

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:8

*Kirsi Viisainen, Ulla Saalasti-Koskinen, Marja-Leena Perälä,  
Juha Kinnunen, Juha Teperi*

*Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen*

---

## **alueellisen toimeenpanon arviointi**

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

---

Helsinki 2002

## TIIVISTELMÄ

*Kirsi Viisainen, Ulla Saalasti-Koskinen, Marja-Leena Perälä, Juha Kinnunen, Juha Teperi.* Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi.

Helsinki, 2002. 187 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2002:8.) ISBN 952-00-1179-X.

**Toimeenpano-ohjelma ja sen tausta.** Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti vuosina 1998 – 2001 valtakunnallisen Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen, jota edelsi Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton terveydenhuollon projekti sekä valtakunnallinen selvitysmiestyö. Hanke sisälsi 32 toimenpidettä, jotka ryhmittivät seitsemälle toimenpidekokonaisuudelle: (1) terveydenhuollon eettinen arviointi ja ohjaus, (2) potilaan aseman vahvistaminen, (3) terveyden edistäminen, (4) palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen, (5) terveystalouden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen, (6) ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa ja (7) terveystalouden rahoituksen turvaaminen ja kustannusten hallinta. Tässä arvioinnissa keskityttiin niihin 23 toimenpiteeseen, joissa keskeinen toimeenpanovastuu oli annettu kunnille ja sairaanhoitopiireille sekä terveydenhuollon toimintayksiköille. Muut toimenpiteet vastuutettiin sosiaali- ja terveysministeriölle, Suomen Kuntaliitolle, Stakesille ja/tai Kansanterveyslaitokselle, ja niiden toimeenpano jäi tämän arvioinnin ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi alueellista toimeenpanoa ja seurantaan varten Etelä-Suomen, Länsi-Suomen, Sisä-Suomen ja Pohjanmaan, Keski- ja Itä-Suomen sekä Pohjois-Suomen yhteistyöalueet ja näiden puheenjohtajat sekä lääninhallitusten ehdotuksesta myös yhteistyöryhmät. Lääninhallitukset puolestaan nimesivät yhteistyöalueensa projektivastaavan. Hankkeen valmistelua ja seurantaan varten sosiaali- ja terveysministeriö nimesi valtakunnallisen ohjausryhmän ja valmisteluryhmän. TH 2000-luvulle –hanke oli ”sateenvarjo-ohjelma”, josta yhteistyöalueet valitsivat omat kehittämiskohteensa, toimeenpanostrategiansa ja -työtapansa.

**Arvioinnin tavoitteet ja aineistot.** TH 2000-luvulle –hankkeen arvioinnin tavoitteena oli (1) kuvata hankkeen toimeenpanoa ja sen edellytyksiä yhteistyöalueilla (toimeenpanostrategioita, toiminnan organisointia, toiminta- ja yhteistyötapoja) sekä näiden eroja, (2) kuvata, millainen oli hankkeen toimenpiteissä mainittujen kehittämiskohteiden tilanne yhteistyöalueilla ja erityisesti terveyskeskuksissa sekä, millaisia muutoksia tilanteessa tapahtui hankkeen aikana, sekä (3) kuvata, miten toimeenpano ja muutokset TH 2000-luvulle –hankkeen toimenpiteissä mainittujen kehittämiskohteiden tilanteessa liittyivät toisiinsa. Tavoitteena oli myös tehdä tulosten perusteella ehdotuksia samankaltaisten valtakunnallisten hankkeiden suunnittelusta ja toimeenpanosta.

Arviointi oli pääasiassa prosessiarviointia, jossa tietoa kerättiin eri vaiheissa, eri lähteistä ja eri menetelmillä. Tietolähteinä olivat pääasiassa yhteistyöryhmien strukturoidut raportit, mutta myös valtakunnalliset seurantakokoukset. Lisäksi kaikille Suomen terveystieteiskeskustoille tehtiin laaja kysely (vastausprosentti 72). Varsinaista lopputulosarviointia ei ollut mahdollista tehdä hankkeen monimuotoisuuden ja laajuuden vuoksi. Hankkeen vaikuttavuutena arvioitiin sitä, miten yhteistyöryhmien toiminta tuki alueilla jo käynnistyneitä hankkeita ja/tai sai liikkeelle uusia hankkeita.

**Tulokset.** Hankkeessa oli valittu osallistava lähestymistapa, jossa alueiden tuli itse valita laajasta ohjelmasta omat prioriteettinsa sekä määrittellä tarvittavat toimenpiteet. Tämä johti alueelliseen moni-ilmeisyyteen toimeenpanostrategioissa sekä hankkeiden rajauksissa ja valinnoissa. Tämä oli alueiden sitoutumisen kannalta toimeenpanon vahvuus; alueet sitoutuivat itse muotoilemiinsa tärkeiksi koettuihin tavoitteisiin. Omien tavoitteiden muotoilu hidasti kuitenkin liikkeellelähtöä. Alueellisen näkemyksen ja yhteisten tavoitteiden muotoilu olisi edellyttänyt yhdessä työskentelyä, aikaa ja voimavaroja, mutta hankkeen kireä toteutusaikataulu ja niukat voimavarat eivät tukeneet valittua lähestymistapaa parhaalla mahdollisella tavalla.

Alueiden toiminta profiloitui eri tavoin hankkeeseen sitoutuneiden toimijoiden mukaan. Toimeenpanosta vastaavista terveydenhuollon toimijoista ja kunnallisista luottamushenkilöistä muodostuneiden yhteistyöryhmien osallistumisaktiivisuus vaihteli alueittain. Toimeenpanossa osoittautuivat menestyksellisiksi sellaiset keinot, jotka edistivät toimijoiden sitoutumista hankkeen tavoitteisiin. Nämä työtavat tukivat kehittämistoiminnasta vastaavia tarkoituksenmukaisella tiedolla, kehittämismenetelmillä tai ratkaisuehdotuksilla, sekä mahdollistamalla vertaispalautteen ja muun kokemusten vaihdon avaamalla organisaatorajapinnat ylittäviä keskusteluyhteyksiä.

Yhteistyöalueet raportoivat toimenpiteiden kehittämiskohteisiin liittyviä hankkeita runsaasti. Parhaiten etenivät sellaiset hankkeet, joiden kehittäminen oli käynnistynyt ennen TH 2000-luvulle –hankkeen alkamista, tai joille oli kohdennettu voimavaroja, sekä sellaiset uudet hankkeet, joilla oli alueellinen ”tilaus”. Syvällistä muutosta edellyttävät toimenpiteet eivät juurikaan edenneet. Yhteistyöryhmät tuottivat toimeenpano-ohjelman puitteissa myös runsaasti selvityksiä, suunnitelmia ja suosituksia alueelliseksi toiminnaksi, joiden mahdolliset vaikutukset tulevat esille vasta hankkeen päättymisen jälkeen.

Terveystieteiskeskustuskyselyllä saatiin yleiskuva hankkeen toimenpiteissä mainittujen kehittämiskohteiden tilanteesta maassamme. Terveystieteiskeskusten tilanne hahmottui pääosin odotettua myönteisempänä. Palveluiden toimivuus arvioitiin hyväksi ja TH 2000-luvulle –hankkeen painopistealueita kehitettiin. Useissa kehittämiskohteissa tapahtuikin edistymistä hankkeen aikana, vaikka itse hanke tunnettiinkin huonosti ja sen vaikutukset omaan toimintaan arvioitiin vähäiseksi. Terveystieteiskeskusten toimintaa ja kehittämistyötä vaikeuttivat niukat voimavarat. Erityisesti lääkäripulan seurauksena hoitoon pääsy vaikeutui koko maassa. Kyselyn mukaan hoitoon pääsy oli parempaa

väestövastuukunnissa. Tulos ei kuitenkaan ollut yksiselitteinen; väestövastuu ei johtanut automaattisesti nopeampaan hoitoon pääsyyn kaikilla yhteistyöalueilla. Sähköisiä potilastietojärjestelmiä käytettiin lähes koko maassa, kun taas kunnallisten hyvinvointistrategioiden ja laadunhallinnan järjestelmien tilanne ei ollut yhtä hyvä.

Arvioinnilla saatiin melko kattava kuva toimeenpanoprosessista yhteistyöalueilla. Myös terveystieteiden tutkimuskeskuskysely antoi hyvän yleiskuvan kehittämistoiminnasta, mutta arvioinnin perusteella ei voi päätellä, mitkä muutokset toiminnassa olivat erityisesti TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksia. Arvioinnissa tiedonkeruu kohdistui vain osaan alueiden toimijoista, ja muun muassa sairaanhoitopiireistä saatiin tietoa vain välillisesti.

TH 2000-luvulle –hanke toteutettiin aikana, jolloin valtakunnallinen ohjausjärjestelmä oli muuttumassa informaatio-ohjauksen suuntaan. Tällöin myös valtakunnallisten hankkeiden ohjauskäytäntöjä uudistettiin. Hanke tarjosi hyvän oppimiskokemuksen yhteistoiminnallisen hankkeen toteutuksen haasteista. Arviointiraportin lopussa on esitetty suosituksia vastaavien hankkeiden valtakunnallisesta ja alueellisesta toteutuksesta, hankkeen tuosten hyödyntämisestä ja sen aikana käynnistyneiden toimintojen jatkuvuuden turvaamisesta sekä hankkeiden arvioinnista.

**Avainsanat:** arviointi, hankkeet, kehittäminen, perusterveydenhuolto, terveydenhuolto, terveystieteiden palvelut

## SAMMANDRAG

*Kirsi Viisainen, Ulla Saalasti-Koskinen, Marja-Leena Perälä, Juha Kinnunen, Juha Teperi.* Utvärdering av den regionala verkställigheten av projektet Hälso- och sjukvård för 2000-talet. Helsingfors, 2002. 187 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2002:8.) ISBN 952-00-1179-X.

**Åtgärdsprogrammet och dess bakgrund.** Social- och hälsovårdsministeriet genomförde åren 1998-2001 ett riksomfattande projekt Hälso- och sjukvård för 2000-talet, som föregicks av ett hälso- och sjukvårdsprojekt som social- och hälsovårdsministeriet genomförde tillsammans med Finlands Kommunförbund samt ett riksomfattande utredningsmannaarbete. Projektet omfattade 32 åtgärder indelade i sju helheter: (1) etisk bedömning och styrning, (2) att stärka patienternas ställning, (3) hälsofrämjande, (4) att rätta till servicestrukturen och stärka den öppna vården, (5) att förbättra kvaliteten på hälsovårdstjänsterna och effekterna av dem, (6) att utveckla yrkeskunskapen inom hälso- och sjukvården samt (7) att trygga finansieringen av hälsovårdstjänsterna och att ha kontroll över utgifterna. Utvärderingen koncentrerade sig på 23 åtgärder där verkställigheten huvudsakligen ankom på kommunerna, sjukvårdsdistrikten och verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvården. För övriga åtgärder svarade social- och hälsovårdsministeriet, Finlands Kommunförbund, Stakes och/eller Folkhälsoinstitutet. Utvärderingen gällde inte verkställigheten av dessa åtgärder.

För den regionala verkställigheten och uppföljningen utsåg social- och hälsovårdsministeriet samarbetsområden för södra Finland, västra Finland, centrala Finland och Österbotten, mellersta och östra Finland samt norra Finland samt ordföranden för dessa och även samarbetsgrupper enligt länsstyrelsernas förslag. Länsstyrelserna utsåg för sin del en projektansvarig för sitt samarbetsområde. För beredning och uppföljning av projektet tillsatte social- och hälsovårdsministeriet en riksomfattande styrgrupp och beredningsgrupp. Projektet Hälso- och sjukvård för 2000-talet var ett ”paraplyprogram”, varav samarbetsområdena valde utvecklingsobjekt, verkställighetsstrategi och arbetssätt.

**Syftet med utvärderingen samt materialet.** Syftet med utvärderingen av projektet var att beskriva (1) hur projektet verkställdes och dess förutsättningar inom samarbetsområdena (verkställighetsstrategier, hur verksamheten är organiserad, förfaringsätten och formerna för samarbetet) samt skillnader i dessa, (2) utvecklingsobjektens situation inom samarbetsområdena och särskilt vid hälsovårdscentralerna samt hur situationen förändrades under projektets gång, samt (3) sambandet mellan verkställigheten och förändringarna i utvecklingsobjektens situation. Utgående från resultaten skulle man även utarbeta förslag till planering och verkställighet av liknande riksomfattande projekt.

Utvärderingen var huvudsakligen en processutvärdering, där information samlades in i olika skeden, från olika källor och med olika metoder. Som informationskällor användes huvudsakligen samarbetsgruppernas strukturerade rapporter, men även riksomfattande uppföljningsmöten användes. Dessutom sändes en omfattande förfrågan till alla hälsovårdscentraler (svarsprocenten 72). Någon egentlig bedömning av resultaten kunde inte göras på grund av projektets mångformighet och omfattning. Projektets effektivitet bedömdes på basis av hur samarbetsgruppernas verksamhet stödde de projekt som redan startats inom området och/eller fick igång nya projekt.

**Resultaten.** I projektet hade man valt ett deltagande tillvägagångssätt, där områdena från ett omfattande program skulle välja sina egna prioriteringar och slå fast de nödvändiga åtgärderna. Detta ledde till regionala variationer vad gäller strategier, avgränsning av projekten och val. Med tanke på områdenas engagemang låg verkställighetens styrka just i detta; områdena förband sig till de mål de själva utformat och som upplevdes som viktiga. Utformningen av de egna målen fördröjde dock starten. För att utforma den regionala synen och de gemensamma målen hade det behövts samarbete, tid och resurser, men projektets strama tidtabell och knappa resurser stödde inte på bästa möjliga sätt det valda tillvägagångssättet.

Regionernas verksamhet profilerade sig enligt de aktörer som kopplats till projektet. Deltagaraktiviteten för de samarbetsgrupper, som bildats av de hälsovårdsinstanserna som svarade för verkställigheten och kommunala förtroendevalda, varierade. Sådana metoder som främjade aktörernas engagemang för att uppnå målen för projektet visade sig vara bäst med tanke på verkställigheten. Dessa arbetsmetoder stödde dem som svarade för utvecklingsverksamheten genom att förse dem med ändamålsenlig information, utvecklingsmodeller eller lösningsförslag samt genom att möjliggöra utbyte av respons och annan erfarenhet med hjälp av diskussioner över organisationsgränserna.

Samarbetsområdena rapporterade ett stort antal projekt i anslutning till utvecklingsobjekten. Bäst framskred sådana projekt vars planering påbörjats före projektet Hälso- och sjukvård för 2000-talet startade eller till vilka resurser anvisats, samt sådana nya projekt för vilka det fanns en regional ”beställning”. Projekt som krävde mera djupgående förändring framskred knappast alls. Samarbetsgrupperna producerade även inom ramen för åtgärdsprogrammet ett stort antal utredningar, planer och rekommendationer till regional verksamhet. Vilka verkningar dessa eventuellt har märks först efter att projektet avslutats.

Den förfrågan som riktades till hälsovårdscentralerna gav en allmän bild av utvecklingsobjektens situationen i vårt land. Hälsovårdscentralernas situation visade sig för det mesta vara bättre än väntat. Enligt bedömningarna fungerade servicen bra och projektets insatsområden utvecklades. Flera utvecklingsobjekt gjorde framsteg under projektets gång, även om själva projektet var mindre känt och dess inverkan på den egna verksamheten bedömdes som små. De knappa resurserna försvårade hälsovårdscentralernas verk-

samhet och utvecklingsarbetet. Särskilt läkarbristen försvårade möjligheterna att få vård i hela landet. Enligt förfrågan var det lättare att få vård i kommuner som har ett servicesystem med befolkningsansvar. Resultatet var dock inte entydigt; befolkningsansvarsmodellen betydde inte automatiskt att man fick vård snabbare inom alla samarbetsområden. Elektroniska patientjournaler användes så gott som i hela landet, situationen för de kommunala välfärdsstrategierna och kvalitetsledningssystemen var dock inte lika bra.

