform is to allocate services to those who need them most and, thus, diminish differences in health. Higher level of education, new technologies, and information technologies reinforce the status of the patient as the subject, actor and responsible person for his or her own treatment. The status of the patient has to be reinforced also by increasing freedom of choice and by facilitating access to services over municipality borders.</p> <p>III Developing competence and quality</p> <p>Strengthening the position and role of primary health care requires improved competence and quality. Clear criteria and recommendations for workplace training and continuing education are needed. The ROHTO workshop activities must be expanded to cover the whole country (including even other areas than medication). Training in administration and leadership must be reformed at all levels. A national network and programme for continuing education for health centre managers will be established. The operations of primary health care must be monitored even with regard to the contents of the services and not just regarding the quantities of use. Health centre management must be able to monitor the impact of services on health and inequality. The objective is to produce tools for competent management in public health work as well as a national and regional information base for benchmarking.</p> <p>IV Creating a national network of health centres</p> <p>A close network for primary health care will be created as a continuation of the activities of the regional support persons within the National Health Care Project. Regional development units for health centres and a regional development fund will, for example, take care for the allocation of the funding with special central government transfers and the merging of the development projects. A regional primary health care representative will be elected to act as a contact to the Ministry of Social Affairs and Health. The representative could be one of the leading physicians in the health centre area, and he or she could then work with the leading physician in the hospital district. A regional forum will be established: Regional data processing and comparison coordinated by regional research and development units in cooperation with the leaders of the civil servants and the elected officials. A national forum will be established to coordinate the steering. The forum would have representatives of the Ministry of Social Affairs and Health, related authorities and the regions.</p> <p>V Information technology facilitating research and development</p> <p>An on-line database for good practices and development projects will be created to promote the development of health centres. Also a support system for research on primary health care will be established.</p> <p>VI Developing the organisation and operations</p> <p>The implementation of care chains must be intensified. It is absolutely necessary to develop the services structures. Single municipalities have limited possibilities to reform their primary health care operations. The new service structure must be seen through service entities. The two-day intensive working seminar produced these proposals for measures. Further work and negotiations are needed for the improvement of the proposals in order to find the correct actors and responsible bodies. In future, there needs to be a special emphasis on incorporating multi-professionalism and well-functioning teams. Also, it is proposed that the further work would be better linked to medicine faculties and polytechnics. We hope that the proposals for measures prepared by the working seminar lead to further preparations at the Ministry of Social Affairs and Health and related authorities.</p> |                          |   |  |
| <b>Key words:</b> development, health centre, primary health care  |                          |   |  |
| <b>Other information:</b> <a href="http://www.stm.fi/english">www.stm.fi/english</a>   |                          |   |  |
| <b>Title and number of series:</b> Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:56  |                          | <b>ISSN</b><br>1236-2115  | <b>ISBN</b> 952-00-2169-8 (paperback)<br>952-00-2170-1 (PDF) |
| <b>Number of pages:</b> 46   | <b>Language:</b> Finnish | <b>Price:</b> 10,80 €   | <b>Publicity:</b> Public                                     |
| <b>Orders</b><br>Helsinki University Press<br>PO Box 4 (Vuorikatu 3 A)<br>FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND  |                          | <b>Financier</b><br>Ministry of Social Affairs and Health       |  |





## SISÄLLYSLUETTELO

|  |    |
|--|----|
| KUVAILULEHTI .....   | 3  |
| PRESENTATIONSBLAD .....  | 5  |
| DOCUMENTATION PAGE .....   | 7  |
| TERVEYSKESKUS 2015 – terveystyön tulevaisuus, STM seminaariraportti .....    | 11 |
| Tausta .....   | 11 |
| Väestölähtöisyys ja terveyden edistäminen .....                              | 13 |
| Terveyskeskusten johtaminen .....  | 16 |
| Kehittämistyö terveyskeskuksissa .....                                       | 19 |
| Hoitoketjut ja alueellinen yhteistyö .....                                   | 23 |
| Ohjaus .....   | 27 |
| Pohdinta ja johtopäätökset .....   | 30 |
| Lähdemateriaali .....  | 35 |
| LIITE 1 Ohjelma .....  | 36 |
| LIITE 2 Osallistujalista .....   | 37 |
| LIITE 3 Hyvien ratkaisujen tietokanta (toimenpide-ehdotus 7) .....           | 38 |
| LIITE 4 Perusterveydenhuollon tutkimustyön tuki (toimenpide-ehdotus 8) ..... | 40 |



## *TERVEYSKESKUS 2015 – terveystakeskustyön tulevaisuus STM seminaariraportti*

**Aika ja paikka:** ma-ti 5-6.6.2006 Gustavelund, Tuusula (ohjelma liitteenä)

### **Seminaarin tavoitteet:**

- Analysoida keskeisimpiä terveystakeskusten haasteita
- Ideoida ratkaisuja haasteisiin vastaamiseksi paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla
- Tuottaa seminaariraportti ja ehdotus perusterveydenhuollon turvaamiseksi toimintaohjelma sekä konkreettisia toimenpide-ehdotuksia kansallisen terveysthankkeen viimeiselle toimintavuodelle

**Osallistujat:** Terveystakeskustyön asiantuntijoita (osallistujalista liitteenä)

### *Tausta*

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveysthankkeen viimeinen toimintavuosi on 2007. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ nostettiin ensimmäiseksi toimintakokonaisuudeksi. Vuonna 2004 tehtiin koko maan kattava perusterveydenhuollonkeskuskenttäkierros ja vuonna 2006 terveyden edistämisen kenttäkierros. Lääkärikoulutusta on lisätty, erikoislääkärikoulutusta uudistettu, hoitotakuu on tullut voimaan, henkilöstön täydennyskoulutuksesta on saatu säädökset ja johtamiskoulutusta käsittelevä työryhmä on jättänyt esityksenä Opetusministeriölle. Lisäksi harkinnanvaraista valtionavustusta kehittämishankkeisiin kunnille ja kuntayhtymille on suunnattu seudullisten palveluiden ja henkilöstöryhmien välisen työnjaon kehittämiseen sekä valtakunnallisesti merkittäviin ehkäisevän työn hankkeisiin. Kansallisen terveysthankkeen aluetukihenkilöt ovat toimineet tukena perusterveydenhuollon kehittämisessä.

Kuitenkin terveystakeskusten toimivuudessa on ongelmia; hoitoon pääsy takkuilee varsinkin suurten kaupunkien terveystakeskuksissa, rekrytointi on tahmeaa, vuokrahenkilöstön käyttö on edelleen kasvussa ja nuorten lääkärien käsitykset yleislääkärin työstä ovat osin kielteisiä. Työseminariin kutsuttiin kokeneita terveystakeskuslääkäreitä, johtavia lääkäreitä, ylilääkäreitä ja nuorten edustajia, Kuntaliitosta hoitotyön edustajia sekä tutkijoita yliopistosektorilta ja Stakesista.

Seminaarin työskentely perustui ryhätöihin, viidelle ryhmälle oli annettu teemat ja keskustelun virittämiseen kysymyslista. Ryhmien työ käynnistyi valmistetulla alustus/provokaatiopuheenvuorolla. Työryhmille oli nimetty puheenjohtajat ja fasilitaattorit. Tehtävänä oli määritellä teemasta tärkeimmät kehittämiskohteet ja tuottaa konkreettisia ehdotuksia jatkotyölle, myös ajatellen kansallisen terveysthankkeen viimeistä hankevuotta 2007.

## *Väestölähtöisyys ja terveyden edistäminen*

Simo Kokko problematisoi alustuksessaan kansanterveystyön käsitettä ja kehitystä Suomessa viime vuosikymmeninä. 1990-luvun alussa kehitettiin pienaluepohjaista työryhmätyöskentelyä. Tällöin määritettiin konkreettisesti väestöt ja yhdyskunnat, jotka otettiin tarkasteluun ja työn kohteiksi.

Kansainvälisestäikin ylistetty neuvolatoiminta sisältää ambivalensseja. Ikäluokkapohjaista työskentelytapaa on kritisoitu. Toisaalta väestövastuujärjestelmän tuoma vauvasta-vaariin ajattelu on yhtä lailla herättänyt kritiikkiä. Neuvolatyön puolustuspuheet ovat jäädyttäneet keskusteluun kahteen leiriin. Toisaalta mikään ei saa muuttua, toisaalta eihän neuvolatyö olekaan vuosikausiin ollut seulontaa, vaan terveen kasvun tukemista ja vakavien(kin) ongelmien varhaistoteamista ja varhaista puuttumista.

Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt olivat hyvin toimiva erityisammattilaisten verkosto. He olivat hyvin motivoituneita ja 80-90-luvulla nopeasti itsensä alan erityisosaamiseen kouluttautuneita terveydenhoitajia/maistereita. Tämä verkosto sijoittui perusterveydenhuollon ja yhteistyökumppaneiden rajapintaan. Kun tämä verkosto on hävitetty, niin onko arvioitu, mitä tässä menetettiin?

### *Ryhmä määritteli keskeisimmät kehittämiskohteet tärkeysjärjestyksessä*

1. Väestön tilanteen, tarpeiden ja toiveiden kartoittaminen ja tunnistaminen
2. Asiakaslähtöinen työskentely
3. Yhteisöllinen työskentely
4. Terveyskeskuksen rooli
5. Neuvolan rooli

### *Toimenpide-ehdotus 1*

Terveyskeskukselle tarvitaan uusi rooli. Se perustuu väestön tilanteen, tarpeiden ja toiveiden kartoittamiseen ja tunnistamiseen, asiakaslähtöiseen ja yhteisölliseen työskentelyyn. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen haetaan uusi lähestymistapa: "Terveys kaikissa politiikoissa" toimeen kuntatasolla eli vaikutukset väestön hyvinvointiin ja terveyteen otetaan huomioon kaikilla kunnan toimintaloikoilla. Samalla ratkaistaan terveyskeskuksen (terveysaseman, sairausvastaanoton) ja neuvolan rooli.

**Vastuu:** STM, Stakes, perusterveydenhuollon kehittämiskeskus ja pilottiterveyskeskukset



Keskustelussa tuotiin voimakkaasti esille yhteiskunnan ja kansalaisten muutos viime vuosikymmeninä. Vanhalla toimintamallilla tai ajattelulla ei pärjätä. Väestön vaatimustaso, koulutustaso ja informaatioteknologia haastavat edellisten sukupolvien käytännöt ja asenteet terveyspalveluissa. Terveystieteiden ammattihenkilöiden auktoriteetti ja valta haastetaan, hoidon onnistuminen edellyttää potilaiden omaa vastuun ottoa ja sitoutumista ja uudenlaisen, kumppanuuteen perustuvan toimintamallin luomista. Yhtä lailla haasteellista on väestön tarpeista lähtevän terveyden edistämisen ja palvelujärjestelmän rakentaminen. Terveyskeskuksen rooli keskeisenä osana kuntaa ja yhteiskuntaa edellyttää vahvempaa avautumista ja verkostoitumista niin kunnallisten palveluiden välillä (opetus- ja sivistystoimi, liikunta, kaavoitus, liikenne, asuminen jne.) kuin myös yksityisen ja kolmannen sektorin suuntaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi kansalaisjärjestöt ovat myös keskeisiä.

## Toimenpide-ehdotus 2

Terveyskeskuksissa luotava uusia toiminta/palvelumalleja. Toimintamallien on vastattava erilaisten väestöryhmien erilaisiin tarpeisiin. Kysyntään vastaamisen rinnalle on löydettävä toimintamalleja, jotka tavoittavat palveluja eniten tarvitsevat.