Utvärderingen gav en rätt så täckande bild av verkställighetsprocessen inom samarbetsområdena. Även förfrågan till hälsovårdscentralerna gav en allmän bild av utvecklingsverksamheten, men man kan ändå inte på basis av utvärderingen dra några slutsatser om vilka ändringar i verksamheten som direkt berodde på projektet Hälso- och sjukvård för 2000-talet. För utvärderingen insamlades uppgifter från endast en del av områdets aktörer och bland annat från sjukvårdsdistrikten fick man uppgifter endast indirekt.

Projektet Hälso- och sjukvård för 2000-talet genomfördes under en tid då det riksomfattande styrsystemet höll på att utvecklas i riktning mot informationsstyrning. Samtidigt reformerades även styrpraxisen för de riksomfattande projekten. Projektet gav bra kunskaper om vilka utmaningar ett samarbetsprojekt ställs inför. I slutet av rapporten presenteras rekommendationer om hur motsvarande projekt skall genomföras på riksnivå och regional nivå samt hur resultaten av projektet skall utnyttjas och kontinuiteten för de funktioner som påbörjats under projektets gång säkerställas samt hur projekten skall utvärderas.

**Nyckelord:** hälso- och sjukvård , hälso- och sjukvårdstjänster, primärhälsovård, projekt, utveckling, utvärdering

## SUMMARY

*Kirsi Viisainen, Ulla Saalasti-Koskinen, Marja-Leena Perälä, Juha Kinnunen, Juha Teperi.* Health Care into the 21st Century – an Assessment of the Regional Implementation of the Project  
Helsinki, 2002. 187p. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2002:8.) ISBN 952-00-1179-X.

**The implementation programme and its background:** The Ministry of Social Affairs and Health implemented from 1998 to 2001 a project called Health Care into the 21st Century, which was preceded by a joint health care project of the Ministry and the Association of Finnish Regional and Local Authorities and by a nation-wide investigation of rapporteurs ad int. The project included 32 measures grouped in seven categories: (1) ethical assessment and steering of health care, (2) strengthening the status of patients, (3) health promotion, (4) shifting the balance of care and strengthening community-based care, (5) improving the quality and effectiveness of health care services, (6) elevation of professional skills and knowledge within health care, and (7) securing the financing of health care services and cost containment. This assessment focuses on the 23 measures in which the primary responsibility for implementation had been assigned to the local authorities, hospital districts and health care units. The responsibility for the other measures was vested in the Ministry of Social Affairs and Health, the Association of Finnish Regional and Local Authorities, the National Research and Development Centre for Welfare and Health and/or the National Public Health Institute, and their implementation is not included in this assessment.

For the regional implementation and monitoring the Ministry of Social Affairs and Health nominated the co-operation regions of Southern Finland, Western Finland, Inner Finland and Ostrobothnia, Central and Eastern Finland and Northern Finland and their chairs and, upon the proposal of the Provincial State Offices, the co-operative groups. The Provincial State Offices, for their part, nominated the person with overall responsibility for the project in their areas. For the preparation and monitoring of the project the Ministry appointed a national steering group and a preparation group. The project Health Care into the 21st Century was an ‘umbrella programme’ from which the co-operation regions chose their own objects of development, implementation strategies and methods.

**Objectives and materials of the assessment.** The objective of the assessment of the Health Care into the 21st Century project was (1) to describe the implementation of the project and its prerequisites in the co-operation regions (implementation strategies, organisation of actions, modes of action and co-operation) and differences in them; (2) to describe the situation of the development objects mentioned in the project measures in the co-operation regions and especially in health centres, and what kind of changes



there occurred in the situation during the project, and (3) to describe how the implementation and changes in the situation of the development objects mentioned in the project measures were linked to each other. The purpose was also to put forward proposals based on the results for the planning and implementation of similar nation-wide projects.

The assessment primarily involved process assessment in which information was collected in different phases, from various sources and by various methods. The main sources of information were the structured reports of the working groups and national monitoring meetings. Furthermore, an extensive questionnaire survey was carried out in all health centres in Finland (the response rate was 72 %). It was not possible to make an actual outcome assessment because of the diversity and large extent of the project. In assessing the effectiveness of the project attention was paid to how the activities of the regional co-operative groups backed up the projects already started in the regions and/or gave impetus to new projects.

**Results.** The project had chosen a participatory approach in which the regions had to choose themselves their own priorities from the broad programme and define the measures needed. This led to regional variety in the implementation strategies and in outlining the projects and in choices. From the point of view of the commitment of the regions this constituted a strength, since the regions committed themselves to the objectives they had themselves outlined and considered important. This however delayed the start. Formulation of a common view and common objectives at the regional level would have presupposed collaboration, time and resources, but the tight schedule and limited resources of the project did not underpin optimally the approach selected.

The actions of the regions were shaped differently according to the actors committed to the project. The activeness of the co-operative groups consisting of health care actors and elected municipal representatives, which were responsible for the implementation, varied from region to another. The methods that enhanced the commitment of the actors to the objectives of the project proved successful in the implementation. These working methods supported those responsible for the development work by means of appropriate information, development methods or solutions and by facilitating peer feedback and other exchange of experiences by creating contacts for discussion over organisational borders.

The co-operation regions reported a great number of projects related to the development objects. Projects that advanced best were those whose development had been initiated before the start of the Health Care into the 21st Century or for which resources had been allocated, as well as such new projects for which there was 'felt need' at the regional level. The measures that required profound changes did not advance much. The co-operative groups also produced a great number of reports, plans and recommendations for regional actions whose possible impact will show only after the project has been completed.

Health centre survey gave an overall view of the situation in regard to the development objects referred to in the measures of the project throughout the country. The situation of health centres proved for the most part more positive than expected. The effectiveness of services was estimated as good and the priority areas of the Health Care into the 21st Century project were developed. There was progress in many development objects during the project, although the project itself was poorly known and its effects on the own activities were estimated to be slight. The limited resources hampered the operation and development work of the health centres. In particular the shortage of physicians hampered the access to care all over the country. According to the questionnaire the access to care was better in the municipalities that applied the principle of local population responsibility. The result was not unambiguous however, since the application of local population responsibility did not automatically result in a faster access to care in all co-operation regions. Electronic patient record systems were used almost throughout the country, whereas the situation in regard to municipal welfare strategies and quality management systems was not equally good.

The assessment gave a rather comprehensive picture of the implementation processes in the co-operation regions. The health centre survey also gave a good overall picture of the development activities, but it is not possible to judge from the assessment which of the changes resulted from the Health Care into the 21st Century project. In the assessment the collection of information did not concern all regional actors, and information from e.g. the hospital districts was obtained indirectly only.

The Health Care into the 21st Century project was carried out when the national steering system was being changed into a system of steering by information. Then the steering practices concerning national projects were reformed as well. The project made it possible to learn from the challenges facing in the implementation of co-operative projects. At the end of the assessment report recommendations are given for the national and regional implementation of similar projects, making use of the results of the projects and ensuring the continuity of the actions started during them and for the assessment of projects.

**Key words:** assessment, primary health care, health care services, implementation, development



# SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	3
SISÄLTÖ.....	13
<b>1 TERVEYDENHUOLTO 2000-LUVULLE–HANKE .....</b>	<b>15</b>
1.1 Tausta .....	15
1.2 Toimenpideohjelma.....	15
1.3 Organisointi .....	17
<b>2 ARVIOINTI .....</b>	<b>19</b>
2.1 Lähtökohta ja näkökulma .....	19
2.2 Konkreettiset tavoitteet.....	20
<b>3 AINEISTOT .....</b>	<b>21</b>
3.1 Alueiden strukturoidut raportit .....	21
3.2 Terveyskeskuskysely .....	22
3.3 Muu aineisto .....	24
<b>4 TULOKSET .....</b>	<b>25</b>
4.1 Prosessit.....	25
4.1.1 Alueellisen toimeenpanon strategiset valinnat.....	25
4.1.1.1 Tehtävän ohjeistus .....	25
4.1.1.2 Toimeenpano-ohjelman alueellinen organisointi .....	27
4.1.1.3 Liikkeellelähtö: kehittämissuunnitelmien laatimisen strategiat.....	29
4.1.1.4 Toimeenpanomallit ja yhteistyöryhmän rooli .....	30
4.1.2 Alueellisen toimeenpanon ohjaus ja resurssointi .....	34
4.2 Toimenpiteiden tavoitteet, kehittämistoimet ja tilanne yhteistyöalueilla.....	36
4.2.1 Potilaan aseman vahvistaminen.....	36
4.2.2 Terveiden edistäminen .....	40
4.2.3 Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen: Terveyspalveluiden saatavuuden turvaaminen.....	44
4.2.4 Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen: Terveyspalveluiden toimivuuden parantaminen .....	53
4.2.5 Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen: Väestöryhmittäisten palvelujen uudistaminen .....	61
4.2.6 Terveyspalveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen .....	70
4.2.7 Ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa.....	74
4.2.8 Alueittainen yhteenveto: painotukset, tulokset ja terveyskeskusten tilanne ..	77
4.3 Terveyskeskusten arvio hankkeesta.....	85
4.4 Yhteistyöalueiden hankekuvaukset.....	88
4.5 Yhteistyöalueiden omat arviot ohjelman toteutuksesta.....	90
<b>5 POHDINTA.....</b>	<b>94</b>
<b>6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET .....</b>	<b>103</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>107</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>111</b>
• TH 2000-luvulle –hankkeen toimenpiteet ja vastuutahot	
• TH 2000-luvulle –hankkeen yhteistyöalueet	
• Projektivastaaville osoitettu kysely	
• Terveyskeskuskysely	
• Terveyskeskuskyselyn tulokset	
• Terveyskeskusten tilannetta kuvaavat toimenpiteiden indikaattorikysymykset	



# 1 TERVEYDENHUOLTO 2000-LUVULLE –HANKE

## 1.1 Tausta

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hanke<sup>1</sup> oli kansallinen kehittämisohjelma, joka alkoi vuonna 1998 ja päättyi vuonna 2001. Sen taustalla olivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä todetut epäkohdat. Hankkeen pohjana olivat muun muassa 1990-luvun palvelurakennemuutokset sekä kuntien lisääntynyt päätösvalta palvelujen järjestämisestä. Palvelurakennemuutoksen tuloksena laitosvaltaisuus väheni ja terveydenhuollon toimintatapoja rationalisoitiin voimakkaasti. Kuntien väliset erot terveystalouden saatuudessa, käytössä ja kustannuksissa kuitenkin säilyivät.

Selvittääkseen epäkohtia Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa terveydenhuollon projektin vuonna 1997, joka julkistettiin ”Terveydenhuollon suuntaviivat” asiakirjana (1). Projektin tarkoituksena oli kartoittaa kunnallisten terveystalouden toimivuuden ja terveydenhuollon asiakkaan asemaan liittyvät epäkohdat. Projektille asetettiin johtoryhmä sekä terveystalouden toimivuutta ja terveydenhuollon asiakkaan asemaa käsittelevät työryhmät. Lisäksi neljälle selvitysmiehelle annettiin tehtäväksi projektiin liittyvä selvitystyö. He kokosivat alueellisissa seminaareissa kuntien ja sairaanhoitopiirien edustajien näkemyksiä alueellisista ja paikallisista terveydenhuollon ongelmista sekä ratkaisuvaihtoehtoja. Selvitystyön tuloksena syntyneet toimenpide-ehdotukset kirjattiin selvitysmiesraportteihin ”Asiakkaan asema terveydenhuollossa” sekä ”Terveydenhuollon toimivuus” (2). Selvitysmiesraporttien toimenpide-ehdotuksista projektin johtoryhmä yhdisteli ja karsi toimenpiteitä siten, että lopulliseen Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen toimenpideohjelmaan tuli yhteensä 32 toimenpidettä todettujen epäkohtien korjaamiseksi (3).

## 1.2 Toimenpideohjelma

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeessa oli seitsemän toimenpidekokonaisuutta, jotka kattoivat laajalti terveydenhuollon järjestelmää:

1. terveydenhuollon eettinen arviointi ja ohjaus
2. potilaan aseman vahvistaminen

---

<sup>1</sup> Vaikka valtakunnallinen toimenpideohjelma ei muodollisesti vastannut perinteistä kehittämishanketta, vaan pikemminkin rypästä alueellisia hankkeita, käytetään tekstissä toimenpideohjelmasta myös lyhennettä TH 2000-luvulle

3. terveyden edistäminen
4. palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen
5. terveystalouden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen
6. ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa
7. terveystalouden rahoituksen turvaaminen ja kustannusten hallinta.

Nämä toimenpidekokonaisuudet sisälsivät yhteensä 32 toimenpidettä. Toimenpiteistä suurin osa (23 kpl) koski kuntasektorin toimijoita eli kuntia, terveyskeskuksia, sairaanhoitopiiriä sekä muita terveydenhuollon toimintayksiköitä. Toimenpidekokonaisuudet 1 ja 7 vastuutettiin kokonaisuudessaan Sosiaali- ja terveysministeriölle, Suomen Kuntaliitolle, Stakesille ja/tai Kansanterveyslaitokselle. Lisäksi niille vastuutettiin osa muiden toimenpidekokonaisuuksien toimenpiteistä. (Liite 1)

Tässä arvioinnissa keskitytään kuntasektorin toimijoihin liittyvien toimenpiteiden toteutumiseen. Seuraavassa esitellään arvioitavat toimenpidekokonaisuudet ja niissä määritellyt toimenpiteet. Terveystalouden 2000-luvulle – hankkeen toimeenpano-ohjelmassa on kullekin toimenpiteelle esitelty lyhyet perustelut (3).

#### **Potilaan aseman vahvistaminen**

1. Sairaanhoitopiireissä luodaan potilasasiamiesten keskinäiset konsultatio- ja tukijärjestelmät
2. Työyhteisöissä parannetaan potilasasiamiesten mahdollisuutta tehtävien vuorotteluun
3. Tehostetaan potilaiden muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä

#### **Terveyden edistäminen**

4. Kunnissa panostetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen parantamalla poikkihallinnollista yhteistyötä sekä ottamalla käyttöön uusia työmuotoja
5. Kehitetään kunnille ehkäisevän työn toimintamalleja ja työmenetelmiä sekä arvioidaan niiden vaikuttavuutta (kuntaprojekti, työkirja, indikaattorit, evaluaatiojärjestelmä)

#### **Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen:**

##### **a. Terveystalouden saatavuuden turvaaminen**

6. Terveystaloudessa varmistetaan ei-kiireelliseen hoitoon pääsy kolmessa päivässä
7. Sairaaloissa varmistetaan ei-kiireelliseen hoidon tarpeen arviointi kahdessa viikossa lähetteen saapumisesta
8. Kaikissa terveystaloudessa otetaan käyttöön väestövastuinen toimintatapa
9. Terveystaloudessa lisätään iltavastaanottoja palvelun kysynnän mukaisesti

### **b. Terveyspalveluiden toimivuuden parantaminen**

10. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sovitaan työnjaosta ja sopimusmenettelystä
11. Sairaanhoitopiireissä puretaan tarpeettomat päällekkäisyydet
12. Sairaanhoitopiireissä varmistetaan alueellisen lähete- ja palautekäytännön sekä muun hoitoon liittyvän tiedonkulun toimivuus
13. Parannetaan hoitoketjun toimivuutta sekä sen saumakohtiin, kotiuttamiseen ja kuntoutukseen liittyviä käytäntöjä

### **c. Väestöryhmittäisten palvelujen uudistaminen**

14. Lisätään kotona asumista ja potilaiden omatoimisuutta tukevia palvelumuotoja
15. Laajennetaan neuvola- ja muuta eri hallintokuntien toimintaa vanhus-tenhuoltoon, varhaisnuorille ja nuorille aikuisille sekä eri aikuisryhmille
16. Yhteensovitetaan mielenterveyspalvelut alueellisesti ja paikallisesti
17. Integroidaan vapaaehtoistoiminta terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköiden toimintaan

### **Terveyspalveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen**

18. Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä otetaan käyttöön terveyspalveluiden laadunhallintajärjestelmä
19. Kehitetään ostopalveluina hankittavien terveyspalveluiden laatukriteeristö
20. Laaditaan valtakunnallisiin hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset hoito-ohjelmat ja kehitetään niiden pohjalta tutkittuun tietoon perustuvia hoitokäytäntöjä

### **Ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa**

21. Tuetaan ikääntyvien terveydenhuollon työntekijöiden jaksamista ja työkykyä
22. Arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutustarpeet ja suunnitellaan koulutustarjonta koulutus- ja toimintayksiköiden alueellisessa yhteistyössä
23. Eri ammattiryhmien osaamista hyödynnetään monipuolisesti potilaiden tarpeiden ja palvelutarjonnan mukaan

## **1.3 Organisointi**

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hanke toteutettiin valtakunnallisena hankkeena, jossa keskeinen toimeenpanovastuu oli kunnilla ja sairaanhoitopiireillä sekä terveydenhuollon toimintayksiköillä. Tämän ohjelmamallin kehittämisen taustalla olivat vuoden 1993 valtionosuus- ja vuoden 1995 kuntalain uudistukset, joiden jälkeen keskushallinnon normi- ja resurssiohjauksesta siirryttiin informaatio-ohjaukseen.

Toimeenpanon alueellista toteutumista ja seuranta varten Sosiaali- ja terveysministeriön nimesi yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille lokakuus-



sa 1998 viisi yhteistyöaluetta: Etelä-Suomen, Länsi-Suomen, Sisä-Suomen ja Pohjanmaan, Keski- ja Itä-Suomen sekä Pohjois-Suomen yhteistyöalueet (Liite 2). Näille ministeriö nimesi puheenjohtajat.

Asettamiskirjeen mukaan yhteistyöryhmien kokoonpanossa tuli ottaa huomioon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijat sekä sairaanhoitopiirien, maakuntien, kuntien ja lääninhallitusten edustus. Lääninhallitukset nimesivät yhteistyöalueensa projektivastaavan sekä ehdottivat jäsenet yhteistyöryhmään, jotka ministeriö nimesi asettamispäätöksessään. Yhteistyöryhmien tavoitteena oli varmistaa, että alueella muodostetaan yhteinen näkemys terveydenhuollon kehittämistoimenpiteistä. Lisäksi yhteistyöryhmien tehtäväksi määriteltiin kehittämistoimenpiteiden toimeenpanon yhteensovittaminen, seuranta ja arviointi alueella (4).

#### **Yhteistyöryhmille asetetut tehtävät:**

- Arvioida johtoryhmän toimenpideohjelman perusteella, mitkä toimenpiteet alueella on tarpeen toteuttaa.
- Muodostaa lääninhallituksen ehdotuksen perusteella asiantuntijaryhmiä, joiden avulla kootaan alueen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden terveydenhuollon toimijoiden ehdotukset tarvittavista toimenpiteistä, niiden toteuttamisesta ja seurannasta.
- Sopia asiantuntijatyön pohjalta terveydenhuollon alueellisesta kehittämissuunnitelmasta ja tehdä yksilöidyt ehdotukset suunnitelman toimeenpanosta maaliskuun 1999 loppuun mennessä sekä sopia toimeenpanon vastuutahoista ja aikataulusta.
- Huolehtia toimeenpanon seurannasta ja raportoida siitä vuosittain valtakunnalliselle ohjausryhmälle.
- Tukea alueelliseen kehittämissuunnitelmaan perustuvia hankkeita ja kokeiluja.
- Laatia vuoden 2001 loppuun mennessä loppuraportti kehittämissuunnitelman toteuttamisesta ja arvioida siinä toimenpiteiden vaikutuksia sekä tehdä ehdotukset tarvittaviksi jatkotoimenpiteiksi.
- Vastata kehittämisprojektin etenemisestä ja tuloksia koskevasta alueellisesta tiedottamisesta.
- Tehdä muut valtakunnallisen ohjausryhmän edellyttämät tehtävät.

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen valmistelua ja seuranta varten Sosiaali- ja terveysministeriö nimesi valtakunnallisen ohjausryhmän sekä valmisteluryhmän (5). Hankkeen myöhemmässä vaiheessa ohjausryhmän nimi tarkennettiin ohjaus- ja seurantaryhmäksi.

Ohjaus- ja seurantaryhmän tavoitteena oli asettamispäätöksen mukaan seurata, tukea ja arvioida Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen toimeenpanoa. Ryhmä koostui yhteistyöalueiden puheenjohtajista, Sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja Stakesin edustajista, sekä kahden sairaanhoitopiirin ja yhden terveyskeskuksen edustajasta. Ryhmän pysyvinä asiantuntijoina olivat mm. yhteistyöalueiden projektivastaavat sekä keskushallinnon virkamiehiä.

Valtakunnallisen valmisteluryhmän tavoitteena oli asettamis päätöksen mukaan ohjaus- ja seurantaryhmän käsittelemien asioiden valmistelu (5). Valmisteluryhmän jäseniksi nimettiin edustajia Sosiaali- ja terveysministeriöstä, Suomen Kuntaliitosta ja Stakesista. Alueryhmiä edustivat projektivastaavat. Sosiaali- ja terveysministeriö osoitti vuosittaista rahoitusta yhteistyöalueiden organisointiin sekä projektivastaavien ja tarvittavan muun henkilöstön palkkaamiseen.

## 2 ARVIOINTI

### 2.1 Lähtökohta ja näkökulma

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen arvioinnilla pyrittiin tuottamaan tietoa kansallisen terveystalouden toteuttamisesta. Arvioinnin eri vaiheissa ja eri dokumentaatiosta pyrittiin kokoamaan kokonaisuuden hahmottamisen kannalta olennaisin. Laajan ja rikkaan aineiston karsinnassa raporttia varten keskityttiin terveystalouden päätöksenteon (kansallisesti ja alueellisesti) kannalta olennaisiin kysymyksiin. Raportti sisältää sekä kuvausta terveyspalvelujen tämän hetkisestä tilasta että projektin aikaisista kehitystrendeistä. Lukuisat yksityiskohtaiset havainnot ja osa-aineistot jäävät raportoitavaksi muussa yhteydessä.

Tämänkaltaisen laajan kansallisen kehittämissuunnitelman arviointi oli haasteellinen tehtävä. Mitään vakiintunutta arviointimallia tai toimintatapaa ei ollut käytettävissä. Siksi jo alkuvaiheessa sovittiin kahdesta periaatteesta: 1) Arviointi toteutetaan prosessin aikaisesti siten, että arviointiryhmä kerää ja analysoi tietoa hankkeen alkuvaiheista lähtien ja raportoi sitä väliraportteina avaintoimijoille hankkeen aikana. 2) Arvioinnin tavoitteet, kohteet, näkökulmat ja käytetyt aineistot sovitaan yhteistyössä hanketta toteuttavien tahojen kanssa. Arviointiohjelmissa korostui kehittävä hankkeen toimintamalli. Arvioinnilla ei pyritty asettamaan yhteistyöalueita vertailun kautta paremmuusjärjestykseen. Päinvastoin, arvioinnilla pyrittiin mahdollisimman luotettavasti nostamaan esiin eri toimijoiden vahvuuksia ja toimeenpanon alueille asettamia haasteita hankkeen toimenpidekokonaisuuksien toimeenpanossa.

Arvottamisen kriteereiksi valittiin TH 2000-luvulle –hankkeen toimeenpano-ohjelman toimenpiteet. Tämä toimenpidelähtöisyys korostuu, sillä erityisesti hankkeen ohjausryhmä piti tärkeänä sitä, että kaikkien toimenpiteiden ja toimenpidekokonaisuuksien etenemisestä tuli saada arvioinnilla luotettavaa tietoa. Toiseksi arvioinnissa sovellettiin ns. monitoimijaisen arvioinnin periaatteita. Sen mukaisesti oletettiin, että eri toimitahoilla, kuten ministeriöllä, alueellisilla yhteistyöryhmillä ja kuntien terveydenhuollon edustajilla, voi olla joko yksittäisistä tavoitteista tai ohjelmasta ja sen toimeenpanon periaatteista ja malleista selvästi erilaisia näkemyksiä. Tämän vuoksi arvioinnissa painotettiin näiden eri tahojen omia tavoitteita ja tuotiin esiin hei-

dän tulkintojaan ja itsearviointeja (mm. projektivastaavat) onnistumisistaan ja epäonnistumisesta.

Arvioinnissa sovellettu teoreettinen kehys nojaa kolmeen toisiinsa limittyvään ajattelumalliin (6). Perustana olivat hallinto- ja politiikkatieteiset ohjausmallit. TH 2000-luvulle –hankkeessahan oli kysymys siitä, miten keskushallinto voi ohjelma- ja informaatio-ohjauksen keinoin saada aikaan sovitujen tavoitteiden suuntaista toimintaa ja kehittämisponnisteluja kunnissa ja yksittäisissä organisaatioissa. Tilanne oli siinä mielessä historiallinen, että laaja kansallinen TH 2000-luvulle –hankkeen toimeenpano-ohjelma toteutettiin ensi kertaa kuntiin hajautetun terveydenhuollon oloissa.

Toisen teoreettisen kehyksen muodosti toimeenpanotutkimus. Jo hankkeen alkuvaiheessa oli selvää, että perinteiset ylhäältä (ministeriöistä) alaspäin johdetut toimeenpanomallit eivät suoraviivaisesti toimi näissä uusissa oloissa. Sen vuoksi hankkeessa päädyttiin soveltamaan eräänlaista ”ylhäältä alaspäin” ja ”alhaalta ylöspäin” -mallien sekoitusta (ns. mixed scanning). Tätä varten luotiin erikoissairaanhoidon miljoonapiirien mukaisia maantieteellisiä alueorganisaatioita.

Kolmannen kehyksen muodosti terveydenhuollon systeemiteoreettinen tulkinta. Toisin sanoen TH 2000-luvulle –hanketta tulkittiin siten, että suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä muodostaa yhden kokonaisuuden paikallisen, alueellisen ja valtakunnallisen työnjaon mukaisesti. Todellisuudessaan tällaiseen systeemiseen ajattelumalliin Suomen tapauksessa on asetettava lukuisia varauksia. Jotkut toimijat, kuten kunnat tai kuntayhtymät, voivat nykyisessä tilanteessa toimia varsin itsenäisesti niin halutessaan ja reagoida suositusten omaisiin hankkeisiin valitsemallaan tavalla. Samoin TH 2000-luvulle –hankkeessa omaksuttu systeemijätölu ontuu sikäli, että siinä keskityttiin julkisen terveydenhuollon kehittämiseen. Rajapinnat sekä sosiaaliseen sektoriin että yhä merkittävämpään yksityiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon tai kolmannen sektorin toimijoihin, jäivät ohuiksi.

Arviointi oli luonteeltaan kuvaileva ja päätelmien teossa arviointiryhmä pitäytyi kertyneeseen aineistoon. Arviointia toteuttaessa arviointiryhmä pystyi säilyttämään jokseenkin riippumattoman tarkkailijan roolin. Arvioinnin kuluessa tehtiin joitakin toimeenpanoa koskevia suosituksia ajatellen ajankohtaista kansallisen terveydenhuoltoprojektin eri kehittämislinjojen toteuttamista.

## **2.2 Konkreettiset tavoitteet**

Alueellisen toimeenpanon arvioinnin tavoitteena oli saada kattava kuva TH 2000-luvulle –hankkeen toteutuksesta yhteistyöalueilla. Tulosten perusteella tavoitteena oli tehdä ehdotuksia tulevien samankaltaisten valtakunnallisten hankkeiden suunnittelusta ja toimeenpanosta.

### **Yksityiskohtaisena tavoitteena oli**

- Kuvata TH 2000-luvulle –hankkeen toimeenpanoa ja sen edellytyksiä yhteistyöalueilla. Tässä etsittiin vastauksia kysymyksiin, millainen toimeenpanostrategia valittiin, miten kehittämistoiminta organisoitiin, millaisia toiminta- ja yhteistyötapoja muodostui yhteistyöalueilla, sekä millaisia eroja oli yhteistyöalueiden välillä edellä mainituissa kysymyksissä.
- Kuvata, millainen oli TH 2000-luvulle –hankkeen toimenpiteissä mainittujen kehittämiskohteiden tilanne yhteistyöalueilla ja erityisesti terveyskeskuksissa sekä, millaisia muutoksia tilanteessa tapahtui hankkeen aikana.
- Kuvata, miten TH 2000-luvulle –hankkeen toimeenpano sekä muutokset hankkeen toimenpiteissä mainittujen kehittämiskohteiden tilanteessa liittyivät toisiinsa.

## **3 AINEISTOT**

### **3.1 Alueiden strukturoidut raportit**

Hankkeen valtakunnallisten ohjaus- ja seuranta- sekä valmisteluryhmän päätöksen mukaisesti alueelliset yhteistyöryhmät tekivät vuosikertomuksen vuosilta 1999 ja 2001. Arviointiryhmä laati strukturoidut lomakkeet vuosikertomuksen pohjaksi<sup>2</sup>. Lomake lähetettiin kunkin yhteistyöalueen projektivastaavalle, joka sai harkintansa mukaan täyttää lomakkeen itse tai yhteistyöryhmän kanssa yhteistyössä.

Vuoden 1999 vuosikertomus oli kaksiosainen. Ensimmäinen osa liittyi projektin organisointiin ja hallintaan. Siinä oli kysymyksiä projektin alueellisesta organisaatiosta, työtavoista, kokousasioiden käsittelystä, resursseista, hankkeen tiedottamisesta ja tunnettavuudesta sekä esille tulleista ongelmista. Toisessa osassa kysyttiin toimenpidekokonaisuuksittain tilanteesta toimenpiteen osalta, tehdyistä kehittämistoimista sekä asetettujen tavoitteiden muuttumisesta. Arviointiryhmä analysoi kyselyn tulokset, josta yhteistyöryhmät saivat palautetta. (7)

TH 2000-luvulle –hankkeen loppupuolella lokakuussa 2001 yhteistyöryhmille lähetettiin neliosainen lomake, johon vastaamisaikaa annettiin 3 kuukautta (Liite 3). Ensimmäinen osa sisälsi samoja kysymyksiä hankkeen organisoinnista ja hallinnasta kuin vuonna 1999. Siinä kysyttiin yhteistyöryhmän tekemistä kehittämistoimista toimenpiteittäin, toimenpiteiden tärkeydestä ja tavoitteista. Yhteistyöryhmän kehittämistoimia kartoittavaan kysymykseen vastattiin seikkaperäisesti (Etelä-Suomi) tai hyvinkin lyhyesti

---

<sup>2</sup> Arviointiryhmässä oli mukana v. 1998 – 2000 Juha Kauttonen, joka osallistui arviointisuunnitelman laadintaan ja vuoden 1999 vuosikertomuksen analyysiin. Hänen siirryttyä muihin tehtäviin ryhmän uudeksi jäseneksi tuli Ulla Saalasti-Koskinen.

(Keski- ja Itä-Suomi). Vastauksista ei aina tullut selvästi esille yhteistyöryhmän toiminta kehittämistoimien toteuttamisessa; kysymyksiin vastattiin yleisesti alueella toteutetuista kehittämistoimista.