Kuvio 1. Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen

Nykyisin terveyskeskus tarjoaa yleensä samankaltaisen palvelun asiakkaalle kuin asiakkaalle; 15-20 min lääkärin vastaanottoajan potilaan oman yhteydenoton ja tarpeen määrittelyn perusteella. Nykyinen toimintatapa vastaa parhaiten valikoituneen aktiiviväestön palveluiden kysyntään. Terveyskeskuksen voi siis katsoa yrittävän vastata kysyntään, ei niinkään tarpeeseen. Puhelinneuvonta on tätä asetelmaa hiukan muuttanut. Kuitenkin vastaanottoa tulisi järjestää enemmän asiakaslähtöisesti ja myös kohdentaen palveluita, jotta toiminnan vaikuttavuutta

voitaisiin parantaa. Omatoimisen, koulutetun aktiiviväestön riskitekijöihin ja itsestään rajoittuviin terveysongelmiin (esim. flunssa) kulutetaan suhteellisen runsaasti voimavaroja, kun taas vakavastikin sairasta, heikosti hoitoon motivoitunutta ryhmää ei järjestelmä tavoita ennen kuin sairauden loppuvaiheessa (komplikaatiot), jos silloinkaan. Tämä palvelujärjestelmän rakenteellinen toiminta-ajatukseen liittyvä ongelma lienee yksi selittävä tekijä myös merkittäviin terveyseroihin ja sosiaaliekonomisten ryhmien erilaiseen palveluiden käyttöön.

Työryhmän näkemyksen mukaan uudenlaista toimintamallia voitaisiin lähteä kehittämään muutamassa keskuksessa hyödyntäen esimerkiksi läpimurtotekniikkaa menetelmänä. Menetelmäosaamisen mallina mainittiin Englannin NHS:n kehitysprojektit (Sir John Oldham). Kehittämistyöhön olisi rekrytoitava 10-15 innostunutta terveyskeskusta mukaan eri puolilta Suomea. Toimintamallissa esimerkiksi entisenlaisesta terveysneuvonnasta siirrytään kumppanuuteen, ryhmävastaanottoihin. Prosessissa kuvataan uudet toimintamallit, hyödynnetään teknologiaa järkevästi, sovitaan tavoitteet ja mittarit. Lisäksi arvioidaan ne tehtävät, joista voidaan terveyskeskuksissa luopua, jotta voidaan panostaa uusille/vaativille tehtäväalueille.

Väestön hyvinvointia ja terveystarpeita kuvaava tiedon kerääminen, kokoaminen ja kunta/aluekohtainen analysointi kuuluvat Stakesin tehtäviin. Kansanterveyslaitoksen, Kelan, Tilastokeskuksen, Kuntaliiton ja Sisäministeriön tietokantojen informaatio sisältöä tulisi saada paremmin hyödynnettävään muotoon terveydenhuollon johtajille ja päättäjille. Keskeisiksi terveyskeskuksen tehtäviksi nähtiin palveluroolin lisäksi (erityisesti tavalliset terveysongelmat, suuret kansantaudit), koulutus, terveyden edistäminen, moninaisia palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon koordinaatio (care manager). Terveyskeskus toimii myös tilaajana erikoissairaanhoidon suuntaan. Terveyskeskuksen strateginen rooli näkyy verkostoitumisena hallintorajojen yli (sosiaali, opetus, liikenne, kaavoitus jne.).

STM vastaa perusmallin kehittelyn ohjauksesta ja pilottiterveyskeskusten kehittämiskustannuksista. Tekes ja Sitra tukevat uuden teknologian ratkaisujen kehittämistä (etä- ja mobiiliratkaisut, omahoidon tuki). Pilottiterveyskeskukset vastaavat työskentelymallin kehittämisestä. Erityistä huomiota on kiinnitettävän uuden toimintamallin levittämiseen. Ydinkysymys on se, kuinka veroeuroilla saadaan todellista terveyshyötyä eli vaikuttavuutta palvelujärjestelmään.

## *Terveyskeskusten johtaminen*

Mats Brommels tarkasteli terveyskeskusta moniammatillisena organisaationa. Menestyksellinen johtaminen edellyttää luonnollista auktoriteettia, itseensä luottamista ja muiden osaamisen kunnioittamista. Johtamisen voi määrittellä mahdollistamiseksi, esteiden raivaamiseksi, tavoitteiden kiristämiseksi ja palautteen antamiseksi. Terveyskeskuksen johtaminen edellyttää yhteistyötä sekä kuntatasolla että kunnan ulkopuolelle moniin eri suuntiin. Johtaminen on näin paljolti kokoustamista, suhdetoimintaa, yhteensovittamista ja junailua.

Terveyskeskusten tulevaisuuden haasteena on aidon potilaskeskeisyyden ja organisaation palveluluonteen tunnistaminen ja kehittäminen. Lääketieteen ja teknologian kehittyminen asettavat erityisiä vaatimuksia ammatilliselle kehittämiselle ja tiedon hallinnalle. Tästä näkökulmasta johtaminen on tulevaisuuden tunnustelua, uusajattelua, verkostoitumista ja uudistamista. Kaaosteorian mukaan tuleva kehitys on ennakoimatonta ja silti lähtötilanteen sanelemaa. On kyettävä määrittelemään tavoitellut vaikutukset ja ennakoimaan sivuvaikutukset (ja varautumaan niihin). Usein innovaatiot syntyvät kaaoksen kynnyksellä, ulkoisen paineen ansiosta. Tällöin johtaminen on myös improvisointia, ”romukaupassa” käyntiä (’at bricolage’), merkityksen ja mielen osoittamista.

Keskustelussa tuotiin esille se, että kansanterveystyön visio on heikko, ei ole näkemystä siitä, mitä pitäisi tehdä. Terveyskeskuksessa vastataan väestön ilmaisemaan palveluiden kysyntään ei niinkään todellisiin terveystarpeisiin. Ratkaisumallina on useimmiten tarjottu lisää vauhtia oravanpyörään ja vaatimuksena resurssien lisäys. Toiminnan sisällön ja tapojen aito saneeraus ja luova kehittäminen on harvinaista.

### Ryhmä määritteli keskeisimmät kehittämiskohteet tärkeysjärjestyksessä

1. Miten päästään valtakunnallisesti yhtenevään näkemykseen terveyskeskuksen perustehtävästä?
2. Miten terveyskeskuksiin luodaan toimiva johtamisjärjestelmä?
3. Miten johtamisvalmiuksia parannetaan?
4. Miten johtaja ottaa johtajan rooliin?
5. Miten kansanterveystyön johto johtaa perusterveydenhuollon ja laajemmin terveydenhuollon toimintaa?



## Toimenpide-ehdotus 3

**Terveyskeskuksen perustehtävää kirkastettava.** (vert. toimenpide-ehdotus 1). Perustehtävä sekä valtakunnallisella, alueellisella että paikallisella tasolla on selkiytettävä.

Ryhmä totesi, että näkemys terveyskeskusten perustehtävästä on hajanainen. Miten voi johtaa ja kehittää, jos perustehtävä ei ole kirkas. Operatiivinen johtaminen saati uskottavan strategian luominen ei ole mahdollista ilman yksimielisyyttä perustehtävästä. Terveyskeskus ehkäisee ja hoitaa kansan yleisimmät terveysongelmat. Kansanterveyslain uusimisen kautta voitaisiin päästä periaatetasolla eteenpäin. Valtakunnallisten linjausten (uudistettava kansanterveyslaki) lisäksi tarvitaan myös alueellista, seudullista ja paikallista määrittelyä. Alueellista vapautta järjestää palvelut tulee lisätä. Alueellisesti ja paikallisesti on sovittava työnjaosta (esh-ptk-sos.toimi) ja prioriteeteista. On sovittava myös maakunnallisesta palvelukonseptista. Hoitotakuuasetuksen määrittelemä palveluiden alueellinen järjestämissuunnitelma olisi tähän hyvä instrumentti (peruspalveluiden osalta tarkentaen), samoin Paras-hankkeen puitelain edellyttämä kuntakohtainen palvelurakenteen kuvaus ja suunnitelma.

## Toimenpide-ehdotus 4

**Johtamisen osaaminen kuntoon.** Perusterveydenhuoltoa tukeva hallinnon ja johtamisen koulutus on saatava kuntoon kaikilla tasoilla (kansallisen terveyshankkeen johtamis-työryhmämuistion toimeenpano on edelleen kesken).

**Vastuu:** OPM, yliopistot

Johtamista on palkittava ja johtajalla tulee olla käytössään myös kannustinjärjestelmät.

**Vastuu:** Kunnallinen Työmarkkinalaitos

Tarvitaan valtakunnallinen terveyskeskusjohtajien verkosto (vert. valtakunnallinen maanpuolustuskurssi).

**Vastuu:** STM ja perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö

Työryhmä totesi, että johtamisvalmiuksissa on puutteita (perinteiset johtamisopit kunniaan). Johtamiseen tarvitaan valmiuksia ja laadukas koulutus ja verkoston tuki, jotta johtajan rooli ja identiteetti kasvavat ja kehittyvät. Terveyskeskuksen johtamiskoulutuksen määrä ja laatu vaihtelevat. Kysymys on usein johtajan omasta aktiivisuudesta osaamisen kehittämisessä. Lääkärikunnassa on myös arkailua johtajuuteen; ”johtajaksi joudutaan”. Johtamisen erityisalueita ovat henkilöstöjohtaminen, taloushallinto, organisaation johtaminen, kehittämisen johtaminen ja muutostojohtaminen. Lisähaasteena asiantuntijaorganisaation johtamisessa on myös lääkärin/kollegan/esimiehen roolien erottaminen. Johtajan tulee osata ja rohjeta olla johtaja. Johtava terveyskeskuslääkäri ei voi pysyä yhtenä kollegakunnasta. Tavoitteena on edelleen, että perusterveydenhuoltoa/kansanterveystyötä (myös tulevaisuuden terveydenhuollon kentällä) johtaa kansanterveystyön ammattilainen, jolla on riittävä osaaminen ja myös välineet johtamiseen.

Valtakunnallisen terveyskeskusjohtajien verkoston luomisessa tavoitteena on tarjota struktu-

roitu, laadukas johtamiskoulutus, joka tukee johtajan omaa kasvua. Tavoitteena on tehdä tulevaisuuden tekijöitä, vahvistaa terveyskeskusten johtajien identiteettiä ja luoda vaikuttajaverkosto. Valtakunnallisen terveyskeskustyön ”maanpuolustuskurssin” vastuu kuuluu STM:lle. Alueet tekevät ehdotukset osallistujista. Tarkoituksena ei ole järjestää yksittäisiä johtamiskoulutuksen tilaisuuksia vaan pysyvä, kehittyvä, dynaaminen johtamisverkosto, joka tukee johtajan pitkäjänteistä valmentautumista, kehittymistä ja kasvua. Tämän verkoston kautta koulutetaan tulevaisuuden perusterveydenhuollon johtajat.

## *Toimenpide-ehdotus 5*

**Terveyskeskuksien johtamisjärjestelmät kuntoon.** Johtamisjärjestelmiä on tarpeen kehittää sekä poliittinen päätöksenteon että operatiivisen johtamisen tarpeen huomioiden. Toiminnan seuranta ja kehittämistä varten myös tietojärjestelmät on saatettava ajan tasalle (toiminnan kuvaus/tuotteistus, hoitotakuun seuranta, henkilöstöhallinto, osaamisprofiilit, taloushallinto).

**Vastuu:** Stakes, yliopistot, Kuntaliitto

Jokaiseen terveyskeskukseen tulee luoda toimivat johtamisjärjestelmät. Vanha sääntö on, että mitä ei voi mitata, sitä ei voi johtaa. Johtajat ovat liikaa peruutuspeilin varassa, menneiden tapahtumien tilastojen seuraajia. Ennakointia ja tulevaisuuden muutostarpeisiin varautumista varten on saatava käyttöön muidenkin sektorien/yrittäjämaailman johtamisessa luotuja raportointi- ja seurantajärjestelmiä.

Käytännön operatiivista johtamista ei pidä keskittää liikaa, tarvitaan sekä päivittäisjohtamista että alueellista johtamista. Alueellinen terveyskeskus = koko alueen suunnittelusta vastaava organisaatio. Tarvitaan alueellinen virkamieskoneisto ja luottamusmieskoneisto.