Toisessa osassa kysyttiin yhteistyöalueella toteutettuja alueellisia hankkeita toimenpiteittäin strukturoidulla kyselyllä. Tällä pyrittiin saamaan selville, minkälaisia alueellisia hankkeita oli ja missä määrin niitä toteutettiin yhteistyöalueilla, sekä kuinka TH 2000-luvulle –hanke oli vaikuttanut niiden alkamiseen.

Hankekuvauksia tuli yhteensä 174 ja niiden määrä vaihteli huomattavasti yhteistyöalueittain. Kaksi yhteistyöaluetta lähetti kuvaukset ainoastaan kärkihankkeistaan, kun toisena ääripäänä oli kaksi yhteistyöaluetta, jotka toivat esille runsaasti erilaisia toimenpiteisiin liittyviä hankkeita. Vaikka vastaus-tapa vaihteli alueittain, aineistosta saa hyvän yleiskuvan alueellisesta toiminnasta.

Kolmanneksi projektivastaavilta pyydettiin kuvaus yhdestä hankkeesta. Arviointiryhmä valitsi jokaiselta yhteistyöalueelta kehittämissuunnitelmien perusteella hankkeen, josta pyydettiin tarkempi kuvaus strukturoidulla lomakkeella. Hankekuvaukset pyydettiin eri tyyppisistä hankkeista ja eri toimenpidekokonaisuuksista. Koska palvelurakenteeseen liittyvä toimenpidekokonaisuus oli laaja, valittiin sieltä kaksi hankekuvausta. Lomake sisälsi kysymyksiä mm. hankkeen tavoitteista, budjetista, TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta, organisoinnista ja tuloksellisuudesta.

Neljäs lomake liittyi koko TH 2000-luvulle –hankkeen arviointiin. Tavoitteena oli saada selville yhteistyöalueiden näkökulma hankkeen toteutumisesta ja onnistumisesta. Se sisälsi strukturoituja kysymyksiä mm. asetetuista toimenpiteistä, hankkeen vaikutuksesta, resurssoinnista, sitoutumisesta, onnistumisesta sekä ohjauksen ja tuen riittävydestä.

## 3.2 Terveyskeskuskysely

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeessa keskeinen toimeenpanovastuu oli kunnilla. Tämän takia toteutettiin terveyskeskuskysely, jonka avulla pyrittiin saamaan kattava kuva paikallisesta ja alueellisesta terveydenhuollosta, hankkeen aikana tapahtuneista muutoksista sekä TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta kehittämistoimintaan. Valmisteluryhmässä käydyn keskustelun perusteella tiedonkeruun painopiste siirrettiin terveyskeskuskyselyyn. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen luovuttiin erilliskyselyistä potilasasiamiehille ja sairaanhoitopiireille sekä työntekijähaastattelusta.

Terveyskeskuskysely kattoi kaikki 23 toimenpidettä. Kysymysten laadinnassa käytettiin aiemmin julkaistuja tutkimuksia ja selvityksiä aiheista sekä konsultoitiin Stakesin eri asiantuntijoita (mm. Mielen terveys, Palvelujen laatu, Terveyden edistämisen kuntastrategiat, Terveys- ja sosiaalitalous sekä Vaikuttavuus ja oikeudenmukaisuus –ryhmistä). Lisäksi potilasasiamies-

toiminnasta konsulttoitiin Terveydenhuollon oikeusturvakeskusta. Tiedonkulkuun liittyvä osio oli muita laajempi, sillä siihen sisällytettiin StakesTiedon toimesta tietojärjestelmiin liittyviä kysymyksiä. Näistä tuloksista julkaistiin erillisiä raportteja (8).

Kyselylomake testattiin viidessä eri tyyppisessä terveystieteessä, jonka jälkeen kyselyä muokattiin jonkin verran selkeyden parantamiseksi. Pilotointivaiheessa tuli esille toivomus vastata kyselyyn sähköisesti. Kyselystä tehtiin internet-versio siten, että kyselylomakkeessa oli internet-osoite, jonka kautta kyselyyn sai vastata. Internet-version käyttö oli kuitenkin hankalaa mm. siksi, ettei vastauksia voinut muuttaa. Lisäksi kysymysosioon oli vastattava samalta istumalta, sillä osiota ei voinut tallentaa myöhempää täyttämistä varten. Alle 10 %:a vastaajista käytti internet-versiota.

Alkuperäiseen otokseen kuuluivat kaikki Suomen terveystieteet. Helsinkiin lähetettiin kuhunkin seitsemään suurpiiriin oma kysely, samoin kuin Espoon viiteen sosiaali- ja terveystieteeseen sekä Vantaan viidelle palvelualueelle. Tarkoituksena oli, että pääkaupunkiseudun tuloksia olisi voitu tarkastella pienempinä kokonaisuuksina. Alkuperäinen otos oli 291 terveystietokeskusta, mutta Helsingin terveystietovirasto halusi vastata kyselyyn kaikkien suurpiirien puolesta, joten otokseksi tuli 284.

Kysely osoitettiin terveystietokeskuksen johtavalle lääkärille/ylilääkärille, joita pyydettiin tarvittaessa jakamaan osa-alueita muiden työntekijöiden täytettäväksi. Noin joka toiseen kyselyyn (51 %) vastasi ylilääkärin lisäksi jokin toinen työntekijä, yleisimmin osastonhoitaja tai ylihoitaja. Kyselyn kierrättäminen lisäsi kyselyn vastaamisen luotettavuutta, sillä osa kysymyksistä oli hyvinkin spesifejä tilannekartoituksia. Tämä näkyi esimerkiksi potilasasiainhoitoon liittyvästä osiosta, jossa osaan kysymyksistä jätti neljäsosa vastaamatta. Muutoin kyselyyn – sekä strukturoituihin että avokysymyksiin – vastattiin hyvin. Kyselyn pituudesta ja vaikeudesta vastata kysymyksiin tuli melko paljon kommentteja.

Muistutuskirjeen ja soittokierroksen jälkeen täytetty lomake saatiin 205 terveystietokeskusta (72 %). Tätä voidaan pitää hyvänä osallistumisaktiivisuutena, kun ottaa huomioon sen, että kyselyn täyttäminen vei 3 - 4 tuntia. Vastaamisaktiivisuus vaihteli Pohjois-Suomen yhteistyöalueen 59 %:sta Sisä-Suomen ja Pohjanmaan 86 %:iin. Pienet terveystieteet (väestömäärä alle 12 000 asukasta) vastasivat keskisuuria (12 001 – 50 000 as.) ja suuria (yli 50 000 as.) terveystieteitä vähemmän kyselyyn (vaihteluväli 65 – 83 %).

Postitse tulleet kysymykset tallennettiin internet-version kautta samaan tietokantaan, josta ne Access -ohjelman kautta muokattiin SPSS -tilasto-ohjelmaan sopivaksi. Pääasiallisena analysointimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia. Alueellisten erojen tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliötestiä sekä varianssianalyysiä (ANOVA). Joistakin muuttujista muodostettiin myös summamuuttujia (muutossuunnat ja joidenkin muuttujien tilannekuvaus).

Terveyskeskuskysely sisälsi kysymyksiä terveyskeskusten tilanteesta toimenpiteiden osalta, terveyskeskuksissa TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtuneesta muutoksesta, hankkeen vaikutuksesta terveyskeskuksen kehittämistoimintaan, terveyskeskuksissa toteutetuista TH 2000-luvulle –hankkeen puitteissa tehdyistä kehittämistoimista ja niihin liittyvistä ongelmista sekä hankkeen tuntemisesta. Terveyskeskusten tilanteesta oli runsaasti tuloksia. Toimenpiteiden tilannetta päädyttiin kuvaamaan siten, että terveyskeskuskyselystä valittiin toimenpidettä lähinnä kuvaava kysymys, jota pidettiin toimenpiteen indikaattorina. Laajoissa toimenpiteissä käytettiin useampaa indikaattoria. Kattavan tilannekuvan saamiseksi indikaattoreiden tulosten lisäksi tulososaa täydennettiin muilla aiheeseen läheisesti liittyvillä tuloksilla.

### **3.3 Muu aineisto**

Kolmen toimenpiteen osalta (Lisätään kotona asumista ja omatoimisuutta tukevia palvelumuotoja, Yhteensovitetaan mielenterveyspalvelut alueellisesti ja paikallisesti, Tuetaan ikääntyvien terveydenhuollon työntekijöiden jaksamista) tehtiin tilastoselvitys ja kirjallisuuskatsaus vuonna 1999 (7). Selvityksen päivittäminen on mahdollista kun vuoden 2001 tilastot ovat saatavilla. Koska tilastoverailua ei tältä osin vielä pystytä toteuttamaan, ei edellä mainittuja selvityksiä käytetä tässä loppuraportissa. Arvioinnissa käytettiin myös yleisesti saatavissa olevaa tilastotietoa, esimerkiksi Suomen Lääkäriliiton tilastoa terveyskeskusten virkaehtosopimusmuodoista.

Arvioinnissa aineistona käytettiin yhteistyöalueiden vuoden 1999 lopussa tekemiä TH 2000-luvulle –hankkeen alueellisia kehittämissuunnitelmia (9). Ne sisältävät alueiden lähtötilanteen kuvauksen sekä alueellisen kehittämissuunnitelman. Lisäksi aineistona käytettiin yhteistyöalueiden tekemiä loppuraportteja, jotka valmistuivat huhtikuussa 2002 (10). Loppuraporteissa esitellään hankkeen alueellinen organisointi, kehittämistavoitteet, toimenpiteiden toteutuminen sekä hankkeen arviointi ja johtopäätökset. Arvioinnin tukiaineistona olivat myös yhteistyöalueiden kehittämishankkeiden julkaisut niiltä osin kun ne ovat olleet valmiit ennen arvioinnin tekemistä, ja lisäksi valtakunnallisen valmisteluryhmän sekä ohjaus- ja seurantar ryhmän pöytäkirjoja.

## 4 TULOKSET

### 4.1 Prosessit

#### 4.1.1 Alueellisen toimeenpanon strategiset valinnat

##### 4.1.1.1 Tehtävän ohjeistus

Toimeenpano-ohjelmaa ei oltu kirjoitettu STM:n oppaaseen (3) perinteisen hankkeen muotoon. Ohjelman määrittämille toimenpiteille oli määritelty vastuutahot, mutta ohjeistus hankkeen toimeenpanon toteuttamisesta oli niukkaa. Toimenpiteiden perusteluissa ei kaikkien toimenpiteiden osalta oltu selkeästi määritelty keinoja kuinka ohjelmaan kirjatut toimenpiteet tulisi toteuttaa. Toimeenpanon vaatimia resursseja ei myöskään oltu arvioitu kyseisessä asiakirjassa.

Toimeenpanon yleiseksi strategiaksi oli määritelty, että alueellisten toimijoiden on arvioitava ohjelmassa ja selvitysmiesraporteissa esitettyjä toimenpiteitä, sekä muodostettava alueella yhteinen näkemys ensisijaisista kehittämistarpeista ja tarvittavista toimenpiteistä. Yhteinen näkemys toimeenpanosta tuli kirjata alueelliseen kehittämissuunnitelmaan (9). Varsinaisen kehittämistyön tuli tapahtua terveydenhuollon toimintayksiköiden omana toimintana. Näin ollen ohjelma ei ollut rakenteellisesti yhtenäinen valtakunnallinen hanke, vaan muodostui käytännössä alueellisista hankkeista tai ohjelmista, jotka pohjautuivat valtakunnalliseen ohjelmaan.

Ohjelman toimenpiteillä pyrittiin muutoksiin palvelujärjestelmän rakenteissa ja sen toimintatavoissa. Taustalla olleen kansallisen terveysprojektin selvitystyön (2) perusteella voi olettaa, että ohjelman osoittaman suunnan mukaisesti tehtyjen muutosten odotettiin parantavan osaltaan asiakkaan asemaa terveydenhuollossa ja terveydenhuollon toimivuutta, vaikka ohjelmaan kirjatuissa lyhyissä perusteluissa ei aina oltu täsmällisesti määriteltykään spesifiä ongelmaa tai ongelmia joihin pyrittiin vaikuttamaan. Ohjelman toimenpiteet oli jaoteltavissa kolmeen ryhmään sen mukaan, kuinka selvästi niissä oli määritelty toivotun intervention luonne.

**1. Interventio, jota haluttiin, oli melko selkeästi ilmaistu.** Tällaisia olivat esimerkiksi ”Sairaanhoitopiireissä luodaan potilasasiamiesten keskinäiset konsultaatio- ja tukijärjestelmät”, ”Kaikissa terveydenhuollon yksiköissä otetaan käyttöön terveystalouden laadunhallintajärjestelmä”, ”Arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutustarpeet ja suunnitellaan koulutustarjonta koulutus- ja toimintayksiköiden alueellisessa yhteistyössä” tai ”Laaditaan valtakunnallisiin hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset hoito-ohjelmat”. Näissä toimenpiteissä on ilmaistu minkälaista toimintaa alueellisten toimijoiden toivottiin tekevän. Alueellisesti oli kuitenkin määritettävä, missä laajuudessa oli tarpeen toimia, ja mitä täsmällisiä toimenpiteitä tarvittiin.



**2. Toimenpiteessä oli ilmaistu haluttujen interventioiden suunta, mutta niiden sisältö oli määriteltävä paikallisesti.** Tällaisia toimenpiteitä olivat esimerkiksi ”Sairaanhoitopiireissä puretaan tarpeettomat päällekkäisyydet”, ”Kunnissa panostetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen parantamalla poikkihallinnollista yhteistyötä sekä ottamalla käyttöön uusia työmuotoja”, ”Parannetaan hoitoketjun toimivuutta sekä sen saumakohtiin, kotiuttamiseen ja kuntoutukseen liittyviä käytäntöjä” tai muut toimenpiteet, joissa myös ”lisätään, laajennetaan, vahvistetaan, selkiytetään, varmistetaan, kehitetään” tai ”tuetaan” palvelujärjestelmän osa-alueita. Näille toimenpiteille ei ohjelmassa asetettu täsmällistä tavoitetasoa, ainoastaan toiminnan suunta. Näiden toimenpiteiden kohdalla alueelliset interventiot voivat olla hyvin erilaisia paikallisen tilanteen mukaan.

**3. Toimenpiteessä oli ilmaistu haluttujen interventioiden suunta ja toivottu tavoitetaso.** Tällaisia toimenpiteitä olivat ”Terveyskeskuksissa varmistetaan ei-kiireellinen hoitoon pääsy kolmessa päivässä”, ”Sairaaloissa varmistetaan ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi kahdessa viikossa lähetteen saapumisesta” tai ”Kaikissa terveyskeskuksissa otetaan käyttöön väestövastuinen toimintatapa”. Toimenpiteissä esitetyt tavoitteet olivat kuitenkin siten monitulkintaisia, että ne vaativat intervention toteuttajalta täsmennettyä määrittelyä. Riippuen tavoitteen paikallisesta tulkinnasta toimenpiteeseen liittyvät mahdolliset interventiot voivat olla paikallisesti erilaisia.

Ohjelman toimenpiteiden tavoitteet olivat tulkittavissa keinopäämääriksi, ja odotettavissa olleet tulokset olisivat tällöin olleet esimerkiksi suunnitelmia, ohjelmia tai toimintamalleja. Nekin toimenpiteet, joissa tavoite oli esitetty selkeimmin, sen muotoilu antoi edelleen tilaa tulkinnoille. Mitä tarkoitettiin väestövastuisella toimintatavalla? Oliko tarkoitus, että hoitoon pääsyn kolmen päivän aikarajaan laskettaisiin mukaan viikonloput? Osa toimenpiteistä oli hyvin yleisluontoisia ja tulkinnanvaraisia kuten ”sairaanhoitopiireissä puretaan tarpeettomat päällekkäisyydet”. Toimenpiteiden avoin muotoilu mahdollisti toimijoiden oman tavoitetason määrittelyn, mutta samalla lähti oletuksesta, että alueelliset yhteistyöryhmät joko tuntevat tai pystyvät selvittämään alueellisen tilanteen niin, että pystyvät määrittämään ohjelman toteuttamiseksi tarvittavat interventiot.

Alueellisten yhteistyöryhmien asettamiskirjeiden perusteella ryhmät pystyivät lähtökohtaisesti priorisoimaan toimenpiteitä alueillaan. Tätä periaatteetta noudattivat lähes kaikki alueet, ainoastaan Länsi-Suomen yhteistyöalue päätyi kehittämisohjelmaan, jossa pyrittiin toteuttamaan kaikki ohjelman 23 kohtaa priorisoimatta niitä.

TH 2000-luvulle –hankkeen ensimmäisestä vuodesta käytettiin suuri osa alueelliseen organisoitumiseen ja kehittämissuunnitelmien tekemiseen. Hankkeen valtakunnallinen ohjausryhmä puuttui suunnitelmien valmisteluun vain vähän. Ohjausryhmä esitti kokouksessaan tammikuussa 1999, että valmisteluryhmän tulisi tehdä esitys viidestä keskeisestä toimenpiteestä, joiden pitäisi kuulua jokaisen alueen kehittämissuunnitelmaan. Keskustelussa nostettiin esiin mm. hoitoon pääsy, tiedonkulku, ammatilliset valmiudet,

terveyspalvelujen vähimmäistason turvaaminen, sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö. Tätä perusteltiin muun muassa yhtenäisen arvioinninkin tarpeilla. Valmisteluryhmässä tätä keskustelua ei kuitenkaan jatkettu, ja alueet jatkoivat suunnitelmiensa kehittämistä valitsemillaan linjoilla. Suunnitelmien sisältöön ei puututtu valmistelu- tai ohjausryhmässä enää myöhemmin.

#### **4.1.1.2 Toimeenpano-ohjelman alueellinen organisointi**

Alueelliset yhteistyöryhmät koottiin yliopistosairaaloiden erityisvastuualueilta. Ohjelman toimeenpanoa varten ministeriön asettamispäätöksillä perustettu organisaatiorakenne oli kevyt. Kullakin alueella oli vuosittain hankerahoituksella käytettävissä noin yksi henkilötyövuosi, joka oli jakautunut usealle henkilölle lähes kaikilla alueilla. Henkilövaihdoksia oli myös runsaasti hankkeen kolmivuotisen toimeenpanon aikana. Ainoastaan Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella oli sama projektivastaava koko hankkeen ajan. Hankkeen palkkaamat henkilöt hoitivat koordinaatiota, selvitysten, tiedonkeruun ja kyselyjen organisointia, raportointia ja informaatio-ohjausta, kun varsinainen kehittämistyön toimeenpano vastuutettiin jo olemassa oleville alueellisille toimijoille.

Projektivastaavan tukena oli kullakin alueella yhteistyöryhmä, johon oli koottu sekä asiantuntijoita että luottamushenkilöitä. Neljässä yhteistyöryhmässä puheenjohtaja oli lääninhallituksesta, Keski- ja Itä-Suomessa sekä Pohjois-Suomessa puheenjohtajana oli maaherra. Etelä- ja Länsi-Suomessa puheenjohtajana on osastopäällikkönä toimiva sosiaali- ja terveysneuvos. Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla yhteistyöryhmän puheenjohtajana toimi kaupunginjohtaja. Yhteistyöryhmän varapuheenjohtaja tuli lääninhallituksesta Pohjois- ja Itä-Suomessa (Pohjois-Suomessa toinen maaherra). Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla varapuheenjohtajana toimi terveyskeskuslääkäri, Länsi-Suomessa kaupunginjohtaja ja Etelä-Suomessa terveysviraston toimitusjohtaja. (Taulukko 1)

**Taulukko 1.** Yhteistyöryhmien kokoonpano (ilman puheenjohtajia).

TAUSTA- ORGANISAATIO	YHTEISTYÖALUE				
	Etelä- Suomi (E-S)	Länsi- Suomi (L-S)	Sisä-Suomi ja Pohjanmaa (S-SP)	Keski- ja Itä- Suomi (KI-S)	Pohjois- Suomi (P-S)
Sairaanhoido- piirit	2	6	7	5	8
Kunnat <sup>3</sup>	20	14 (4)	14 (7)	11(5)	9(2)
Maakuntaliitto	1	1	2	4	1
Lääninhallitus			3	5	1
Muu valtion- hallinto <sup>4</sup>		1	1		2
Yksityinen terveydenhuolto					1
Muu <sup>5</sup>		2	1		
<b>YHTEENSÄ</b>	23	24	28	25	22

Yhteistyöryhmät oli koottu lääninhallitusten esitysten perusteella. Etelä-Suomen alueen ryhmä poikkesi muista siinä, että alueen sairaanhoitopiireistä Helsinki ja Uusimaa (myöh. HUS) eivät olleet edustettuina, ja Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirejä edustivat luottamushenkilöt, eivät viranhaltijat. Tähän vaikutti vahvasti meneillään ollut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien yhdistymisprosessi, joka vei kahden suurimman sairaanhoitopiirin huomion ja voimavarat lähes täysin. Muilla alueilla sairaanhoitopiirien edustajiin kuului sekä luottamushenkilöitä että viranhaltijoita. Kuntien edustus oli lukumääräisesti suurin ryhmä kaikilla alueilla.

Perusterveydenhuollon asiantuntijuus (viranhaltijat) ja sairaanhoitopiirien edustus oli lukumääräisesti tasapainossa muilla paitsi Etelä- ja Pohjois-Suomen alueilla. Keski- ja Itä-Suomen alueella oli suhteellisesti enemmän edustajia lääninhallituksesta ja maakuntaliitoista kuin muilla alueilla. Etelä-Suomen lääninhallituksesta ei ollut jäseniä yhteistyöryhmässä, mutta se toimi aktiivisesti ryhmän tukena.

Yhteistyöryhmien kokoontumisaktiivisuus väheni vuodesta 1999 vuoteen 2001. Ensimmäisenä toimeenpanovuonna kokouksia oli kaikilla alueilla keskimäärin 6, vuonna 2000 ja vuonna 2001 keskimäärin 4. Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöryhmä kokoontui koko jakson aikana yhteensä vain 7 kertaa ja Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmä eniten, 18 kertaa.

<sup>3</sup> Suluissa viranhaltijat

<sup>4</sup> Sisältää yliopistot, aluetyöterveyslaitoksen, Kelan

<sup>5</sup> Järjestöt

Yhteistyöryhmien jäsenten osallistumisaktiivisuus oli alhaisin Etelä-Suomen alueella 36 % ja korkein Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella 68 %; Länsi- ja Pohjois-Suomi yltivät samalle tasolle: 67 % ja 66 % vastaavasti, Keski- ja Itä-Suomen alueella noin 48 %. Osallistumisaktiivisuudessa nähtiin laskua vuodesta 1999 vuoteen 2001, etenkin Länsi- ja Pohjois-Suomen alueilla. Kullakin alueella oli yhteistyöryhmien lisäksi alueellisia valmistelu- tai asiantuntijaryhmiä, jotka oli koottu joko alue- tai tavoitekohtaisin perustein.

#### **4.1.1.3 Liikkeellelähtö: kehittämissuunnitelmien laatimisen strategiat**

##### ***Strategia 1. Alueelliset selvitykset, seutukuntaneuvottelut ja tiedottaminen kehittämissuunnitelman pohjana***

Toimeenpanon alueellinen erilaisuus lähti kehittämissuunnitelman laatimisesta ja sen vastuuttamisesta. Kaksi alueista (Länsi- ja Pohjois-Suomi) laati toimintasuunnitelman keskitetysti projektipäällikön ja yhteistyöryhmän voimin järjestämällä erilaisia koko aluetta ja sen toimijoita koskevia selvityksiä sekä toimijoiden kuulemistilaisuuksia. Sekä Länsi- että Pohjois-Suomi tekivät kyselyjä terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille sekä muita tilanneselvityksiä osana kehittämissuunnitelman laadintaa. Molemmat myös esittivät kehittämissuunnitelman osana alueen toimijoiden esittämät arviot toimenpiteiden tarpeellisuudesta alueella. Jokaiselle toimenpiteelle määriteltiin alueelliset toimenpiteet ja vastuutahot.

Toimijoiden arvioiden perusteella Pohjois-Suomen yhteistyöryhmä nosti kehittämissuunnitelmassaan seitsemän toimenpidettä koko aluetta koskeviksi kärkihankkeiksi, joiden toimeenpanoa yhteistyöryhmä ryhtyi erityisesti tukemaan, vaikka niiden toimeenpano oli vastuutettu toimenpiteittäin eri tason toimijoille.

Länsi-Suomi järjesti heti suunnitelman laatimisvaiheessa runsaasti seutukunnittaisia esittely- ja keskustelutilaisuuksia kuntien luottamushenkilöille ja viranhaltijoille. Kuntien kannanotot valtakunnallisen ohjelman toimenpiteisiin kartoitettiin myös kyselyllä. Alueen molemmat sairaanhoitopiirit olivat edustettuina yhteistyöryhmissä ja niiltä pyydettiin kannanotot jokaiseen toimenpiteeseen. Asiantuntijoista koottu valmisteluryhmä kokosi alueen yhteisen toimintasuunnitelman, jossa olivat mukana kaikki kansallisen ohjelman toimeenpanokohdat ilman priorisointia, kunnille ja sairaanhoitopiireille vastuutettuina.

##### ***Strategia 2. Suunnitelman teon vastuuttaminen sairaanhoitopiireille***

Toinen päälinja suunnitelman laatimisessa oli sen vastuuttaminen alueellisille sairaanhoitopiirijohtoisille ryhmille, jotka laativat omat alueelliset suunnitelmansa paikallisten prioriteettien pohjalta. Näin toimivat sekä Keski- ja Itä-Suomen että Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueet. Kumpikaan yhteistyöryhmä ei laatinut alueellaan toimenpiteitä koskevia tilanneselvityksiä

työsuunnitelman pohjaksi, vaan keskusteli toimeenpano-ohjelman kohdista ensin yhteistyöryhmässä, ja antoi priorisoinnin ensisijaisesti sairaanhoitopiireille. Sairaanhoitopiireittäin kootut alueelliset työryhmät valmistelivat omat toimeenpanosuunnitelmansa, joista sitten koottiin yhteinen alueellinen suunnitelma. Kumpikin yhteistyöryhmä otti niihin lisäksi koko alueen kattavia yhteisiä hankkeita, jotka oli vastuutettu sille.

Keski- ja Itä-Suomen alueella muodostettiin neljä sairaanhoitopiireittäin organisoitua alueellista työryhmää (yhteen ryhmään oli organisoitu kaksi sairaanhoitopiiriä), jotka laativat ehdotukset alueillaan toimeenpantavista hankkeista valtakunnallisen ohjelman pohjalta. Yhteistyöryhmä muodosti keskustellen näkemyksen niistä hankkeista, jotka oli nostettava muiden yläpuolelle koko alueella toteutettavina ns. kärkihankkeina, joita yhteistyöryhmä erityisesti seurasi ja tuki.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmä keräsi tiedot alueella meneillään olevista kehittämishankkeista, joista osa tuli mukaan sairaanhoitopiirien laatimiin suunnitelmiin. Sairaanhoitopiirien laatimissa alueellisissa suunnitelmissa oli taulukoituna lyhyt tilannekatsaus kunkin toimenpiteen osalta, esitetyt toimenpiteet sairaanhoitopiirin alueella sekä niiden vastuutahot. Tarkempia perusteluja miksi tietyt toimenpiteet oli valittu mukaan ei suunnitelmissa esitetty. Yhden päivän seminaarissa sairaanhoitopiirien laatimat alueelliset suunnitelmat koottiin yhteen koko alueen kehittämissuunnitelmaksi, johon määriteltiin myös koko yhteistyöaluetta koskevat yhteistyöryhmälle vastuutetut kehittämistehtävät.

### **Strategia 3. Asiantuntijamielipiteeseen nojaava suunnittelu**

Etelä-Suomen yhteistyöryhmä teki priorisoinnin hankkeen toimenpiteiden välillä ryhmän asiantuntijamielipiteen perusteella. Alue valitsi valtakunnallisesta toimenpideohjelmasta kuusi keskeistä kehittämiskohdetta alueelliseen suunnitelmaan. Alueellinen yhteistyöryhmä valitsi kärkihankkeeksi terveyskeskusten palvelukyvyn kehittämisen. Kehittämissuunnitelmaa tarkennettiin myöhemmin vuosittaisilla työohjelmilla, jotka toivat myös uusia teemoja ja erityispainotuksia suunnitelmaan, kuten Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien sairaanhoidollisen yhteistyön.

#### **4.1.1.4 Toimeenpanomallit ja yhteistyöryhmän rooli**

Suunnitelman tekotapa viitoitti jo alueiden erilaiseen linjaan myös hankkeen toimeenpanossa. Kullekin alueelle muodostui oma strategiansa. Keskeisiksi toimeenpanostrategioita erottaviksi tekijöiksi nousivat se, oliko alueella valittu yhteisiä kärkihankkeita ja se, miten yhteistyöryhmä määritteli oman roolinsa toimeenpanossa.

**Etelä-Suomen malli: Temaattiset selvitykset ja asiantuntijatyö, yhteistyöryhmä koulutti ja tiedotti**

Etelä-Suomen yhteistyöryhmä toimi lääninhallitusvetoisesti. Kehittämissuunnitelmassa keskeisiksi kehittämiskohteiksi nostettiin terveyden edistäminen, palvelurakenteen korjaaminen ja avopalvelujen vahvistaminen, terveyspalvelujen rahoituksen turvaaminen ja kustannusten hallinta, ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa, terveyspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä potilaan aseman vahvistaminen. Valitut prioriteetit poikkesivat ohjelmassa asetetuista siinä, että rahoituksen turvaaminen oli ohjelmassa vastuutettu ensisijaisesti keskushallinnon toimijoille. Toiminnan suunnittelu organisoitiin aluksi kahden alueellisen sairaanhoitopiiriin pohjalta kootun valmisteluryhmän mukaisesti, mutta ne lakkautettiin kesken projektin. Alueellisten ryhmien sijasta muodostettiin tavoitekohtaisia asiantuntijatyöryhmiä, joiden tehtävänä oli viedä toimenpiteet kentälle tiedottamalla laajasti kunnissa terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä. Työryhmien jäsenet valittiin yhteistyöryhmän ja maakuntaliittojen ehdottamista asiantuntijoista ja toimijoiden edustajista.

Työryhmät raportoivat toimistaan yhteistyöryhmälle, joka vastasi tiedottamisesta ulospäin laajalle yleisölle. Keskeisiksi toimintatavoiksi nousivat seminaarit, seudulliset neuvottelut, asiantuntijaverkostojen muodostaminen ja tapaamiset sekä temaattiset erillisselvitykset kyselyin ja tilastoraportit, joita varten palkattiin myös lyhytaikaisia projektityöntekijöitä ja tutkijoita. Yhteistyöryhmän teettämät selvitykset julkaistiin lääninhallituksen julkaisuina. Kolmantena hankevuonna myös tavoitekohtaiset ryhmät vähensivät toimintansa intensiteettiä.