Alueelliselle organisaatioille (piiri tai vastaava) tarvitaan lainsäädäntöpohja. Palvelurakenteessa seudullisella/alueellisella tasolla tulee olla enemmän valtaa ja vastuuta. Myös alueellista terveydenhuollon rahoitusmallia on selvitettävä. Tulevaisuuden terveydenhuollon alueellisen suunnittelun ja vastuun tulee olla perusterveydenhuollon asiantuntijoilla.

Johtamisjärjestelmään kuuluu myös toimintayksiköiden työn johtaminen. Terveyskeskuksen johtajan roolia on selkeytettävä. Johtajalla ja johtoryhmällä on selkeästi määritetyt tehtävät sekä selkeä operatiivinen toimivalta. Toimintaa ohjaa lautakunta (yhtymähallitus). Jokaisella toimintayksiköllä tulee olla päivittäistoiminnasta vastaava johto. Toiminnalle on asetettava tavoitteet ja luotava niiden seurantajärjestelmä. Vähimmäistavoite on, että jokaisesta potilaskontaktista on kirjattu diagnoosi/käynnin syy sekä tehdyt toimenpiteet. Palkkausjärjestelmän tulee tukea johtamista ja kehittämistä; palkkakannusteen käyttö on tärkeä työkalu johtajalle. Kehittämistyöhön osallistuminen ei saa heikentää työntekijän ansioita (suoritepalkkaus nykyisin). Johtajan tulee varmistaa, että työntekijät osallistuvat oman työnsä kehittämiseen.

## *Kehittämistyö terveyskeskuksissa*

Jukka Mattila totesi alustuksessaan, että kokonaisuutena terveyskeskuksista tehdään tutkimusta melko runsaasti. Sitä tekevät yliopistojen laitosten tutkijat ja terveyskeskukset ovat pääasiassa tutkimuksen kohteena. Asenteet tutkimustyön tekemiseen ovat kuitenkin terveyskeskuksissa periaatteessa hyvät. Myös terveyskeskusten johtavat lääkärit näkevät tutkimustyön tärkeyden osana toiminnan kehittämistä. Terveyskeskusten nykyisessä arjessa, kovissa paineissa, tutkimus ja kehittäminen tahtovat jäädä sivuun. Pienissä yksiköissä ei ole kapasiteettia irrottaa projekteihin edes vahvalla hankerahoituksella tuettuna. Terveyskeskukset ja toiminta muuttuvat vääjäämättömästi. Muutos voi olla taantumista tai kehittymistä. Olisi hienoa, jos pystyisimme tuota muutosta itse ohjaamaan. Jotta muutos olisi aktiivista kehittämistä, tarvitsemme tutkimustyötä innovaatioiden pohjaksi ja kehittämisen arvioimiseksi. Olennainen kysymys on, pystymmekö itse terveyskeskusten tutkimus- ja kehittämistoiminnan vetämiseen.

### *Ryhmä määritteli keskeisimmät kehittämiskohteet tärkeysjärjestyksessä*

1. Yhteinen visio, aito moniammatillisuus, usko omaan vaikutusmahdollisuuksiin, henkilöstön sitouttaminen
2. Omat ammatilliset kehittämään: tutkimuksen ja kehittämisen mahdollistaminen työajalla (palkattuna)
3. Hyvien ratkaisujen tietokanta
4. Apu hyvien tutkimusideoiden kehittämiseen, työstämiseen ja arviointiin (jokin organisaatio)
5. Koulutus eli toimipaikka- ja täydennyskoulutus

Ilkka Kunnamo oli valmistellut kaksi konkreettista ehdotusta terveyskeskusten kehittämistyön tueksi. Hyvien ratkaisujen tietokanta sekä Perusterveydenhuollon tutkimustyön tuki (kts. liitteet 3 ja 4)

### *Toimenpide-ehdotus 6*

Perustetaan valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämiskeskus ja –verkosto: Tarvitaan valtakunnallinen, moniammatillinen konsultaatiokeskus. Alueelliset terveyskeskusten kehittämissyksiköt muodostavat kehittämisverkoston pohjan. Alueellinen kehittämisrahasto tukee työtä.

**Vastuu:** STM



Ryhmä toi esille edellisten ryhmien tavoin tarpeen kansanterveystyön yhteisen vision kirkastamisesta sekä sote-lainsäädännön yhteensovittamisen tarpeen. Kaivattiin toiminnan sisällön, kirjon ja tavoitteiden määrittelyä, eettisten periaatteiden pohtimista ja julkituomista.

Tarvitaan valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämiskeskus, jonka vastuulla on kokonaisuuden eteenpäin vieminen, tavoitteiden asettaminen kansanterveyden edistämässä, alueellisen ja paikallisen kehittämistyön ohjaaminen. Valtakunnallinen keskus olisi konsultaatiokeskus – ei varsinainen tekijä. Keskuksen tulee olla moniammatillinen, matalan kynnyksen yhteydenottoa suosiva toimintatavaltaan. Keskus tarjoaa puhelin- ja sähköpostitukea, apua hyvien ideoiden kehittämiseen, työstämiseen, tutkimukseen ja arviointiin ja auttaisi myös vastaavia hankkeita verkostoitumaan yhteistyöhön. Keskus voisi toimia STM:n tai sen alaisen laitoksen osana. Sairaanhoidopiireissä on kehittämiseen varattu sekä rahaa että henkilötyövoimaa. Perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa kehittämisresurssia on yleensä vain suurimmissa kunnissa. Tästä syystä on välttämätöntä luoda kansanterveystyön kehittämiseen pysyvät rakenteet ja turvata myös kehittämisen resurssit.

Alueellisesti tarvitaan myös kehittämissyksiköitä (vert. sosiaalialan osaamiskeskukset, mahdollisesti suuren terveyskeskuksen kehittämissyksikkö voisi palvella alueen pienempiäkin terveyskeskuksia). Alueellinen kehittämisrahasto voisi tarjota mahdollisuuden tutkimus/kehittämisvapaisiin (vert. EVO).

Tavoitteena on saada omat ammattilaiset kehittämään. Kehittäminen on saatava osaksi arki-työtä, myös toimintayksiköihin on luotava sisäinen kehittämisrahasto. Oman yksikön, oman työn kehittäminen ei voi olla ainoastaan intomielisten yksilöiden vapaa-ajallaan tekemää vapaaehtoistoimintaa (aus Liebe zur Kunst). Kehittämistyötä tulee palkita (porkkanat, aloitepalkinnot, ”patentit”). Johdon tuki sekä muutoksiin sitoutuminen on myös välttämätöntä kehittämiselle.

## *Toimenpide-ehdotus 7*

**Tarvitaan hyvien ratkaisujen ja kehittämishankkeiden tietokanta.** Internetpohjainen tietokanta edistää terveyskeskusten kehittämistyötä. Verkosto arvioi ja kommentoi tietokannan ratkaisuja, kehittää toimintamuosten arviointimenetelmiä ja luo kontakteja vastaaviin hankkeisiin muualla maailmalla.

**Vastuu:** Stakes ja/tai perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö

Suomen terveydenhuollossa kehitetään laadukkaita ja kustannus-vaikuttavia käytännön toimintamalleja. Kehitysprojekteihin käytetään runsaasti yhteiskunnan varoja. Hyvien ratkaisujen julkaisemiseen ja julkaisujen löytämiseen ei ole käytettävissä samanlaisia hakutyökaluja ja tietokantoja kuin tutkimustulosten julkaisemiseen. Tämä johtaa päällekkäiseen kehittämistyöhön ja tehottomuuteen. Nykytekniikalla olisi suhteellisen pienin kustannuksin pystytettävissä ja ylläpidettävissä Internet-palvelu, jolla toteutettaisiin sekä ratkaisujen vertaisarviointi että niiden julkaiseminen kaikkien saataville. Vastaavanlainen järjestelmä on jo olemassa Kanadassa: MORE eli McMaster Online Rating of Evidence (kts. liite 3)

Tavoitteena on kerätä käytännössä toimiviksi havaittuja järjestämis- ja menettelytapoja tai kokeilemisen arvoisia ideoita terveydenhuollon koko kentältä. Tarkoituksena on rakentaa verkosto, joka kehittää toiminnallisten ratkaisujen arviointimenetelmiä sekä arvioi ja kommentoi ratkaisuja, julkaisee ratkaisut keskustelevalle foorumilla sekä luo kontakteja vastaaviin hankkeisiin muualla maailmassa.

Tavoitteena on, että tietokanta olisi vapaasti ja maksutta saatavilla. Vastuu toteutuksesta voisi sopia Stakesin rooliin. Toimijoina voisivat olla myös KTL, Rohto, Duodecim tai tuleva valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö.

## Toimenpide-ehdotus 8

**Perusterveydenhuollon tutkimustyötä tuettava.** On tarpeen luoda tutkimusaiheiden ja käynnissä olevien tutkimushankkeiden tietokanta ja tutkijatutorjärjestelmän. Tarvitaan valtakunnallinen tutkimustiedon keruuväline, joka kommunikoi rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen kanssa ja jonka avulla tutkijat voivat laatia Internet-pohjaisia, potilaskertomukseen integroitua tallennuslomakkeita.

**Vastuu:** Stakes ja/tai perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö

Perusterveydenhuolto tarvitsee lisää sen omassa piirissä tehtävää tutkimusta toiminnan kehittämiseksi ja pätevien työntekijöiden houkuttelemiseksi ja pitämiseksi alalla. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja kehittyvä potilastietojen sähköinen tallentaminen tarjoavat runsaasti mahdollisuuksia kliinisten tutkimusten tekemiseen perusterveydenhuollossa. (Kts liite 2)

Tavoitteena on luoda tutkimusaiheiden ja käynnissä olevien tutkimushankkeiden tietokanta. Lisäksi luodaan verkosto, joka tukee aiheiden löytämisessä, ideoiden kehittämisessä, menetelmien valinnassa ja tutkimusryhmien luomisessa sekä luodaan tiedonkeruutyökalu, joka kommunikoi Kansallisessa terveyshankkeessa määritellyn rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen kanssa ja jonka avulla tutkijat ja tutkimusryhmät voivat räätälöidä itselleen Internet-pohjaisia, potilaskertomukseen integroitua tallennuslomakkeita (FinGPWeb). Tietokannan ylläpitäjä voisi olla Stakes tai KTL tai tuleva valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö.

Palvelujärjestelmä on murroksessa ja myös terveydenhuollon lainsäädännön perusteellista uudistamista mietitään. Perusterveydenhuollon näkemykset perusteluineen olisi syytä saada mukaan uudistusprosessiin. Tällöin ei ole varaa jäädä passiivisesti suoritusportaan asemaan, vaan olla aktiivisesti mukana kehittämistyössä ja tuoda myös tutkimukseen perustuvaa tietoa päätöksenteon pohjaksi.

## Toimenpide-ehdotus 9

**Osaamista kehitettävä.** Tarvitaan selvät kriteerit ja suositukset toimipaikka- ja täydennyskoulutukselle. Rohto-työpajatoiminta tulee laajentaa kattamaan koko maa ja muitakin aiheita kuin lääkehoito. Perusterveydenhuoltoon luodaan kouluttajaverkosto. Osaamisen kehittäminen tarkoittaa myös osaamisen, asiantuntijaorganisaation johtamista. Henkilöstön kehittämisessä on omaksuttava parhaiden yritysten menetelmät: lahjakkuuden tunnistaminen-urapolkujen suunnittelu, henkilökohtainen kehityssuunnitelma kaikille työntekijöille sekä seuranta ja raportointi.

**Vastuu:** Rohto-keskus, yliopistot, Kuntaliitto ja työnantajat

Jokaisella terveyskeskuksella tulee olla koulutussuunnitelma niin organisaatiossa kuin yksilöillekin. Koulutussuunnitelman tulee perustua tarvekartoitukseen, koulutuksen tulee olla tavoit-

teellista ja säännöllistä. Sähköiseen potilaskertomukseen kertyvää tietoa voi hyödyntää koulutustarvekartoituksessa. Kehityskeskustelut ovat olennainen osa henkilöstöjohtamista. Työkaluina voi käyttää lokikirjaa, portfolioa tai vastaavaa sekä henkilöstötilinpäätöstä. STM:n täydennyskoulutussuositus on pantava toimeen. Julkisella sektorilla on paljon opittavaa yksityisen sektorin edistyksellisimmistä yrityksistä, joissa henkilöstön osaamisen turvaaminen ja kehittäminen nähdään menestyksen edellytykseksi.

Työryhmä piti Rohto-verkoston toimintaa erittäin onnistuneena, koska toiminta on tavoitteellista, lääkäreiden omista koulutustarpeista lähtevää ja aikuisoppimiseen metodisesti sopivaa. Paja-toimintaa pidettiin hyvänä työskentelytapana, joka sopii muuhunkin kuin lääkehoidon kehittämiseen, esimerkiksi hoitoketjujen implementointiin. Rohto-verkosto ja toimintatapa tulee saada koko maan kattavaksi ja myös sairaanhoitopiiritasolla toimivaksi.

## *Hoitoketjut ja alueellinen yhteistyö*

Tuula Heinänen asettui alustuspuheenvuorossaan potilaan asemaan. Terveyspalvelujärjestelmässä toimivat kunta/terveyskeskus, sairaanhoitopiiri/sairaala sekä yksityissektori. Niukkuutta jaetaan, rahasta neuvotellaan, osaoptimointi kannattaa. Ovatko osapuolet vastakkain vai samassa rintamassa ja kuka johtaa potilaan hoitokokonaisuutta?

Terveystenhuollon laatuongelmat, hoitovirheet, tiedonkulun pulmat, väliinpuotoajat: johtuvatko ne vääristä asenteista, välinpitämättömyydestä, osaamattomuudesta vai liian monimutkaisesta järjestelmästä?

Järjestelmänäkökulmasta voi todeta, että järjestelmä toimii tehokkaimmin silloin, kun sen yksittäiset osat eivät ole äärimmilleen viritettyjä. Tällöin jää myös aikaa miettiä ja suunnitella kokonaisuutta ja aikaa myös kommunikaatioon, ja tästä edelleen tehokkuus kasvaa. On tärkeää miettiä, kuka pysäyttäisi terveydenhuollon resurssiniukkuuden paradigmassa juoksevat oravat. Ja on myös huomattava, että rakennemuutos ei ole systeemimuutos.

Mikäli järjestelmä on niin monimutkainen, että potilas tarvitsee ”asianajajan” selvittääkseen hengissä, niin olisiko viisainta muuttaa järjestelmää? Perusterveydenhuollon toimijoiden tulee itse lunastaa paikkansa hoitokokonaisuuden koordinaatioissa, pelkkä ”asianajajan” rooli tuskin riittää.

Potilaana toivon kunnioitettavaa, kohteliasta palvelua, haluan tavata ammattilaisen, joka kuuntelee ja on valmis auttamaan minua. Edellytän riittävää ammattitaitoa, ja ammattihenkilön viisautta tietää omat rajansa, mahdollisuutta hankkia erityisosaamista tarpeen mukaan ja sujuvaa tiedonkulkua, ettei aina tarvitse aloittaa alusta.

Tuula Heinänen esitteli ehdotuksen terveyskeskuksen palvelulupaukseksi potilaalle:

- opastamme ja ohjaamme sairauksien ennaltaehkäisyssä ja omahoidossa
- hoidamme laadukkaasti krooniset taudit ja muut yleiset terveysongelmat
- tarvittavan erikoislääkärin arvion järjestämme viipymättä
- osaamme auttaa lääketieteellisen tiedon tulkinnassa
- autamme hoitosuunnitelman tekemisessä, jos potilas sairastaa useampaa eri tautia tai muusta syystä tarvitsee monen eri palveluntuottajan palveluita

## Ryhmä määritteli keskeisimmät kehittämiskohteet tärkeysjärjestyksessä

1. Potilasnäkökulma (sähköisten järjestelmien hyödyntäminen)
2. Yhdessä tekeminen (koulutus, henkilökohtainen tuntemus, kulttuurien törmäys)
3. Käyttöönotto (omistajuus, seuranta, mittarit, tunnettuus, VES)
4. Kuntien välisen yhteistyön kehittäminen
5. Organisatoriset ratkaisut

## *Toimenpide-ehdotus 10*

**Potilasnäkökulmaa hoitoketjujen laatisessa vahvistettava.** Kansantautien hoitaminen on kumppanuuteen perustuvaa ja koulutettu väestö kantaa yhä enemmän vastuuta omasta hoidostaan.

On saatava potilaita mukaan työryhmiin, koulutustilaisuuksiin ja on tehtävä kuntalais-/asiakaskyselyitä sekä luotava toimivat palautejärjestelmät potilaille.

Tarvitaan potilasta tukeva tietojärjestelmä, mahdollisuus valita lääkäri, asiointi yli kuntarajojen sekä hoito-ohjelmat, hoitoketjukuvaukset ja lääketieteellinen tieto verkossa.

**Vastuu:** Stakes, KTL, Duodecim, terveyskeskukset

Potilasnäkökulma on välttämätön hoitoketjujen laatisessa ja kehittämisessä. Potilaiden mukana olo parantaa hoitoketjun toimivuutta ja sovellettavuutta. Myös omahoidon rooli ja mahdollisuudet tulevat paremmin näkyviin potilaiden kautta. Esimerkiksi Englannissa on hyviä kokemuksia potilas-fokusryhmistä myös asiakaspalautteen saamisessa, toiminnan kehittämisessä ja laatutyössä. Potilaat voivat osallistua sekä hoitoketjujen laatiseseen että kouluttamiseen. Terveyskeskuksiin on luotava toimivat palautejärjestelmät potilaille.

Valinnanvapauden lisääminen palvelujärjestelmässä nähdään tärkeäksi potilaan/asiakkaan näkökulmasta. Kuntarajan yli asiointia tulee helpottaa sekä tuoda mahdollisuus valita lääkäri/hoitaja.

## *Toimenpide-ehdotus 11*

**Hoitoketjujen käyttöönottoa tehostettava.** On varmistettava hoitoketjujen käytön edellytykset (resurssit, tietojärjestelmät, palkitsemisjärjestelmät), vastuutus (ammattilaisten ja poliittisten päättäjien sitouttaminen, prosessin omistajuus), seuranta (hoidon mittarit, palautteet, tulosten julkisuus, työntekijäkohtainen palaute), koulutus (kaikki ammattiryhmät) sekä ylläpito (jatkuva päivitys).

**Vastuu:** terveyskeskukset

Hoitoketju on osa palvelukokonaisuutta. Onnistunut ja toimiva hoitoketju syntyy kun osapuolet pääsevät osallistumaan jo ketjun laatiseseen. Hoitoketjun laadinta on jo käyttöönottoa ja sitouttamista! Ulkoa tuotu/ylhäältä annettu valmis hoitoketju on vaikeaa ellei mahdotonta implementoida. Kaikkien ammattiryhmien sekä potilaiden edustaja on oltava mukana valmistelussa. Perusterveydenhuollon tiimityöskentely ei onnistu, mikäli eri ammattiryhmien käsitykset hoitoketjusta eroavat toisistaan. Hyväksytty hoitokäytäntö on dokumentoitava, prosessikuvaukset laadittava ja työnjaosta sovittava (organisaatiot, ammattiryhmät). On myös sovittava seurannasta (mittareista) ja määriteltävä hoitoketjusta vastaava henkilö, joka huolehtii myös hoitoketjun päivityksestä, uusien työntekijöiden perehdytyksen organisoimisesta ja koulutuksen järjestämisestä.



## Toimenpide-ehdotus 12

**Kuntien välistä yhteistyötä edistettävä.** Yhteistyön lisääminen on välttämätöntä kansallisen terveysthankkeen suuntaviivojen mukaisesti. Keskeinen osa työtä on luottamuksen rakentaminen. Perusterveydenhuollon osamisen ja laadun turvaaminen edellyttää pienten terveyskeskusten kiinteää yhteistyötä tai suurempien terveyskeskusten rakentamista.

**Vastuu:** kunnat, alueellinen perusterveydenhuollon verkosto

Ryhmässä pohdittiin ylikunnallisen yhteistyön kehittämistä Kainuun kokemusten pohjalta. Kuntien välistä yhteistyötä voidaan kehittää vain keskinäisen luottamuksen pohjalta. Luottamusta ja myönteistä yhteistyövalmiutta on löydettävä niin päättäjistä kuin väestöstäkin. On rakennettava tulevaisuus, jossa ”kaikki voittavat”. Toimijoiden tasolla yhteistyötä on usein enemmän kuin poliittisella tasolla. Tässä ammattilaisten yhteisrintama ja yhteistyön depolitisointi voivat olla hyvä tie edetä. Luottamusta voi edistää esimerkiksi määrittelemällä tarkoin lähipalvelut (ettei kylältä viedä neuvolaa) ja tuomalla resurssit ja tarpeet läpinäkyvästi esille. Tietojärjestelmien yhteensovittaminen ja muunkin teknologian ja hankintojen yhdenmukaistaminen helpottavat myös mahdollisia tulevia rakennemuutoksia. Yhteistyötä voidaan edistää informaatio-ohjauksella ja kannustaa porkkanarahalla. Onnistuneista prosesseista tulisi ottaa mallia. Terveysjohtajien tulisi löytää yhteiset linjat ja tavoitteet, joita voidaan seudullisesti/alueellisesti edistää.

Hyviä malleja kannattaa hakea muualta, missä onnistuneita yhteistyöprojekteja on menossa. Kun yhteistyötä on riittävän monella eri sektorilla, niin syntyy kysymys myös siitä, mikä järki on pitää hallinto erillään...

## Toimenpide-ehdotus 13

**Palvelurakenteen muutokset toteutettava.** Ensinnäkin on tarpeen luoda yleismalli = visio sekä asiakaslähtöinen toimintamalli ”puhtaalta pöydältä”. Uusi palvelurakenne tulee hahmottaa palvelukokonaisuuksien pohjalta. Sen jälkeen määritellään organisaatio, johtamisjärjestelmä ja mittarit, aikataulutus ja etenemisen seuranta.

Organisatorisia ratkaisuja pohdittiin sosiaali- ja terveystieteiden perustamisen prosessina. Integroidun alueellisen järjestelmän synnyttäminen on monipolvinen prosessi. Prosessin hallinnan näkökulmasta avoin tiedottaminen on keskeistä. Etenemisen edellytys on virkamiesten ja luottamusmiesjohdon yhteinen visio sekä sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen. Täsmällinen aikataulutus on välttämätöntä (Kainuussa 1,5 vuotta, Päijät-Hämeessä yksi vuosi). Liian venyvä aikataulutus johtaa lisäviivästyksiin, kun toimintaympäristön muutokset aiheuttavat uudelleenarviointia. Riskejä ovat virkamiehistön vaihtuminen, reviirien puolustaminen, avainhenkilöiden ja ammattiryhmien vastustus ja liiallinen kiire. Oman väen irrottaminen muutoshankkeeseen voi olla raskasta ja vaikeaa, toisaalta ulkopuolinen konsultti voi myös olla riski. Ulkopuolisen selvitysmiehen ehdotukset voi olla ”liian helppo” hylätä. Potilasnäkökulma ja väestön tuki on varmistettava ja tässä avoin tiedotus on avainasemassa.

Yksittäisiä irtautumisia ja välistä vetoja tulee aina. Näille ei voi mitään. Koko hanketta ei kuitenkaan pidä pysäyttää vastarannan kiisken vuoksi. Henkilöstön pelot ja epävarmuus on kartoitettava ja niihin on pyrittävä reagoimaan, luomaan ratkaisut ja jälleen kerran tiedotus on tärkeää. Peruskuntien pelot sairaanhoitopiirin ylivallassa on myös käsiteltävä – tämä riski voidaan hallita väestövastuun korostamisella ja lähipalveluiden täsmentämisellä sekä palveluketjujen kuvaamisella. Muutosvastarinta on joka tapauksessa suurta. Tavoitteet on siksi määriteltävä kirukkaasti.