Kehittämissuunnitelma terveyskeskusten palvelukyvyn kehittämiseksi perustui alueella tehtyyn kyselyyn. Etelä-Suomi valitsi terveyskeskusten palvelukyvyn kärkihankkeeksi myös osittain siitä syystä, että meneillään oleva sairaanhoitopiiriuudistus alueella oli jättämässä jalkoihin kunnallisen perusterveydenhuollon kehittämisen alueella. Terveyskeskusten palvelukyvyistä tehtiin selvittävä kysely ja tuloksia püitiin seutukunnittaisissa neuvotteluissa sairaanhoitopiireittäin.

**Länsi-Suomen malli: Ei priorisointia, yhteistyöryhmä aktiivinen kouluttaja ja tiedottaja**

Länsi-Suomi ei priorisoinut toimeenpano-ohjelman kohtia, vaan pyrki yhteistyöryhmän toimilla edistämään kaikkia toimeenpano-ohjelman toimenpiteitä. Alueen kehittämissuunnitelmaan oli koottu alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien näkemykset toimenpiteiden tärkeydestä ja niiden ilmoittamat toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Valmisteluvaiheessa alueella pidettiin useita keskustelu- ja tiedotustilaisuuksia hankkeesta. Yhteistyöryhmä ei määritellyt kehittämissuunnitelmassa erikseen omaa rooliaan tai hankkeen organisaatiota. Sen sijaan eri toimenpiteiden kohdalla suunnitelmassa mainittiin yhteistyöryhmä edistävän ja seuraavan toimenpiteiden to-

teutumista kunnissa ja sairaanhoitopiireissä tiedottamalla ja järjestämällä kyselyjä.

Yhteistyöryhmä järjesti seminaareja, koulutustilaisuuksia ja tiedotti aktiivisesti hankkeen tavoitteista ja niiden toteutumisen etenemisestä. Yhteistyöryhmän tueksi valittu valmisteluryhmä ei kokoontunut eikä alueelle perustettu sairaanhoitopiirikohtaisia alaryhmiä vaan yhteistyöryhmä toimi alueen kahden sairaanhoitopiirin yhteisenä ryhmänä ja projektivastaava koordinoi toimintaa. Hanke henkilöityi aluksi projektivastaavaan, joka kiersi alueen kunnissa ja sairaanhoitopiirien toimijoiden keskuudessa. Projektivastaavan vaihtuminen vuoden 2001 alussa vähensi tätä aktiivisuutta, ja toimeenpanon edessä sairaanhoitopiirikohtaiset kehittämistoimet tulivat keskeisemmin esiin, myös projektivastaavan tehtävät jaettiin sairaanhoitopiirikohtaisesti kahdelle henkilölle.

Vaikka liikkeelle lähdettiin koko ohjelman rintamalla, valikoitui toiminnalle kuitenkin painopisteitä. Yhteistyöalue päätti mm. vuonna 2000 ottaa Mielekäs elämä -hankkeen suositusten täytäntöönpanon yhdeksi alueelliseksi toiminnaksi ja seurata suositusten toimeenpanoa. Joidenkin toimenpiteiden kuten lähete-palautekäytäntöjen sähköistämisen suhteen taas tyydyttiin seuraamaan alueella jo olevia hankkeita, kuten Makropilottia. Vuoden 2001 toimintasuunnitelmaansa alueellinen yhteistyöryhmä valitsi viisi painopistealuetta: väestövastuun edistäminen terveyskeskuksissa, mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen, laadunhallintajärjestelmien käyttöönotto, täydennyskoulutustarpeiden arviointi sekä potilasasiamiestoiminnan kehittäminen, joita se erityisesti ilmoitti tukevansa ja edistävänsä alueella. Alueella keskeisinä toimijoina olivat sairaanhoitopiirit; kahtiajakoisuus tuntui hankkeen aikana säilyneen.

***Sisä-Suomen ja Pohjanmaan malli: Sairaanhoitopiireille vastuutettu toimeenpano ja priorisointi, yhteistyöryhmä välitti tietoa, koordinoi, koulutti, seurasi ja tiedotti***

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmä määritteli hankkeelle toimintaorganisaation ja yhteistyöryhmän roolin selkeästi jo kehittämissuunnitelmassa. Suunnitelmaan oli myös liitetty organisaatiokaavio. Yhteistyöryhmä toimi alueellisen toiminnan tukena, koordinaattorina ja seuraajana ja pyrki erityisesti välittämään tietoa alueiden välillä. Sairaanhoitopiirit priorisoivat ohjelman toimenpiteet ja laativat omat kehittämissuunnitelmansa. Yhteistyöryhmän itselleen vastuuttamat hankkeet eivät olleet kärkihankkeiden tapaan valtakunnallisesta toimeenpano-ohjelmasta prioriteetteinä poimittuja kehittämistehtäviä, vaan pikemminkin verkostoitumiseen, koordinaatioon ja yhteistyöhön yli sairaanhoitopiirirajojen tähtääviä informaatio-ohjauksen strategisia menettelytapoja: perusterveydenhuollon asiakaspalautetiedon kerääminen terveyskeskuksittain, laadunhallinnan asiantuntijaverkoston sekä toimipaikkakoulutusverkoston luominen, terveyskeskusten vertaistiedonvaihdon mahdollistaminen, ja kuntien hyvinvointipoliittisten ohjelmien

laatimisen tukeminen. Nämä toimet tukivat terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien toimintaa omien kehittämistoimiensa toteutuksessa.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmä kokoontui kaikista alueista intensiivisimmin, yhteensä 18 kertaa, määritellen jokaiselle kokoukselle teema-aiheen. Sairaanhoitopiirikohtaiset alueryhmät raportoivat yhteistyöryhmälle säännöllisesti suunnitelmiansa toteutumista. Sairaanhoitopiirit olivat nimenneet yli 75 hanketta ohjelman toteutukseen kuuluviksi. Yhteistyöryhmä seurasi erityisesti yli koko alueen ulottuvien hankkeiden etenemistä, joiden teemoista keskusteltiin useaan otteeseen. Myös hankkeiden tavoitteita tarkistettiin. Esimerkiksi kuntien hyvinvointipoliittisia ohjelmien laatimista koskeva tavoite muutettiin selvitykseksi kiinnostuksesta sellaisen laatimiseen. Yhteistyöryhmän toiminnan tukena oli projektivastaavan taustaorganisaatio Tampereen yliopiston terveystieteen laitos.

**Keski- ja Itä-Suomen malli: Sairaanhoitopiireille vastuutettu toimeenpano ja priorisointi, yhteistyöryhmä seurasi**

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöryhmä lähti liikkeelle kevyellä interventiotavalla. Kukin alueellinen ryhmä lähti edistämään omia valitsemiaan projekteja, ja yhteistyöryhmä kokoontui vain kaksi kertaa vuodessa seuraamaan alueellisten ja kärkihankkeiden toteutumista. Kärkihankkeita oli kolme: verkostomainen yhteistyö Itä-Suomen sairaanhoitopiirien välillä, huumeidenkäyttäjien hoitoonohjaus ja laadunhallinta. Yhteistyöryhmä määritteli itselleen kärkihankkeiden toteuttamisvastuun (paitsi laadunhallinnan osalta vain seurannan), mutta ei kuitenkaan raportoinut osallistuneensa toteutukseen tai rahoitukseen. Kärkihankkeista verkostomainen yhteistyö –hankkeella oli oma aiemmin perustettu toimeenpano-organisaationsa sekä rahoitus ja laadunhallinta toiminta oli jo laajalti käynnissä, mutta vailla koordinaointia. Huumeidenkäyttäjien hoitoonohjaus oli hankkeena uusi. Se koettiin kaikissa sairaanhoitopiireissä tärkeäksi uudeksi kehittämiskohteeksi, ja yhteistyöryhmä nimesi työryhmän laatimaan yhteisen alueellisen suunnitelman.

Kärkihankkeiden lisäksi alueelliset ryhmät kokosivat yhteistyöalueen suunnitelmaan yhteensä 18 alueellista hanketta, jotka koskivat päällekkäisyyksien purkua ja työnjakoa, lähete-palaute –järjestelmiä, laadunhallintaa, hoitoketjuja, sopimusmenettelyjä sekä vanhustenhuoltoa. Hankkeille oli nimetty vastuuhenkilöt. Osa hankkeista syntyi toimeenpano-ohjelman vaikutuksesta, kuten Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien yhteistyön ja työnjaon parantaminen.

Alueellinen yhteistyöryhmä järjesti vuosittaisten kokoustensa lisäksi teemaseminaareja ja projektivastaava osallistui alueellisten ryhmien kokouksiin. Alkuperäisen kehittämissuunnitelman lisäksi yhteistyöryhmä päätti myöhemmin panostaa myös potilasasiamiestoimintaan järjestämällä seminaarin sekä tehdä lääkäritilannekyselyn Itä-Suomen läänin alueella. Lisäksi yhteistyöryhmä palkkasi kaksi alueellista projektikoordinaattoria vuodeksi 2001 alueen eri hankkeiden edistämiseksi sekä koulutustehtäviin. Koordinaat-



torit jakoivat tehtävät alueittain. Yhteistyöryhmän rooli jäi etäiseksi, keskeinen alueellinen toimija oli asiantuntijoista koottu valmisteluryhmä.

**Pohjois-Suomen malli: *Koko aluetta koskevat, toimijoille vastuutetut kärkihankkeet, niillä yhteistyöryhmän erityistuki***

Pohjois-Suomen alue nosti kehittämissuunnitelmassa arvioimistaan toimenpiteistä seitsemän erityisiksi alueellisiksi kärkihankkeiksi, joita pyrittiin toteuttamaan yhtenäisesti koko alueella. Näille määriteltiin omat projekti-suunnitelmat sekä vastuutahot: kuntien hyvinvointiohjelmat (kunnat), lasten ja nuorten terveys ja hyvinvointi (lääninhallitukset), laadunhallinta (terveydenhuollon toimintayksiköt), tietotekniikan kehittämisen (sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset), alueellisten hoito-ohjelmien kehittämisen (sairaanhoitopiirit, terveydenhuollon palveluverkon kehittäminen (kunnat, sairaanhoitopiirit) sekä väestövastuun kehittämisen (kunnat). Kärkihankkeille nimettiin projektiryhmät, jotka tukivat hankkeiden vastuutahoja kärkihankkeiden toteuttamisessa, tekemällä alueellisia kyselyjä ja selvityksiä, tuottamalla suosituksia, järjestämällä koulutustilaisuuksia, seminaareja, tiedotustilaisuuksia ja asiantuntijaneuvotteluja. Kahdessa alueen sairaanhoitopiireistä toimi myös alueellinen ryhmä, joka käsitteli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyökysymyksiä.

Pohjois-Suomen yhteistyöryhmä valitsi toimintansa tueksi asiantuntijaryhmän, joka valmisteli yhteistyöryhmässä käsiteltäviä asioita. Varhaisessa vaiheessa projektivastaaviksi palkattiin myös työpari, joka koettiin toimivaksi malliksi. Yhteistyöryhmä ohjasi, seurasi ja valvoi projekti- ja aluer ryhmien työskentelyä. Alueella järjestettiin runsaasti seminaareja ja sairaanhoitopiirien neuvotteluja. Kun yhdeksi kärkihankkeeksi valittu väestövastuun toimintatavan edistäminen ei edennyt, yhteistyöryhmä otti myös erityistoimintamuodoksi ns. terveyskeskuskierroksen, jossa lääninhallituksen asiantuntijat kiersivät systemaattisesti tapaamassa terveyskeskusten toimihenkilöitä ja kuntien päättäjiä. Keskusteluissa käsiteltiin hankkeen teemoja laajasti. Toiminnan tavoitteena oli selvittää kuntien toimintaa ja tilannetta sekä välittää tietoa kunnallisille toimijoille hankkeen kannalta keskeisillä alueilla. Yhteistyöryhmän toiminnan keskeisenä taustatukena oli Oulun lääninhallitus.

#### **4.1.2 Alueellisen toimeenpanon ohjaus ja resurssointi**

Ohjaus- ja seurantaryhmän kokouksissa projektivastaavat raportoivat säännöllisesti hankkeen toimeenpanosta sekä suullisesti että lyhyin kirjallisin tiedottein. Raportointia ei pääosin oltu teemoitettu vaan alueet saivat itse valita painotukset omassa raportoinnissaan. Kokouksissa esiteltiin myös muita STM:n ja keskushallinnon toteuttamia valtakunnallisia hankkeita ja ohjelmia, kuten Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma, Terveyttä kaikille 21. vuosisadalla, Verkostoituvat erityispalvelut ja Mielekäs elämä -hankkeet, sekä TH 2000-luvulle -hankkeen loppuvaiheessa valmistetuilla ollut Kansallinen terveysprojekti, joiden yhteyksistä ja synergioista

TH 2000-luvulle –hankkeeseen keskusteltiin. STM:n tekemä terveystalvulujen saatavuusselvitys esiteltiin myös ryhmälle. Arvioinnin toteutuksesta keskusteltiin myös laajasti. Ohjausryhmä pyysi myös alueilta selvityksiä tietoteknologian kehittämishankkeista ns. tulevaisuuspaketin tarpeisiin.

Kokouskeskusteluissa harvoin varsinaisesti ohjattiin hankkeen etenemisen suuntaa alueilla. Kokousaikaa käytettiin paljon muiden valtakunnallisten hankkeiden esittelyyn, joista joidenkin suhteen TH 2000-luvulle -hankkeen organisaatiota käytettiin hyödyksi mm. tiedonkeruussa. Ohjaus- ja valmisteluryhmien jäsenten osallistumisaktiivisuus myös hiipui hankkeen loppua kohti.

STM määritteli vuosittain ohjelman alueellista toimeenpanoa varten määrärahat, jotka jaettiin yhteistyöryhmien kesken. STM:n rahoituksella varmistettiin projektivastaavien palkkaus sekä pääosin alueellisten ryhmien kokoukset ja seminaarit. Muusta tarvittavasta rahoituksesta alueelliset yhteistyöryhmät vastasivat itse. (Taulukko 2)

**Taulukko 2:** Hankkeen alueellisen toimeenpanon rahoitus yhteistyöalueittain 1999 - 2002 (mk).

Rahoituslähde/ Vuosi	Etelä- Suomi	Länsi- Suomi	Sisä-Suomi ja Pohjanmaa	Keski- ja Itä-Suomi	Pohjois- Suomi
STM/1999	260 000	280 000	260 000	260 000	260 000
STM/2000	300 000	300 000	250 000	300 000	300 000
STM/2001	450 000	450 000	450 000	450 000	450 000
STM/2002	120 000	30 000	80 000	70 000	110 000
Muut lähteet/ 1999-2002	200 000	60 000	450 000	-	280 000
Yhteensä	1330 000	1120 000	1490 000	1080 000	1400 000

Yhteistyöryhmien toiminnan rahoitus oli pääosin riippuvaista STM:n määrärahasta, joka kasvoi vuosittain 1999-2001 välisenä aikana noin 260 000 markasta 450 000 markkaan aluetta kohti. Suurin osa rahoituksesta käytettiin henkilöstökuluihin. Määrärahat vuodelle 2002 oli pääosin tarkoitettu loppuraporttien painatukseen, mutta myös osin joidenkin erillishankkeiden loppuunviemiseen.

Eniten ja säännöllisimmin lisärahoitusta hankki Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alue, pääosin terveyskeskuksilta asiakaspalautekyselyn koodauskuluihin, mutta myös sairaanhoitopiireiltä ja maakuntaliitolta. Etelä-Suomen alue haki rahoitusta alueen toimijoilta huomattavasti enemmän kuin sai, sen sairaanhoitopiireiltä ja suurilta kaupungeilta saama lisärahoitus oli vuodelle 2001, kun taas Pohjois- ja Länsi-Suomen alueet hankkivat lisärahoitusta sairaanhoitopiireiltä ensimmäisenä toimintavuonna. Ainoastaan Keski- ja Itä-Suomen alue ei hankkinut rahoitusta muista lähteistä. Kuntien, sairaanhoitopiirien ja muiden toimijoiden panostusta (henkilöstö- ja muuta) alueellisiin hankkeisiin oli mahdoton tarkasti arvioida, siitä sai kuvan vain välillisesti yhteistyöryhmien raportoiman toiminnan laajuuden kautta.