## Ohjaus

Marina Erholan avauspuheenvuorossa tuli esiin nykyisen ohjauksen ristiriitaisuus ja runsaus.

Terveyskeskusten ohjaus tapahtuu monilla välineillä; lainsäädännöllä, muilla normeilla, rahalla, satunnaisen poliittisen/median mielenkiinnon avulla, lääninhallituksen valvonnan kautta, eduskunnan oikeusasiamiehen toimistosta ja sairaanhoitopiirin ”tornista”. Kun puhutaan poliittisesta ohjauksesta ja luottamusmiesten päätöksenteosta, niin ohjaako terveyskeskuksia eduskunta, ministeriö vai ministeri. Kunnallisessa päätöksenteossa ohjaus tulee valtuustosta, kunnanhallituksesta ja lautakunnasta. Mikä on yksittäisen johtavan päättäjän ja luottamusmieselimen ja toisaalta johtavan virkamiehen välinen suhde? Kuinka paljon johtoryhmä ja johtava lääkäri ohjaavat toimintaa? Vai voittavatko tässä markkinavoimat, uudet innovaatiot ja media, joiden mukaan valinnat tapahtuvat?

Suurin ongelma terveyskeskusten kannalta on ristiin ohjaus. Ohjaajia ja ohjattavia sektoreita on niin runsaasti, että informaatiotulva hukuttaa toimijat. Ohjauksen yhteensovittamista tai koordinaatiota ei tehdä keskitetysti valtakunnallisella tai alueellisella tasolla, vaan tämä jää kentällä toimijoiden tehtäväksi. Tämän seurauksena ammatillaiset joutuvat kohtuuttoman suuren priorisointipaineen alaiseksi – ja siirtyvät muihin kevyempiin tehtäviin, vihreämmän ruohon perään.

### *Ryhmä määritteli keskeisimmät kehittämiskohteet tärkeysjärjestyksessä*

1. Normiohjaus: rooli tulevaisuudessa
2. Suositusten rooli: liukuvatko normeiksi, vahvistuuko lakitupaohjaus
3. Resurssiohjaus: hankeohjaus vai korvamerkitty raha? ohjaako VM vai STM?
4. Väestön osallistuminen – väestöohjaus: miten saada todelliseksi ohjaukseksi, toimijoina poliitikot vai kuntalaiset?
5. Informaatio-ohjaus: jääkö sille roolia? positiiviset esimerkit, tilastot

### *Toimenpide-ehdotus 14*

**Tarvitaan uusi sosiaali- ja terveystalvelulaki.** Integroitu, ehkäiseviä ja hoitavia sosiaali- ja terveystalveluja koskeva laki on tarpeen. Erityisesti on huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinta sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteys ja yhteinen vastuu.

**Vastuu:** STM



Nykyinen jako erikoissairaanhoidolakiin ja kansanterveyslakiin nähtiin aikansa eläneenä. Kunnilla ja terveyskeskuksilla on monin paikoin omaakin erikoissairaanhoidoa ja toisaalta ostetaan suoraan erikoissairaanhoidon palveluita oman sairaanhoitopiirin ulkopuoleltakin. Toisaalta terveydenhuoltoalueet ja terveystieteiden tutkimuskeskukset (Kainuu) ovat jo organisaatiorakenteissaan hakeneet uusia hallinnon ratkaisuja (esim. elämäntapaohjelma). Vanhenevan väestön palvelutarpeet ovat saman ongelman hoitamista sosiaalitoimen, terveyskeskuksen ja sairaalan kanssa ja toisaalta yhä useampi potilas/asiakas on moniongelmainen. Uuteen yhtenäiseen lakiin toivotaan käsitteiden selkeää määrittelyä (kansanterveyslaki, perusterveydenhuolto). Toivotaan myös määrittelyä perusterveydenhuollon järjestämistavasta sekä rahoituspohjasta. Erityisesti laissa tulisi huomioida raja-alueet (vanhukset, päihde, haavoittuvat ryhmät), ehkäisevä työ.

## *Toimenpide-ehdotus 15*

**Uusi informaatio-ohjaus.** (ks. myös toimenpide-ehdotus 9). Tarvitaan väestön terveyttä ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaava tietokanta paikalliseen alueelliseen ja kansalliseen käyttöön. Perusterveydenhuollon toimintaa on päästävä seuraamaan myös sisällön eikä ainoastaan käyttilukujen osalta. Terveyskeskuksen johdon on pystyttävä seuraamaan palvelujen vaikuttavuutta terveyteen ja eriarvoisuuteen. Tarkoituksena on tuottaa pätevä johtamisen työkalut kansanterveysjärjestelmän johtamiseen ja tuottaa myös valtakunnallinen ja alueellinen tietopohja vertaisarviointiin pohjaksi.

**Vastuu:** STM, Stakes, KTL

Ohjauksella turvataan väestön tarpeen mukaiset ehkäisevät ja hoitavat palvelut, jotka ovat terveyskeskuksen olemassaolon oikeutus. Normiohjausta tulee käyttää ainoastaan vahvistamaan perustehtävää. Normiohjaus on koordinoitava. Keskustelussa haettiin myös toimivaa normia ehkäisevän työn vahvistamiseen ja haavoittuvien väestöryhmien palvelutarpeeseen. Normiohjaukseen tulee liittää voimavarat sekä valvonta. Yleis- ja erityislainsäädännön hierarkiaan toivottiin selkiyttämistä (kuntalaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, mielenterveyslaki, työterveyslaki) Normit antavat puitteet, valvonnan tulee olla perusoikeuksien toteutumisen tasolla.

Suositus on yleisluontoinen, ei-sitova ehdotus, joka alueellisella/paikallisella tasolla voidaan määrittää sitovaksi. Eri suositustyyppit vaativat selkiyttämistä (laatusuositus, näyttöön perustuva hoitosuositus). Olisi hyvä, mikäli eri suositustyyppit tulisivat kukin yhdeltä valtakunnalliselta taholta.

Suosituksen tulee olla kansallinen. Valvontaviranomainen ei saa antaa suositusta, ei myöskään etua saava intressitaho yksin.

Nykyinen informaatio-ohjaus ei ole laadullisesti riittävää (määrää kyllä piisaa): ei ole kaksisuuntainen, ei vastaa terveyskeskusten tarpeisiin, tulkinta, luotettavuus ja soveltuvuus käytännön tarpeisiin ei ole riittävä. Ohjauksen hierarkia ei ole selkeä, eritasoisista laatusuosituksista, ohjetta ja kiertokirjettä tulee aivan liikaa eikä niiden sisältöä koordinoita. Kentän toimijoiden kannalta kyseessä on ristiin ohjaus ja kapeiden asiantuntijaryhmien keskinäinen kilpalaulanta.

Informaatio-ohjaus lähtee perusolettamuksesta, että vastuulliset toimijat hoitavat tehtävänsä. Informaatio-ohjaus edellyttää vertailutietoa ja myös siihen liittyvää dialogia. Olisi tärkeää saada jakaa kokemukset hyvistä (ja huonoista) käytännöistä. Stakes nähdään informaatio-ohjauksen keskeisenä toimijana, jonka tulee koordinoita tiedonkeruu, jalostaa numerotieto ymmärrettäväksi,

käyttökelpoiseksi ja sovellettavaksi sekä huolehtia tiedon vapaasta levittämisestä julkisella alustalla (esim. SotkaNET). Väestön käyttäytymistä ja toiveita olisi myös kuultava enemmän ja tuotava tämä palaute ohjausjärjestelmään.

Resurssiohjausta käytetään hankerahoituksessa, korvamerkityssä rahoituksessa sekä kannustin- ja palkkausjärjestelmissä. Hankeraha nähtiin erityisen hyödyllisenä alueellisten yhteistyömallien kehittämisessä.

## *Toimenpide-ehdotus 16*

**Tarvitaan kiinteä yhdyshenkilöiden verkosto perusterveydenhuoltoon.** Verkosto vastaisi sairaanhoitopiirien verkostoa, toimisi yhteydenpidossa muun muassa STM:n ja Kuntaliiton suuntaan ja muodostaisi myös luontevan jatkon kansallisen terveyshankkeen aluetukihenkilöverkostolle.

- a) Alueellinen perusterveydenhuollon edustaja, joka toimii yhdyshenkilönä sairaanhoitopiiriin sekä STM:n suuntaan (vrt. terveyshankkeen aluetukihenkilöt)
- b) Alueellinen foorumi: Tiedon käsittely ja vertailu alueittain, alueelliset tutkimus- ja kehitysyksiköt koordinoivat, virkamiesjohto ja luottamusjohto yhdessä
- c) Valtakunnallinen foorumi: STM:n, alaisten laitosten sekä alueiden edustus. Käsittelyssä terveystieto, toimintatieto ja hyvät käytännöt.

**Vastuu:** STM, Stakes ja perusterveydenhuollon kehittämiskeskus

Kansallisen terveyshankkeen aluetukihenkilöiden verkoston avulla on luotu yhteydenpito STM:n, Stakesin, Kuntaliiton ja terveystieteiden välille. Lääninhallitukset nähdään varsin etäällä olevina. Tarvitaan pysyvä yhteydenpitoverkosto keskushallinnon ja perusterveydenhuollon välille. Sairaanhoitopiirien kautta tuleva informaatio ei ole riittävää terveystieteiden näkökulmasta. Sairaanhoitopiirien johtajat ja johtajaylilääkärit ovat erinomaisesti verkottuneet ministeriön ja Kuntaliiton suuntaan. Vastaava toimintatapa tarvitaan perusterveydenhuoltoon. Tämä voitaisiin toteuttaa esimerkiksi niin, että sairaanhoitopiireittäin terveystieteiden keskuudestaan yhteyshenkilön tähän verkostoon (esim. yksi johtavista lääkäreistä). TK-yhteyshenkilön velvollisuutena on sitten huolehtia informaation kulkemisesta alueelta ministeriöön ja päinvastoin. TK-yhteyshenkilö voisi myös olla terveystieteiden yhteinen ”puhemies” sairaanhoitopiiriin ja yliopiston suuntaan.

Informaatio-ohjausta voitaisiin hyödyntää paremmin alueellisen foorumin avulla, jossa voidaan yhdistää erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto ja tehdä alueellisia vertailuja. Palvelujen vaikuttavuuden seuraaminen on tavoitteena.

Valtakunnalliselle foorumille osallistuisivat alueiden edustajien lisäksi asiantuntijalaitosten edustajat. Tällä foorumilla voitaisiin käsitellä ohjauksen koordinaatiota ja keskustella tulevista uudistuksista.

## *Pohdinta ja johtopäätökset*

Työseminaari oli yksimielinen siitä, että perusterveydenhuollon kehittämiseen on panostettava voimakkaasti. Tarvitaan syvällistä uudistustyötä ja valtakunnallista tukea terveyskeskusten kehittämiseksi. Terveyspalveluiden tulevaisuuden haasteisiin on haettava uusia ratkaisuita. Entisiin eväin ei pärjätä. Lääkärien rekrytoinnin vaikeus on vakava hälytysmerkki terveyskeskusten kriisistä. Palkkausjärjestelmiin ei seminaarissa puututtu muutoin kuin todettiin kannusteiden heikkous tai olemattomuus niin osaamisen, johtamisen kuin kehittämisen palkitsemisessa.

Toimenpide-ehdotuksia on yhteensä 16 ja ne on esitetty raportissa erikseen. Kansallisen terveyshankkeen viimeinen toimintavuosi on v. 2007 ja seminaarin osanottajat esittävät, että viimeisenä vuonna hankkeen painopiste olisi voimakkaasti perusterveydenhuollossa. Kasvavan vanhusväestön palvelutarpeet, erikoissairaanhoidon kustannusten hallinta ja suurten kansantautien ehkäisy ja hoito edellyttävät toimivaa perusterveydenhuoltoa.