## 4.2 Toimenpiteiden tavoitteet, kehittämistoimet ja tilanne yhteistyöalueilla

Seuraavassa tarkastellaan toimenpiteittäin yhteistyöalueilla asetettuja tavoitteita sekä toteutettuja kehittämistoimia. Lisäksi terveyskeskusten tilannetta esitetään terveyskeskuskyselystä (Liite 4) valittujen indikaattorikysymyksen (Liite 6) sekä muiden tärkeiksi katsottujen kysymysten osalta. Tarkempi kuvaus terveyskeskuskyselyn tuloksista yhteistyöalueittain on liitteessä 5.

Toimenpidekokonaisuuksia on viisi ja toimenpiteitä yhteensä 23. Palvelurakenteeseen liittyvää toimenpidekokonaisuutta tarkastellaan toimenpiteittäin ja se on jaettu kolmeen osaan: terveyspalvelujen saatavuus, terveyspalvelujen toimivuus sekä väestöryhmittäiset palvelut. Muita neljää toimenpidekokonaisuutta tarkastellaan kokonaisuuksina.

### 4.2.1 Potilaan aseman vahvistaminen

**Toimenpide 1.** Sairaanhoidopiireissä luodaan potilasasiamiesten keskinäiset konsultaatio- ja tukijärjestelmät

**Toimenpide 2.** Työyhteisössä parannetaan potilasasiamiesten mahdollisuutta tehtävien vuorotteluun

**Toimenpide 3.** Tehostetaan potilaiden muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä

### Toimenpiteiden tavoitteet ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomen yhteistyöalue asetti toimenpidekokonaisuuden tavoitteekseen, että sairaanhoidopiireillä oli käytössään potilasasiamiesten keskinäisten konsultaatio- ja tukijärjestelmät. Alueella toteutettiin erillinen potilasasiamiestoimintaan liittyvä hanke, johon liittyi tilanteen selvitys sekä potilasasiamiesten koulutuspäiviä. Hankkeessa oli mukana laaja joukko vastuutahoja; sairaanhoidopiirit, terveyskeskukset, Potilasliitto, Potilasvakuutuskeskus, lääninhallitus ja Terveysturvakeskus. Näiden yhteistyönä toteutettiin raportti potilasasiamiestoiminnasta, joka sisälsi suosituksia ja malleja toiminnan kehittämiseen. Hankkeen lisäksi HUS-kuntayhtymässä luotiin KAMU –tietokanta (kantelut ja muistutukset).

Länsi-Suomessa toiminnan kehittäminen tapahtui sairaanhoidopiirien johdolla, ja tavoitteena oli saada Satakunnan alueelle osa-aikainen potilasasiamies sekä täydentää Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin potilasasiamiesten yhteistyöverkostoa ja luoda varahenkilöjärjestelmää. Sairaanhoidopiirien

hoitopiireissä järjestettiin alueellisia tilaisuuksia ja nimitettiin uusia potilasasiamiehiä. Yhteistyöryhmä seurasi sairaanhoitopiireissä tapahtunutta kehittämistoimintaa ja järjesti koko alueen koulutustilaisuuden vuonna 2001.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella tavoitteena oli selvittää ja tarvittaessa korjata tilanne. Yhteistyöryhmän toiminta perustui keskusteluun ja tiedon saattamiseen sairaanhoitopiireille, joissa järjestettiin koulutusta ja potilasasiamiesten verkostoitumista. Yhteistyöryhmä selvitti potilaiden muistutuksiin, kanteluihin ja potilasvahinkoratkaisuihin liittyvät kirjaamiskäytännöt, joista keskusteltiin vertaisraportointitilaisuuksissa. Näistä valmistuu vuonna 2002 erillinen raportti.

Keski- ja Itä-Suomessa ei tavoitetta nostettu kehittämiskohteeksi hankkeen alkuvaiheessa, vaan vasta myöhemmin hankkeen aikana. Asiaa käsiteltiin sairaanhoitopiirien alueseminaareissa ja koordinoituvastuu annettiin lääninhallitukselle. Sairaanhoitopiireissä toteutettiin potilasasiamiesten koulutusta ja verkostoitumista. Itä-Suomen läänin potilasasiamiestyöstä julkaistiin raportti.

Pohjois-Suomen mukaan tilanne todettiin tyydyttäväksi eikä oleellista kehittämistarvetta todettu. Asiaa käsiteltiin terveyskeskuskierroksella ja sairaanhoitopiirien neuvotteluissa.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan sekä Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueet ilmoittivat, ettei potilasasiamiesten tehtävien vuorottelu noussut niin tärkeäksi kehittämiskohteeksi kuin varamiehen tarpeellisuus.

### **Tilanne terveyskeskuksissa**

Terveyskeskuskyselyssä kartoitettiin potilaan aseman vahvistamista kysymyksillä, jotka liittyivät potilasasiamiestoiminnan järjestämistapaan, koulutukseen, yhteistyöhön, varamiesjärjestelmään ja työkiertoon sekä muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyneen tiedon hyödyntämiseen (Liite 4 ja 5, kysymykset 88 - 96).

Tulosten mukaan lähes kolme neljäsosalla (72 %) terveyskeskuksista oli oma potilasasiamies, useimmin Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella (91 %). Noin viidesosa (21 %) terveyskeskuksista oli järjestänyt potilasasiamiestoiminnan yhteisesti toisen tahon kanssa, yleisimmin Länsi-Suomessa (39 %). Potilasasiamiestoiminnan järjestämisessä esiin tulleet alueelliset erot olivat merkitseviä ( $p < 0,001$ ).

Noin viidesosalla terveyskeskusten potilasasiamiehistä oli säännöllistä yhteistyötä sairaanhoitopiirinsä muiden potilasasiamiesten kanssa (Taulukko 3). Useimmin yhteistyötä oli Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella ja harvimminkin Etelä-Suomessa. Alueellinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0,001$ ). Vain hyvin harvan terveyskeskuksen potilasasiamiehellä oli

mahdollisuus työkiertoon (Taulukko 3). Yhteistyöalueiden välillä ei tämän suhteen tullut esille eroja.

Noin kolmasosalla terveyskeskuksista potilaiden muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoratkaisujen käsittely tapahtui tilastointiin ja/tai asiakaspalautejärjestelmään liittyen; näin toimittiin Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella yleisimmin ja Etelä-Suomessa harvimminkin (Taulukko 3). Keskimäärin 9 %:lla terveyskeskuksista ei ollut erityistä menetelmää eikä suunnitelmaa muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntämiseksi (vaihteluväli yhteistyöalueittain 4 – 11 %).

Potilasasiamiestoimintaan liittyviin kysymykseen jätettiin usein vastaamatta. Vastaamattomuus vaihteli yhteistyöalueittain merkitsevästi ( $p < 0,005$ ) sekä potilasasiamiesten yhteistyötä että työkiertoa koskeviin kysymyksiin. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueen lähes kaikki terveyskeskukset vastasivat kysymykseen, kun Länsi-Suomen, Etelä-Suomen sekä Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueilla lähes kolmannes jätti vastaamatta kysymyksiin.

**Taulukko 3:** Potilasasiamiestoimintaa kehittäneiden terveyskeskusten osuus.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joiden potilasasiamiehellä säännöllistä yhteistyötä sairaanhoitopiiriin muiden potilasasiamiesten kanssa (%).	14	31	39	18	24	26	22
Terveyskeskukset, joiden potilasasiamiehellä työkiertomahdollisuus (%).	3	4	4	7	5	4	25
Terveyskeskukset, joissa muistutusten, kanteluiden ja/tai potilasvahinkoratkaisuiden käsittely tapahtuu tilastoiden ja/tai asiakaspalautejärjestelmään liittyen (%).	24	39	42	32	37	35	8

TH 2000-luvulle –hankkeen aikana ei tapahtunut muutosta terveyskeskusten ja sairaanhoitopiiriin potilasasiamiesten yhteistyössä eikä muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoratkaisuiden hyödyntämisessä (Taulukko 4). Myöskään potilasasiamiesten työkiertomahdollisuudessa ei tapahtunut parannusta. Ainoastaan kolme terveyskeskusta ilmoitti aloittaneensa potilasasiamiesten työkiertomahdollisuuden hankkeen aikana (1999 – 2001).

**Taulukko 4:** Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin potilasasiamiesten välisen yhteistyön sekä muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntämisen muutos TH 2000-luvulle –hankkeen aikana.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin potilasasiamiesten välisen yhteistyön muutos (ka).	0,14	0,32	0,25	0,04	0,17	0,19	25
Muistutusten, kanteluiden ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntämisen muutos (ka).	0,17	0,23	0,22	0,26	0,20	0,22	9

Asteikko -1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

### Yhteenvedo: Potilaan aseman vahvistaminen

Etelä-Suomen yhteistyöalueella potilasasiamiestoimintaa koskevat toimenpiteet nostettiin kärkihankkeeksi. Kuitenkin terveyskeskuskyselyn mukaan Etelä-Suomen terveyskeskusten potilasasiamiehillä oli muita yhteistyöalueita harvemmin yhteistyötä sairaanhoitopiirinsä muiden potilasasiamiesten kanssa. Lisäksi siellä järjestettiin harvemmin sekä potilasasiamiesten työkierto että potilaiden muistutuksista, kanteluista ja potilasvahinkoratkaisuista kertyvän tiedon hyödyntäminen tilastoiden tai asiakaspalautejärjestelmään liittyen. Tämä osoittanee, että Etelä-Suomen yhteistyöryhmä valitsi kärkihankkeeseen kehittämistarvetta vaativan toimenpidekokonaisuuden. Tulokset näkyvät myöhemmin, sillä kärkihanke päättyi noin neljä kuukautta kyselyn toteuttamisesta.

Länsi-Suomen sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueet, joilla potilasasiamiestoimintaan liittyviä toimenpiteitä ei nostettu erityisiksi kehittämiskohteiksi, oli tavoite toteutunut indikaattorikysymysten osalta keskimääräistä useammin. Siellä yhteistyöalue seurasi ja tuki sairaanhoitopiirejä toiminnan kehittämisessä. Oletettavasti sairaanhoitopiirien ollessa vastuutoimijatahona, kehittämistoiminnan konkreettiset tulokset näkyvät nopeammin. Voi myös olla, että näillä yhteistyöalueilla potilasasiamiestoiminnan kehittäminen oli saanut vankan jalansijan sairaanhoitopiireissä jo ennen hanketta.

Potilasasiamiestoimintaan liittyviin kysymyksiin vastattiin melko huonosti. Syynä voi olla se, että ylilääkäri (jolle kysely osoitettiin) täytti potilasasiamiestä koskevat kysymykset, eikä pystynyt vastaamaan spesifeihin kysymyksiin. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella, jossa terveyskeskuksilla on muita yhteistyöalueita useammin oma potilasasiamies, vastattiin kysymyksiin muita aktiivisemmin.

## 4.2.2 Terveyden edistäminen

**Toimenpide 4.** Kunnissa panostetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen parantamalla poikkihallinnollista yhteistyötä sekä ottamalla käyttöön uusia työmuotoja

**Toimenpide 5.** Kehitetään kunnille ehkäisevän työn toimintamalleja ja työmenetelmiä sekä arvioidaan niiden vaikuttavuutta (kuntaprojekti, työkirja, indikaattorit, evaluaatiojärjestelmä)

### Toimenpiteiden tavoitteet ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomessa terveyden edistäminen jaettiin neljään osa-alueeseen: läänin ehkäisevä sosiaali- ja terveystoimintapolitiikka, työikäisten työssä selviytymisen parantaminen, väestön terveyserot sekä urbaani terveystoimintapolitiikka. Kullekin osa-alueelle asetettiin omat tavoitteensa. Kehittämistoiminta oli työryhmäpainotteista; sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi perustettiin Urbanin terveystoimintapolitiikan- ja Väestön terveyserot –työryhmät, joissa työstettiin toimenpide-ehdotukset sisältävät tilannekartoitukset. Tavoitteena ollut hyvinvointipolitiikkatyö liitettiin osana Etelä-Suomen lääninhallituksen hyvinvointipolitiikkatoimintamallia, jossa mm. perustettiin asiantuntijaverkosto ja luotiin hyvinvointipolitiikkatoimintamallin kehittäminen suunnitelma. Joitain tavoitteita tarkennettiin hankkeen kuluessa, ja joitain jouduttiin resurssien vähyyden vuoksi hylkäämään.

Länsi-Suomessa tavoitteena oli ryhtyä kaikissa kunnissa ”Terve kunta” –mallin mukaiseen toimintaan. Se ei kuitenkaan toteutunut osittain kuntien resurssipulan takia, mutta asia todettiin ajankohtaiseksi. Yhteistyöryhmän järjestämissä tilaisuuksissa esiteltiin uusia malleja sekä Mielekäs elämä –tilaisuuksissa tuotiin esille esimerkkejä uudentyyppisistä poikkihallinnollisista yhteistyö- ja ratkaisumalleista.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli selvittää tilanne ja informoida hyvistä työmuodoista. Yhteistyöryhmää informoitiin erilaisista toimivista malleista ja terveystoimintapolitiikan vertaisraportointiryhmässä vaihdettiin kokemuksia hyvin toimivista malleista. Kehittämissuunnitelmassa ollut yhteistyöalueen toimesta suunnittelema hanke liittyen terveystoimintapolitiikan ohjelman laatiminen osana kuntasuunnittelua ei toteutunut. Sen sijaan tehtiin selvitys halukkuudesta hyvinvointistrategioiden laatimiseen. Alueellisen yhteistyöryhmän keskusteluissa todettiin, että hanke käynnistetään kunnes ohjelman laatimiseen on olemassa yleisesti hyväksytyt ohjeistot.

Keski- ja Itä-Suomessa tavoitteena oli hyvinvointistrategioiden ja hyvinvointityöryhmien saaminen kattavaksi koko alueelle. Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella todettiin lähes kaikissa kunnissa olleen terveyden ja hy-

vinvoinnin edistämiseen liittyviä hankkeita. TH 2000-luvulle –hankkeen kuluessa tavoitteet muuttuivat siten, että uutena hankkeena toteutettiin huumetyöhön liittyvä moniammatilliseen verkostoituvaan toimintaan painottunut kehittämishanke.

Pohjois-Suomessa nähtiin ehkäisevän työn toimintamallien kehittämistarve suureksi, ja kuntien hyvinvointiohjelmien laatiminen nostettiin alueen kärkihankkeeksi. Se käsitti alueellisia seminaareja, suosituksen hyvinvointiohjelman laatimisesta sekä kyselyn hyvinvointiohjelmien ja -strategioiden toteutuksesta. Toinen kärkihanke perustui lasten ja nuorten asioiden poikkihallinnolliseen yhteistyön kehittämiseen. Toimintamuotoina olivat seminaarit sekä verkostoituminen. Terveyskeskuskierroksella käsiteltiin kärkihankkeiden toteutusta.

### **Tilanne terveyskeskuksissa**

Terveyskeskuskyselyn terveyden edistämistä koskevat kysymykset liittyivät poikkihallinnolliseen yhteistyöhön, uusien poikkihallinnollisten työmuotojen käyttöönottoon sekä hyvinvointistrategioihin (Liite 4 ja 5, kysymykset 46 - 50).