## *Työseminaarin toimenpide-ehdotukset voidaan tiivistää kuuteen teemaan:*

### **I Terveyskeskuksen perustehtävän määrittely**

Terveyskeskuksen uusi rooli perustuu väestön tilanteen, tarpeiden ja toiveiden kartoittamiseen ja tunnistamiseen, asiakaslähtöiseen ja yhteisölliseen työskentelyyn. Haetaan uusi lähestymistapa potilaslähtöisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. ”Terveys kaikissa politiikoissa” ajattelutapa on saatava käytäntöön kunnissa kaikilla sektoreilla. Kehittämistä varten tarvitaan **valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämisskeskus ja -verkosto**. Kysymyksessä ei ole uuden laitoksen tai instituutin perustaminen vaan perusterveydenhuollon kehittämisen selkeä vastuuttaminen. On arvioitava ministeriön, Stakesin, Kansanterveyslaitoksen, Kuntaliiton ja yliopistojen rooli ja yhdistettävä kymmenet kehittämishankkeet laaja-alaiseksi, kokonaisvaltaiseksi ja pitkäjänteiseksi terveyskeskustyön kehittämiseksi.

Osana kansanterveystyön/perusterveydenhuollon perustehtävän kirkastamista nähtiin lainsäädännön uudistaminen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta säädetään erillisillä laeilla, jotka asettavat palvelujärjestelmän sisälle rajoja. Rajoja vahvistaa tehokkaasti se, että eri osat ovat eri tavoin kuntien ohjattavissa. Erityisesti tämä näkyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välissä kun sairaanhoitopiireille on erikoissairaanhoidolaissa säädetty vastuu tarpeen mukaisen erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä ja kunnille vain maksajan rooli. Käytännössä erikoissairaanhoido vielä itse määrittelee erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa kunnilla on palvelutuotanto ja sen kustannuskehitys tiukemmin omassa hallinnassa. Tällöin tiukassa kuntatalouden tilanteessa sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuus kehittyy epä-tarkoituksenmukaisesti osina ja osin merkittävästi erilaisin voimavaroin. Vanhenevan väestön pal-

velutarpeet ovat saman ongelman hoitamista sosiaalitoimen, terveyskeskuksen ja sairaalan kanssa ja toisaalta yhä useampi potilas/asiakas on moniongelmainen. Uuteen yhtenäiseen lakiin, joka koski ehkäiseviä ja hoitavia sosiaali- ja terveyspalveluita, toivotaan käsitteiden selkeää määrittelyä (kansanterveystyö, perusterveydenhuolto). Toivotaan myös määrittelyä perusterveydenhuollon järjestämistavasta sekä rahoituspohjasta. Erityisesti laissa tulisi huomioida raja-alueet (vanhukset, päihde, haavoittuvat ryhmät), ehkäisevä työ. Lisäksi on huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinta sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteys sekä yhteinen vastuu. Hoidon koordinaatio ja palveluketjujen kokonaisuuden hallinta (care management) on määriteltävä selkeästi perusterveydenhuollolle.

## II Vahvistetaan potilaslähtöisyyttä

Terveyskeskuksissa on luotava uusia toiminta/palvelumalleja erilaisiin tarpeisiin ja erilaisille väestöryhmille. Tätä kehittämistyötä ohjaa valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämisskeskus ja varsinainen kehittämistyö tapahtuu terveyskeskuksissa. Tässä tavoitteena on päästä palveluita uudistamalla kohdentamaan palvelut niitä eniten tarvitseville ja sen kautta kaventamaan terveyseroja.

Korkeampi koulutustaso, uusi teknologia ja informaatioteknologia vahvistavat potilaan asemaa oman hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. Potilasnäkökulmaa on vahvistettava jo hoitoketjujen laatimisessa. Potilaita otetaan mukaan työryhmiin ja koulutustilaisuuksiin sekä vetämään vertaisryhmiä. Tarvitaan enemmän kuntalais- ja asiakaskyselyitä toiminnan kehittämisen tueksi. Potilasta tukevia tietojärjestelmiä on kehitteillä (”disease management kroonisiin sairauksiin), lääkeprofiilit, tutkimustulokset ja pääsy omaan sairaskertomukseen ovat jo lähitulevaisuutta. Potilaan asemaa on vahvistettava myös valinnanvapautta lisäämällä ja helpottamalla asiointia yli kuntarajojen.

## III Osaamisen ja laadun kehittäminen

Tarvitaan selvät kriteerit ja suositukset toimipaikka- ja täydennyskoulutukselle. Rohto-työpajatoiminta tulee laajentaa kattamaan koko maa sekä muutkin aiheet kuin lääkehoito. On luotava valtakunnallinen kouluttajaverkosto. Osaamisen johtamiseen on panostettava: lahjakkuuden tunnistaminen, urapolkujen suunnittelu, henkilökohtainen kehityssuunnitelma kaikille työntekijöille, raportointi. Perusterveydenhuollon aseman ja roolin vahvistuminen edellyttää osaamisen ja laadun parantamista.

Hallinnon ja johtamisen koulutus on saatava kuntoon kaikilla tasoilla (Terveyshankkeen johtamisen työryhmämuistion toimeenpano). Perustetaan **valtakunnallinen terveyskeskusjohtajien verkosto ja täydennyskoulutusohjelma** (vert. valtakunnallinen maanpuolustuskurssi), toimijana joko STM tai Stakes.

Terveyskeskusten johtamisjärjestelmät on saatava kuntoon (poliittinen päätöksenteko, operatiivinen johtaminen). Toiminnan seuraamista ja kehittämistä varten myös tietojärjestelmät on saatettava ajan tasalle (toiminnan kuvaus/tuotteistus, hoitotakuun seuranta, henkilöstöhallinto, osamisprofiilit, taloushallinto).

Uusi informaatio-ohjaus: tarvitaan väestön terveyttä ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaava tietokanta. Perusterveydenhuollon toimintaa on päästävä seuraamaan myös sisällön eikä ainoastaan käyntilukujen osalta. Terveyskeskuksen johdon on pystyttävä seuraamaan palvelujen vaikuttavuutta terveyteen ja eriarvoisuuteen. Tarkoituksena on tuottaa pätevät johtamisen työkalut

kansanterveystyön johtamiseen ja tuottaa myös valtakunnallinen ja alueellinen tietopohja vertaisarvioinnin (benchmarking) pohjaksi.

#### IV Terveyskeskuksista kansallinen verkosto

Luodaan **kiinteä verkosto perusterveydenhuoltoon** jatkoksi kansallisen terveyshankkeen aluetukihenkilöille. Sairaanhoidopiirit ovat verkostoituneet tehokkaasti erityisvastuualueisiin ja valtakunnallisesti, kun taas terveyskeskukset ovat jääneet varsin eristyneiksi. Perusterveydenhuoltoon tarvitaan säännöllinen työskentelytapa yhteydenpidossa STM:n ja Kuntaliiton suuntaan. Valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämiskeskus ohjaa alueellista ja paikallista kehittämistyötä ja koordinoi terveyskeskusten yhteistyötä. **Alueelliset terveyskeskusten kehittämissyksiköt ja alueellinen kehittämisrahasto** huolehtivat esimerkiksi EVO-rahoituksen ohjaamisesta ja kehittämishankkeiden kokoamisesta. Kehittämissyksiköt voisivat olla osa yliopiston yleislääketieteen laitosta tai suuren terveyskeskuksen yksikkö tai sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa/rinnalla toimivia.

- Valitaan alueellinen pth edustaja, joka toimii myös yhdyshenkilönä STM:n suuntaan (vert. terveyshankkeen aluetukihenkilöt). Tämä voisi olla joku alueen terveyskeskusten johtavista lääkäreistä, joka myös voisi toimia työparina sairaanhoidopiirin johtavan lääkärin kanssa.
- Alueellinen foorumi: Tiedon käsittely ja vertailu alueittain, alueelliset tutkimus- ja kehityssyksiköt koordinoivat, virkamiesjohto ja luottamusmiesjohto yhdessä
- Valtakunnallinen foorumi: STM:n, alaisten laitosten sekä alueiden edustus. Käsittelyssä terveystieto, toimintatieto ja hyvät käytännöt. Koordinoi informaatio-ohjausta.

#### V Informaatioteknologiasta tukea tutkimukseen ja kehittämiseen

Hyvien ratkaisujen ja **kehittämishankkeiden tietokanta** luodaan nettiin edistämään terveyskeskusten kehittämistyötä. Verkosto arvioi ja kommentoi ratkaisuja, kehittää toimintamuutosten arviointimenetelmiä ja luo kontakteja vastaaviin hankkeisiin muualla maailmalla.

Luodaan perusterveydenhuollon tutkimustyön tukijärjestelmä. Luodaan tutkimusaiheiden ja käynnissä olevien **tutkimushankkeiden tietokanta sekä tutkijatutorjärjestelmä**. Otetaan käyttöön Suomen yleislääkäreiden valtakunnallinen tutkimustiedon keruuväline FinGPWeb. Kysymyksessä on **tiedonkeruutyökalu**, joka kommunikoi rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen kanssa ja jonka avulla tutkijat voivat laatia Internet-pohjaisia, potilaskertomukseen integroituvia tallennuslomakkeita. Järjestelmän ylläpitäjänä toimisi valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämiskeskus (osana Stakesia tai STM:ä tai KTL:ta).

#### VI Organisaation ja toiminnan kehittäminen

Hoitoketjujen käyttöönottoa on tehostettava: on varmistettava edellytykset (poliittiset päättäjät, resurssit, tietojärjestelmät, palkitsemisjärjestelmät), vastuutus (sitouttaminen, prosessin omistajuus), seuranta (hoidon mittarit, palautteet, tulosten julkisuus, työntekijäkohtainen palaute), koulutus (kaikki ammattiryhmät), ylläpito (jatkuva päivitys).

Kuntien välisen yhteistyön edistäminen on tunteiden hallintaa ja luottamuksen rakentamista. Tueksi tarvitaan informaatio-ohjaus, porkkanarahat, hyvät esimerkit, yhteensopivat tietojärjestelmät, terveysjohtajien yhteisrintama, yhteiset teemaseminaarit, koulutusyhteistyö sekä kehittämishankkeet.



Palvelurakenteen kehittäminen on välttämätöntä. Yhden kunnan mahdollisuudet muuttaa perusterveydenhuollon toiminta-ajatusta ovat rajalliset. Löyhät verkostot tuskin riittävät syvällisen ja pysyvän muutosprosessin hallintaan. Ensin on rakennettava yleismalli, visio. On syytä luoda asiakaslähtöinen toimintamalli puhtaalta pöydältä. Uusi palvelurakenne tulee hahmottaa palvelukokonaisuuksien pohjalta. Valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämiskeskus tukee alueellisia/seudullisia palvelurakenteen kehittämishankkeita.

## **Lopuksi**

Kahden päivän intensiivisessä työseminaarissa päädyttiin näihin toimenpide-ehdotuksiin. Niiden työstäminen ja hiominen vaatii jatkotyötä ja neuvotteluita oikean toimijan ja vastuutahon löytämiseksi. Jatkotyössä on erityisesti tuotava mukaan moniammatillisuus ja tiimien toimivuus. Suun terveydenhuollon ja neuvolatyön osalta saattaisi vastaava työkokous olla tarpeen. Lisäksi ehdotetaan jatkotyöskentelyyn vahvempaa yhteyttä lääketieteellisiin tiedekuntiin sekä ammattikorkeakouluihin. Toivomme, että työseminaarin esittämät toimenpide-ehdotukset johtavat jatkovalmisteluun sosiaali- ja terveysministeriössä ja sen alaisissa laitoksissa.



## *Lähdemateriaali*

Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30

[http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2004/sosiaali-\\_ja\\_terveysalan\\_johtamiskoulutustyoryhman\\_muistio?lang=fi](http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2004/sosiaali-_ja_terveysalan_johtamiskoulutustyoryhman_muistio?lang=fi)

Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus STM Julkaisuja 2006:4

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6528/index.htm>

Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. STM Oppaita 2004:3

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1533/index.htm>

Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. STM Selvityksiä 2004:3

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1602/index.htm>

Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. STM Selvityksiä 2004:13

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2106/index.htm>

Yhteistyö ja työnjako hoitopääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Eija Hukkanen, Marjukka Vallimies-Patomäki. STM Selvityksiä 2005:21

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/4898/index.htm>

Yrittäjyys perusterveydenhuollossa. Jorma Back. STM Selvityksiä 2004: 9

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1854/index.htm>

# LIITE 1 Ohjelma

## **Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus - ohjelma**

### **Maanantaina 5.6.**

- 9.30 alkaen Kahvi
- 10.00 Avaus: apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen
- 15.15 Alustukset päivän teemoihin, pj ylilääkäri Kati Myllymäki  
à 5min kysymyksiä ja haasteita ryhmille
- Väestölähtöisyys ja terveyden edistäminen, Simo Kokko
  - Terveyskeskusten johtaminen, Mats Brommels
  - Kehittämistyö ja tutkimus terveyskeskuksissa, Jukka Mattila
  - Hoitoketjut ja alueellinen yhteistyö, Tuula Heinänen
  - Miten ohjata itsenäisiä terveyskeskuksia, Marina Erhola
- Ohjeet työskentelyyn ja jakautuminen ryhmiin
- 11.00 Ryhmätyö 1: Mikä olikaan ongelma?
- Ryhmät hakevat konsensuksen keskeisistä kehittämiskohteista
- 30.30 Purku 1
- 12.00 Lounas
- 13.00 Ryhmätyö 2: Ja näin löytyy ratkaisuja...
- Aivoriihi ratkaisuista
- 14.00 Kahvi
- Ryhmätyö 1 jatkuu
- 17.00 Purku 2 ja kommenttikierros
- 18.00 Päätös
- Sauna
- 19.15 Päivällinen – rantarakennuksella (Kyöstinranta)  
Yllätysohjelma

### **Tiistaina 6.6.**

- 7.00 alkaen Aamusauna (hotellin alakerta) ja aamiainen
- 8.30 Avaus – mitä uutta syntyi illalla – eväitä ryhmiin...
- 45.45 Ryhmätyö 3: Mitkä olivatkaan hyviä ratkaisuja?
- Kommenttien perusteella työstetään ideat valmiiksi
  - Ideoiden testaaminen riskianalyysillä
  - Ideat priorisoidaan
- 10.00 Purku 3
- Lopulliset ehdotukset esitellään
- 11.30 Miten tästä eteenpäin: ylijohtaja Kimmo Leppo
- 12.00 Päätös ja lounas
- 13.00 Paluu Helsinkiin

## LIITE 2 Osallistujalista

Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus  
STM kutsuseminaari 5-6.6.2006 Tuusula, Gustavelund

### OSALLISTUJAT

1. Timo Aronkytö
2. Marina Erhola
3. Mats Brommels
4. Outi Elonheimo
5. Erkki Hakala
6. Pia Hakio
7. Hannele Häkkinen
8. Tapani Hämäläinen
9. Tuula Heinänen
10. Minna Kaila
11. Kirsi Kiukaanniemi
12. Simo Kokko
13. Leena Korhonen
14. Jarmo Koski
15. Minerva Krohn
16. Ilkka Kunnamo
17. Liisa Länsipuro
18. Jukka Mattila
19. Jari Mäkelä
20. Risto Mäkinen
21. Taina Mäntyranta
22. Vesa Örmärk
23. Kaisu Pitkälä
24. Tuomo Pääkkönen
25. Pertti Sakaranaho
26. Jan Schugk
27. Johanna Tulonen-Tapio
28. Arto Vehviläinen
29. Jouko Isolauri, STM
30. Kimmo Leppo, STM
31. Marja-Liisa Partanen, STM
32. Kati Myllymäki, STM
33. Erna Snellman, STM
34. Kia Paasivirta, STM

## LIITE 3 Hyvien ratkaisujen tietokanta (toimenpide-ehdotus 7)

5.6.2006

Ilkka Kunnamo

### Lähtökohta

- Suomen terveydenhuollossa kehitetään laadukkaita ja kustannus-vaikuttavia käytännön toimintamalleja. Kehitysprojekteihin käytetään runsaasti yhteiskunnan varoja.
- Hyvien ratkaisujen julkaisemiseen ja julkaisujen löytämiseen ei ole käytettävissä samanlaisia hakutyökaluja ja tietokantoja kuin tutkimustulosten julkaisemiseen.
- NykYTEKNIKALLA olisi suhteellisen pienin kustannuksin pystytettävissä ja ylläpidettävissä Internet-palvelu, jolla toteutettaisiin sekä ratkaisujen vertaisarviointi että niiden julkaiseminen kaikkien saataville.

### Tavoitteet

- Kerätä käytännössä toimiviksi havaittuja järjestämis- ja menettelytapoja tai kokeilemisen arvoisia ideoita terveydenhuollon koko kentältä
- Rakentaa verkosto, joka arvioi ja kommentoi ratkaisuja
- Kehittää toiminnallisten ratkaisujen arviointimenetelmiä
- Julkaista ratkaisut keskustelevalle foorumilla
- Luoda kontakteja vastaaviin hankkeisiin muualla maailmassa

### Tekijät

- Sisällöntuottajina ovat kaikki terveydenhuollon työntekijät ja asiakkaat. Esiteltäviksi ratkaisuksi toivotaan mm. ROHTO-verkoston tuotoksia, Kansallisen terveyshankkeen projektien tuloksia ja yksittäisissä toimintayksiköissä kehitettyjä ratkaisuja.
- Arvioijina toimii laaja joukko vapaaehtoisia.
- Toimitus kehittää ratkaisujen arviointimenetelmät ja luo tietokannan toimitusperiaatteet sekä hankkii asiantuntija-arvioita. Toimitus vastaa myös tietokannan indeksoinnista.
- Tekninen tiimi vastaa tietokannan teknisestä toteutuksesta ja ylläpidosta.

### Toimintaperiaate

- Kuka tahansa voi lähettää tietokannan toimitukselle lyhyen, määrämuotoisen tiivistelmän toimivaksi havaitusta ratkaisusta tai ratkaisuideasta.
- Toimitus tarkastaa, että tiivistelmä sisältää vaaditut tiedot.
- Toimituksen hyväksymät tiivistelmät ja tarvittaessa tausta-aineisto lähetetään arvioijille, joiden tehtävänä on ottaa kantaa ratkaisun toteutettavuuteen/yleistettävyyteen, vaikuttavuuteen/kustannus-vaikuttavuuteen ja uutuusarvoon (innovatiivisuuteen). Toimitus suunnittelee arviointilomakkeen ja arviointikriteerit. Arvioijat ilmoittavat arvioinnin tuloksen numeroarvolla 1 – 7 kunkin arviointikysymyksen osalta. Arviointikysymysten määrä rajataan mahdollisimman pieneksi (2 – 4).

- Kaikkien kriteerien osalta kynnyksarvon ylittävät ratkaisut julkaistaan tietokannassa.
- Julkaistuja tiivistelmiä voidaan päivittää ja niihin voidaan liittää linkkejä tausta-aineistoihin sekä keskustelukommentteja. Ratkaisun käyttöön ottaneet organisaatiot voivat ilmoittaa yhteystietonsa.
- Parhaat ideat palkitaan.

### **Tekninen toteutus**

- Teknisessä toteutuksessa käytetään mallina McMaster Online Rating of Evidence (MORE) –järjestelmää (1). Siinä toimituksen valitsevat alkuperäistutkimukset tai systemoidut katsaukset lähetetään muutamalle yli 2500 lääkäristä koostuvan arvioijajoukon jäsenelle, jotka täyttävät kahden päivän kuluessa lyhyen interaktiivisen lomakkeen. Lomakkeella arvioidaan pisteillä 1 – 7 artikkelin tai katsauksen relevanssi ja uutisarvo. Kynnyksarvon 3 saavuttavien artikkelien lyhennelmät julkaistaan tietokannassa.
- Tietokannan tilaajiksi ilmoittautuneet saavat sähköpostiinsa viestin uusista, valitsemansa pistemäärän ylittävistä lyhennelmistä.
- Arvioijajoukon jäsenet saavat käyttöönsä erityisen käyttöliittymän, arvioimiensa alkuperäisartikkelien kopiot, muiden arvioijien arviot ja lokin omasta arviointihistoriastaan.

### **Jakelu**

- Jos tietokanta julkaistaan osana Terveysporttia, Duodecimin tietohallinto vastaisi teknisen alustan rakentamisesta ja ylläpidosta.
- Tietokannan sisältö jaetaan (1) jo käytännössä testattuihin ratkaisuihin ja (2) vielä testaamattomiin tai pilotointivaiheessa oleviin ideoihin.
- Sähköpostilistalla olevat voivat valita, mihin luokkiin (luokituskriteereinä aihepiiri, arvioijien antamat pisteet) kuuluvia ratkaisuja he haluavat saada sähköpostitse.

### **Järjestämisvastuu ja rahoitus**

- Tietokanta kannattaisi toteuttaa useiden organisaatioiden yhteishankkeena (
- Mahdollisia rahoitusvaihtoehtoja ovat julkinen tuki hankkeen pystytysvaiheessa, jaettu useiden organisaatioiden ylläpitorahoitus, jokaisen julkista tukea saavan hankkeen budjettiin sisällytettävä julkaisukustannus ja sisällyttäminen Terveysportin maksullisiin palveluihin.
- Tavoitteena on, että tietokanta olisi vapaasti ja maksutta saatavilla.

### **Viitteet**

1. Haynes RB et al. Second-order peer review of the medical literature for clinical practitioners. JAMA 2006;295:1801-1808

## LIITE 4 Perusterveydenhuollon tutkimustyön tuki (toimenpide-ehdotus 8)

6.6.2006 Ilkka Kunnamo

### Lähtökohta

- Perusterveydenhuolto tarvitsee lisää sen omassa piirissä tehtävää tutkimusta toiminnan kehittämiseksi ja pätevien työntekijöiden houkuttelemiseksi alalle ja pitämiseksi alalla.
- Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja kehittyvä potilastietojen sähköinen tallentaminen tarjoavat runsaasti mahdollisuuksia kliinisten tutkimusten tekemiseen perusterveydenhuollossa.

### Tavoitteet

- Luoda tutkimusaiheiden ja käynnissä olevien tutkimushankkeiden tietokanta.
- Luoda verkosto, joka tukee aiheiden löytämisessä, ideoiden kehittämisessä, menetelmien valinnassa ja tutkimusryhmien luomisessa.
- Luoda tiedonkeruutyökalu, joka kommunikoi Kansallisessa terveyshankkeessa määritellyn rakenteisen sähköisen potilaskertomuksen kanssa ja jonka avulla tutkijat ja tutkimusryhmät voivat räätälöidä itselleen Internet-pohjaisia, potilaskertomukseen integroituja tallennuslomakkeita.

### Tekijät

- Tietokannalle ja tallennustyökalulle tarvitaan julkinen ylläpitäjä.
- Tekninen alusta tilataan yritykseltä, joka rakentaa sähköisen potilaskertomuksen sisältöä ”louhivaa” ohjelmistoa verkkopalvelu (web services) –periaatteella.
- Tukiverkostoon tarvitaan laaja joukko sisältö- ja metodiasiantuntijoita sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta.
- Tiedon aukkojen löytämisessä hyödynnetään olemassaolevia kansallisia ja kansainvälisiä verkostoja, erityisesti Käypä hoito –työtä.
- Verkoston ja työkalujen tulee profiloitua perusterveydenhuollon omaksi toiminnaksi.

### Toimintaperiaate

- Tutkimusaiheita kerätään tietokantaan kahdella tavalla
- (1) Käyttäjien spontaanisti lähettämät ideat
- (2) Hoitosuositusyössä, menetelmien arvioinnissa ja näytön systemaattisen keräämisen yhteydessä (Cochrane-kirjasto, muut systemoidut katsaukset ja EBM-lähteet) havaittujen tiedon aukkojen sekä ongelmien kliinisen ja kansanterveydellisen merkityksen arvioinnin perusteella tunnistetut tutkimustarpeet.
- Sisältö- ja metodiasiantuntijat kommentoivat tietokantaan lähetettyjä ideoita
- Tietokanta indeksoidaan hyvin, ja siihen liitetään hakurobotti, joka hakee tietoa julkaistuista samaa aihepiiriä käsittelevistä tutkimuksista.



- Aiheen tutkimisesta kiinnostuneet voivat ilmoittautua mukaa potentiaalisiksi tutkijoiksi.
  - Tutkimuksen käynnistyttyä päätutkija suunnittelee tallennustyökalun interaktiivisen osan, joka tarjotaan kaikkien tutkimukseen osallistuvien käyttöön verkkopalveluna.
  - Monikeskustutkimus pth:ssa
  - Internet-tiedonkeruulomake, joka aktivoituu käyttäjän aloitteesta tai automaattisesti, kun mukaanottoehdot täyttävä potilas ilmaantuu
  - Osa potilastiedoista siirtyy automaattisesti rakenteisesta potilaskertomuksesta (jatkossa kansallisesta potilaskertomusarkistosta)
  - Interaktiivinen lomake kyselee loput
  - Tiedot tallentuvat keskitetysti palvelimelle, josta ne ovat saatavilla.

- 2006: 1 Anita Haataja, Maija-Liisa Järviö, Esko Mustonen. Talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi. Pilottihanke sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta.  
ISBN 952-00-1928-6 (nid.)  
ISBN 952-00-1929-4 (PDF)
- 2 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2006.  
ISBN 952-00-1933-2 (nid.)  
ISBN 952-00-1934-0 (PDF)
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2006.  
ISBN 952-00-1937-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1938-3 (PDF)
- 4 Seppo Tuomola. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1939-1 (PDF)
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen loppuraportti.  
ISBN 952-00-1940-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1941-3 (PDF)
- 6 Rikoksista rangaistujen tuen tarve. Suositukset yhteistoiminnalle. Vankien jälkihuoltotyöryhmän raportti.  
ISBN 952-00-1942-1 (nid.)  
ISBN 952-00-1943-X (PDF)
- 7 Lasten tuetut ja valvotut tapaamiset.  
ISBN 952-00-1944-8 (nid.)  
ISBN 952-00-1945-6 (PDF)
- 8 Terveystieteiden valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuista kansalliseen kokonaisuuteen.  
ISBN 952-00-1948-0 (nid.)  
ISBN 952-00-1949-9 (PDF)
- 9 Christel Lamberg-Allardt, Heli Viljakainen ja työryhmä. D-vitamiinitalanteen seurantatutkimus 2002-2004.  
ISBN 952-00-1952-9 (PDF)
- 10 Päivähoitopaikkojen tilat ja turvallisuus. Helsingin ja Oulunsalon päivähoitohenkilökunnalle sekä lasten vanhemmille ja huoltajille suunnattujen kyselyjen tulokset. Toim. Airi Palosaari ja Olli Saarsalmi.  
ISBN 952-00-1953-7 (nid.)  
ISBN 952-00-1954-5 (PDF)
- 11 Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. Kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän ehdotus.  
ISBN 952-00-1985-5 (nid.)  
ISBN 952-00-1986-3 (PDF)
- 12 Niilo Färkkilä. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistaminen. Lausuntoyhteenveto toimikunnan mietinnöstä. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1987-1 (PDF)
- 2006: 13 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaraportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta.  
ISBN 952-00-1988-X (nid.)  
ISBN 952-00-1989-8 (PDF)
- 14 Hallituksen tasa-arvo-ohjelman (2004-2007) seurantaraportti. Maaliskuu 2006. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1960-X (PDF)

- 15 Ehdotus sosiaali- ja terveysministeriön hallinnon talousarvioehdotuksen rakenteen ja selvitysosien sisällön uudistamiseksi.  
ISBN 952-00-2000-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2001-2 (PDF)
- 16 Niilo Färkkilä, Tarja Kahiluoto, Merja Kivistö. Lasten päivähoidon tilannekatsaus. Syyskuu 2005.  
ISBN 952-00-2002-0 (nid.)  
ISBN 952-00-2003-9 (PDF)
- 17 Perhepäivähoidon kehittämishaasteita. Toim. Sanna Parrila.  
ISBN 952-00-2008-X (nid.)  
ISBN 952-00-2009-8 (PDF)
- 18 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen haasteita. Selvitys häiriötilanteiden ja poikkeusolojen koulutuksesta ammattikorkeakouluissa ja lääketieteellisissä tiedekunnissa.  
ISBN 952-00-1962-6 (nid.)  
ISBN 952-00-1963-4 (PDF)
- 19 Alkoholilolot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990-2005.  
ISBN 952-00-2089-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2090-X (PDF)
- 20 Alkoholiförhållandena i EU-Finland. Konsumtion, skadeverkningar och policyramar 1990-2005.  
ISBN 952-00-2012-8 (inh.)  
ISBN 952-00-2013-6 (PDF)
- 21 Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990-2005.  
ISBN 952-00-2014-4 (print.)  
ISBN 952-00-2015-2 (PDF)
- 22 Carita Lahti, Sini Jämsén, Saara Tarumo. Samapalkkaisuuteen palkkausjärjestelmäuudistuksin. Työn vaativuuden ja henkilön pätevyysarviointi Suomessa.  
ISBN 952-00-2016-0 (nid.)  
ISBN 952-00-2017-9 (PDF)
- 23 Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto.  
ISBN 952-00-2020-9 (nid.)  
ISBN 952-00-2021-7 (PDF)
- 24 Työurat pitenevät? Veto-ohjelman indikaattorit.  
ISBN 952-00-2030-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2031-4 (PDF)
- 25 Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2032-2 (nid.)  
ISBN 952-00-2033-0 (PDF)
- 26 Liisa Heinimäki. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004-2005.  
ISBN 952-00-2041-1 (nid.)  
ISBN 952-00-2042-X (PDF)
- 27 Rakennusalan terveystarkastusten seurantarekisteri.  
ISBN 952-00-2043-8 (nid.)  
ISBN 952-00-2044-6 (PDF)

- 28 Petri Virtanen, Janne Jalava, Mari Ruuth. Valtakunnallisen työtapaturmaohjelman arviointi. Tammikuu 2006.  
ISBN 952-00-2045-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2046-2 (PDF)
- 29 Arja Rimpelä, Susanna Rainio, Lasse Pere, Tomi Lintonen, Matti Rimpelä. Use of Tobacco Products, Alcohol Use and Exposure to Drugs in 1977-2005.  
ISBN 952-00-2047-0 (paperback)  
ISBN 952-00-2048-9 (PDF)
- 30 Sirkka-Liisa Kivelä. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.  
ISBN 952-00-2068-3 (nid.)  
ISBN 952-00-2069-1 (PDF)
- 31 Lapsiperheiden toimeentuloedellytysten kehittäminen. Koordinaatioryhmän yhteenvetoraportti.  
ISBN 952-00-2070-5 (nid.)  
ISBN 952-00-2071-3 (PDF)
- 32 Jyrki Korkeila. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-2072-1 (PDF)
- 33 Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2079-9 (nid.)  
ISBN 952-00-2080-2 (PDF)
- 34 EVO-tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistaminen. Työryhmän raportti.  
ISBN 952-00-2085-3 (nid.)  
ISBN 952-00-2086-1 (PDF)
- 35 Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatse 2006. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-1966-9 (PDF)
- 36 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2005.  
ISBN 952-00-2034-9 (nid.)  
ISBN 952-00-2035-7 (PDF)
- 37 Kliinisten laboratorioiden korvausten määräytymisperustetta selvittävän työryhmän raportti. (Ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 952-00-2091-8 (PDF)
- 38 Pirjo Näkki. Vankien velkaantuminen ja yhteiskuntaan integroituminen.  
ISBN 952-00-1967-7 (nid.)  
ISBN 952-00-1968-5 (PDF)
- 39 Raimo Kärkkäinen, Marie Reijo, Keijo Tanner, Timo Tähtinen. Lapsiperheiden asumisen muutokset 1995–2004.  
ISBN 952-00-2092-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2093-4 (PDF)
- 40 Maatalouslomituksen kehittämismahdollisuuksia selvittäneen työryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2102-7 (nid.)  
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 41 Longer careers? The Veto Programme Indicators.  
ISBN 952-00-2104-3 (paperback)  
ISBN 952-00-2105-1 (PDF)

- 2006: 42 Anita Haataja. Ikääntyvät työmarkkinoilla 1989- 2005.  
ISBN 952-00-2107-8 (nid.)  
ISBN 952-00-2108-6 (PDF)
- 43 Anita Haataja. Pohjoismainen ansaitsijahoivaajamalli. Ruotsin ja Suomen perhevapaajärjestelmän vertailu.  
ISBN 952-00-2109-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2103-5 (PDF)
- 44 Ulkomailla asuvien sairaanhoidosta Suomessa aiheutuvien kustannusten korvaaminen. EU:n sosiaaliturvan koordinaatioasetusten mukaisten sairaanhoitokustannusten korvaamista selvittäneen työryhmän muistio.  
ISBN 952-00-2111 6 (nid.)  
ISBN 952-00-2112-4 (PDF)
- 45 Jukka Kumpuvuori. Perusoikeuksien rajoittamisesta kehitysvamma palvelujen toteuttamisessa.  
ISBN 952-00-2114-0 (nid.)  
ISBN 952-00-2115-9 (PDF)
- 46 Petri Virtanen, Janne Jalava, Tuomas Koskela, Janne Kilappa. Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointi.  
ISBN 952-00-2116-7 (nid.)  
ISBN 952-00-2117-5 (PDF)
- 47 Peppi Saikku. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia.  
ISBN 952-00-2124-8 (nid.)  
ISBN 952-00-2125-6 (PDF)
- 48 Rintamaveteraanikuntoutus vuonna 2005. Selvitys veteraanikuntoutusmäärärahojen käytöstä.  
ISBN 952-00-2118-3 (nid.)  
ISBN 952-00-2119-1 (PDF)
- 49 Maria Rautio. Terveiden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla.  
ISBN 952-00-2142-6 (nid.)  
ISBN 952-00-2143-4 (PDF)
- 50 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2006 toiminnasta.  
ISBN 952-00-2150-7 (nid.)  
ISBN 952-00-2151-5 (PDF)
- 51 Aulikki Rautavaara, Jouko Kokko. Kuulo- ja puhevammaisten verkostoituvat tulkkipalvelut. Selvitys alueyhteistyön tuloksellisuudesta ja vaikutuksista.  
ISBN 952-00-2157-4 (nid.)  
ISBN 952-00-2158-2 (PDF)
- 52 National reports on Strategies for Social Protection and Social inclusion – Finland.  
ISBN 952-00-2160-4 (paperback)  
ISBN 952-00-2159-0 (PDF)
- 53 Kansallinen raportti sosiaalisen suojelun ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden strategioista.  
ISBN 952-00-2161-2 (nid.)  
ISBN 952-00-2162-0 (PDF)
- 54 Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2005.  
ISBN 952-00-2165-5 (nid.)  
ISBN 952-00-2166-3 (PDF)

- 55 Kustannuslaskentatyöryhmän raportti.  
ISBN 952-00-2167-1 (nid.)  
ISBN 952-00-2168-X (PDF)
- 56 Kati Myllymäki. Terveyskeskus 2015-terveyskeskustyön tulevaisuus.  
ISBN 952-00-2169-8 (nid.)  
ISBN 952-00-2170-1 (PDF)