Terveyskeskuskyselyn mukaan noin joka toisella terveyskeskuksella (49 %) oli jonkin verran tai paljon poikkihallinnollista yhteistyötä eri hallinnonalojen tai yhteistyötahojen kanssa. Yhteistyöalueiden väliset erot olivat merkitseviä ( $p < 0,005$ ) vaihdellen Etelä-Suomen 76 %:sta Länsi-Suomen 31 %:iin. (Taulukko 5)

Keskimäärin lähes puolella terveyskeskuksista (46 %) oli sosiaalitoimen kanssa erittäin paljon yhteistyötä. Neljä viidestä terveyskeskuksesta ilmoitti sillä olleen erittäin paljon poikkihallinnollista yhteistyötä sosiaalitoimen vanhusten palveluiden kanssa. Lähes joka toisella terveyskeskuksella oli erittäin paljon yhteistyötä lasten ja nuorten psykososiaalisten palveluiden (44 %) sekä päihdepalveluiden (42 %) kanssa. Päivähoidon kanssa erittäin paljon yhteistyötä oli 18 %:lla terveyskeskuksista.

Selvästi sosiaalitoimea vähemmän terveyskeskuksilla oli yhteistyötä muiden hallinnonalojen tai yhteistyötahojen kanssa. Noin neljäsosa arvioi tehneensä erittäin paljon yhteistyötä opetustoimen kanssa ja reilu kymmenesosalla yksityisten palvelun tuottajien kanssa. Alle kymmenesosalla terveyskeskuksista oli erittäin paljon poikkihallinnollista yhteistyötä palo/pelastus-, ympäristö-, liikunta- ja nuorisotoimen sekä järjestöjen kanssa. Vähiten poikkihallinnollista yhteistyötä (alle 5 % tk:sta erittäin paljon yhteistyötä) oli asunto-, teknisen- ja liikuntatoimen kanssa. Yhteistyöalueiden välinen ero tuli selvimmän esille terveyskeskuksen ja asunto-, teknisen- ja liikuntatoimen välisessä yhteistyössä; Etelä-Suomessa oli näiden tahojen kanssa keskimääräistä enemmän yhteistyötä kuin muilla yhteistyöalueilla.



**Taulukko 5:** Terveyden edistämiseen liittyvää kehittämistoimintaa toteuttaneiden terveyskeskusten osuus.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joilla terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää poikkihallinnollista yhteistyötä jonkin verran tai erittäin paljon (%).	76	31	47	43	46	49	3
Terveyskeskukset, joilla käytössä hyvinvointistrategia tai -ohjelma (%).	32	31	32	23	24	28	5

Hyvinvointistrategia tai jokin hyvinvointiin liittyvä ohjelma oli hieman yli neljänneksellä terveyskeskuksista (Taulukko 5). Yli kolmasosalla (37 %) sitä ei ollut lainkaan, yleisimmin Keski- ja Itä-Suomessa (50 %). Hyvinvointistrategia tai -ohjelma oli suunnitteilla viidesosalla terveyskeskuksella; tulokset vaihtelivat Pohjois-Suomen 34 %:sta Länsi-Suomen yhteistyöalueen 4 %:iin. Kymmenesosa terveyskeskuksista ei tiennyt mikäli kunnalla oli hyvinvointistrategia tai -ohjelma.

Hyvinvointistrategia tai -ohjelma oli käytössä suurella osalla (85 %) suurista terveyskeskuksista ja ainoastaan alle viidesosalla pienistä terveyskeskuksista (17 %). Keskisuurissa terveyskeskuksissa kolmanneksella oli hyvinvointistrategia tai -ohjelma käytössä. Erot hyvinvointistrategian tai -ohjelman käytössä terveyskeskuksen koon mukaan olivat merkitseviä ( $p < 0,001$ ).

Poikkihallinnollinen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvässä yhteistyössä tapahtui positiivista muutosta TH 2000-luvulle -hankkeen aikana (Taulukko 6). Hyvinvointistrategia tai -ohjelma otettiin käyttöön hankkeen aikana käyttöön hieman alle viidesosalla terveyskeskuksista (18 %), yleisimmin Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla (25 %) ja harvimminkin Keski- ja Itä-Suomessa (9 %). Koska hyvinvointistrategioita tai -ohjelmia oli käytössä kaikkiaan 28 %:lla terveyskeskuksista, tapahtui käyttöönotto noin kahdella kolmesta terveyskeskuksesta vuosina 1999 – 2001. Kaikki terveyskeskukset eivät kuitenkaan ilmoittaneet käyttöönottovuotta, joten hankkeen aikana tapahtunut muutos on voinut olla vieläkin suurempi.

**Taulukko 6:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos poikkihallinnollisessa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvässä yhteistyössä.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Poikkihallinnollisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvän yhteistyön muutos (ka).	0,63	0,59	0,65	0,69	0,78	0,67	6

Asteikko -1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

### **Yhteenveto: Terveyden edistäminen**

Toimenpidekokonaisuuden tärkeys ja yhteistyöryhmän laaja kehittämistoiminta näkyi varsinkin Etelä-Suomen sekä Pohjois-Suomen yhteistyöalueilla, joissa asia nostettiin kärkihankkeeksi. Toimintamenetelmät erosivat näillä alueilla toisistaan siten, että Pohjois-Suomessa käytännön toiminta tapahtui kunnissa ja Etelä-Suomessa keskeinen toimijataho oli työryhmä. Etelä-Suomessa työryhmätyöskentelyssä yhtenä tavoitteena oli selvityksillä koota tietoa, saattaa se alueellisille päättäjille tiedoksi ja herättää toimijat miettimään kehittämistarvetta alueella.

Yhteistyöalueiden terveyskeskuksista Etelä-Suomella oli keskimääräistä useammin poikkihallinnollista yhteistyötä eri tahojen kanssa. Hyvinvointistrategioita tai –ohjelmia oli vain hieman yli neljänneksellä (28 %) terveyskeskuksista. Näistä terveyskeskuksista suurin osa (kaikista terveyskeskuksista 18 %) oli ottanut sen käyttöön TH 2000-luvulle –hankkeen aikana. Lisäksi viidennes suunnitteli hyvinvointistrategian tai -ohjelman käyttöön-ottoa. Tulokset osoittavat, että hyvinvointistrategia tai –ohjelma oli saamassa vankkaa jalansijaa terveyskeskusten toiminnassa.

Tuloksissa tuli esille Pohjois-Suomen aktiivisuus terveyden edistämisen kehittämistoiminnassa. Siellä suunniteltiin hyvinvointistrategian tai –ohjelman käyttöön-ottoa muita yhteistyöalueita useammin, vaikkakin alueen terveyskeskuksista suurin osa oli pieniä (<12 000 asukasta); pienillä terveyskeskuksilla oli harvemmin hyvinvointistrategia tai -ohjelma. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella ei kehittämistoimintaa laajemmin toteutettu, mutta siellä tilanne oli maan keskiarvoon nähden hyvä.

### 4.2.3 **Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen:** ***Terveyspalveluiden saatavuuden turvaaminen***

**Toimenpide 6:** Terveyskeskuksissa varmistetaan ei-kiireelliseen hoitoon pääsy kolmessa päivässä

#### **Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta**

Ainoastaan Etelä-Suomessa tavoitteeksi määriteltiin toimenpiteen mukaisesti ei-kiireelliseen hoitoon pääsy kolmessa päivässä kaikissa terveyskeskuksissa. Hoitoon pääsyn parantaminen liittyi Etelä-Suomen yhteistyöalueen kärkihankkeeseen, jonka kehittämistoiminta perustui työryhmätyöskentelyyn, työkokouksiin, kehittämisseminaariin ja sairaanhoitopiirien seudullisiin neuvotteluihin. TH 2000-luvulle –hankkeen alussa asetetun tavoitteen työryhmä muutti siten, että potilaista 1/3 pääsee samana päivänä, 1/3 viikon sisällä ja 1/3 silloin, kun se häiritsee mahdollisimman vähän arkipäivän kiireitä.

Länsi-Suomen tavoitteena oli, että 80 % väestöstä pääsee ei-kiireelliseen hoitoon kolmessa päivässä vuoteen 2001 mennessä. Yhteistyöryhmä selvitti hoitoon pääsyä kyselyllä hankkeen aikana (v. 2000), mutta hankkeen lopussa sitä ei lääkäripulan takia uusittu. Projektivastaavat selvittivät terveyskeskusten toimenpiteitä lääkäritilanteen parantamiseksi, päivystyspalvelujen järjestämistapoja, erikoislääkäritilannetta sekä väestövastuutilannetta. Yhteistyöryhmä käsittelee kyselyjen tuloksia kokouksissaan.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmä pyrki selventämään, mitä käsite ”hoitoon pääsy kolmessa päivässä” tarkoittaa. Lisäksi vertaisarvioinnilla pyrittiin vaikuttamaan toimenpiteisiin, jotta hoitoon pääsy helpottuisi. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella hoidon saatavuuden arviointia mitattiin koko alueen kattavalla asiakaskyselyllä, ja tuloksista tiedotettiin laajalti. Informaatio lisäsi keskustelua ja paineita korjata tilanne.

Keski- ja Itä-Suomessa hoitoon pääsy määriteltiin joidenkin kuntien tai kuntayhtymien puitteissa. Toimenpiteen tavoite todettiin epärealistiseksi ja sitä muutettiin siten, että ei-kiireelliseen hoitoon tulisi päästä 2 viikon kuluessa. Alueella toteutettiin lääkäritilanteesta kysely, jossa todettiin lääkäri-vajeen selvästi lisääntyneen kahden vuoden takaisesta tilanteesta.

Pohjois-Suomessa hoitoon pääsyssä todettiin alueellista vaihtelua ja selvää kehittämistarvetta. Hoitoon pääsyn kehittäminen sisältyi väestövastuuseen liittyvään kärkihankkeeseen. Lääkäripula häiritsi toiminnan kehittämistä ja teki väestövastuuseen liittyvät tavoitteiden toteuttamisen mahdottomaksi. Yhteistyöryhmässä sekä terveyskeskuskierroksella käsiteltiin tilannetta.

## Tilanne terveyskeskuksissa

Ei-kiireelliseen hoitoon pääsyä selvitettiin terveyskeskuskyselyssä kysymällä, kuinka suurelle osalle (%) ja missä ajassa vastaanottotyötä tekevästä lääkäreistä normaali ajanvarausasiakas pääsee tänään lääkärille (Liite 4, kysymykset 5-7). Hoitoon pääsyn aika jaoteltiin 0 - 3 päivässä, 4 - 7 päivässä, 8 - 14 päivässä sekä yli 14 päivässä. Omalääkärille ja mille tahansa lääkärille pääsystä kysyttiin erikseen.

Tulosten mukaan 36 %:lle omalääkäreistä ja 18 %:lle mille tahansa lääkäreistä pääsi ei kiireelliseen hoitoon kolmen päivän sisällä (Taulukko 7). Yhteistyöalueiden välillä oli selviä eroja. Länsi-Suomessa lääkärille (niin oma- kuin mille tahansa lääkärille) pääsi hoitoon kolmessa päivässä useimmin, ja vastaavasti Etelä-Suomessa harvimminkin. Hoitoon pääsyä joutui odottamaan yli kaksi viikkoa keskimäärin 22 %:lle omalääkäreistä ja 40 %:lle muista lääkäreistä. Pohjois-Suomessa joutui odottamaan hoitoon pääsyä yli kaksi viikkoa lähes joka toiselle omalääkärille (44 %) ja Länsi-Suomessa ainoastaan alle yhdelle prosentille omalääkäreistä. Keskimäärin 40 %:lle muista lääkäreistä joutui odottamaan yli 2 viikkoa. Erot vaihtelivat Länsi-Suomen 28 %:sta Keski- ja Itä-Suomen 54 %:iin.

Terveyskeskuksissa, joissa lääkärin vastaanotto toiminta oli järjestetty omalääkärijärjestelmällä väestövastuu VES –toimintatavan mukaisesti, pääsi kolmessa päivässä hoitoon mille lääkärille tahansa selvästi useammin (44 %:lle lääkäreistä) kuin ei väestövastuisissa terveyskeskuksissa (ka 10 %:lle lääkäreistä). Ei väestövastuisissa terveyskeskuksissa joka toiselle lääkärille joutui odottamaan hoitoon pääsyä yli kaksi viikkoa, kun vastaavasti väestövastuisessa terveyskeskuksessa joka kahdeksannelle lääkärille (13 %) joutui odottamaan yli kaksi viikkoa. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Terveyskeskusten koon mukaan hoitoon pääsystä ei esiintynyt eroja.

**Taulukko 7:** Terveyskeskusten vastaanottotyötä tekevien omalääkäreiden ja minikä tahansa lääkäreiden osuus (%), joille normaali ajanvarausasiakas pääsee ei-kiireellinen hoitoon kolmen päivän sisällä.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Hoitoon pääsy 3 pv:ssä %:lle lääkäreistä	5	29	19	20	13	18	29
Hoitoon pääsy 3 pv:ssä %:lle omalääkäreistä	20	61	43	36	27	36	59

TH 2000-luvulle –hankkeen aikana ei-kiireelliseen hoitoon pääsy kolmessa päivässä pysyi terveyskeskusten mukaan ennallaan tai huonontui (Taulukko 8). Terveyskeskuksista vain 17 % ilmoitti hoitoon pääsyn parantuneen. Noin joka kolmannen terveyskeskuksen (35 %) mukaan hoitoon pääsy kolmen päivän sisällä huonontui ja 42 %:n mukaan pysyi ennallaan (5 %:lta tieto

puuttuu). Länsi-Suomessa oli prosentuaalisesti eniten (27 %) terveyskeskuksia, joiden mukaan hoitoon pääsy parantui, ja Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella eniten (40 %) terveyskeskuksia, joiden mukaan se huonontui. Kolmasosa väestövastuisista terveyskeskuksesta (terveyskeskukset, joissa omalääkärijärjestelmä väestövastuu VES käytössä) ja 6 % ei-väestövastuisista terveyskeskuksista ilmoitti hoitoon pääsyn parantuneen hankkeen aikana. Hoitoon pääsy huonontui 40 %:lla ei-väestövastuisista ja 29 %:lla väestövastuisista terveyskeskuksista.

**Taulukko 8:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut hoitoon pääsyn muutos.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Muutos normaalin ajanvarausasiakkaan pääsyssä ei-kiireelliseen hoitoon kolmessa päivässä (ka).	-0,20	0,00	-0,18	-0,29	-0,21	-0,19	5

Asteikko -1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

**Toimenpide 7:** Sairaaloissa varmistetaan ei-kiireelliseen hoidon tarpeen arviointi kahdessa viikossa lähetteen saapumisesta

### Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomi asetti tavoitteeksi toimenpiteen mukaisesti sairaaloissa varmistettavan ei-kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin kahdessa viikossa. Toiminta perustui sairaanhoitopiirien yhteistyö- ja työnjaolliseen kehittämistyöhön, eikä TH 2000-luvulle –hankkeella ollut vaikutusta toimenpiteeseen liittyviin alueellisiin hankkeisiin.

Länsi-Suomessa tavoitteena oli, että sairaanhoitopiirit luovat seurantajärjestelmän kahden viikon tavoitteen saavuttamiseksi. Länsi-Suomessa yhteistyöryhmän toimesta selvitettiin erikoislääkäritilannetta, jonka perusteella sairaaloissa todettiin olleen pulaa erikoislääkäreistä (mm. silmätaudit, gynekologia).

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli selventää käsite ”ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi kahdessa viikossa lähetteen saapumisesta”. Alueellisessa ryhmässä selvitettiin lähetteen kulku terveyskeskuksesta sairaalaan. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä toteutettiin pilottilselvitys. Alueellinen yhteistyöryhmä kuuli sairaanhoitopiirien raportit ja asiasta keskusteltiin vertaisraportointiseminaareissa.

Keski- ja Itä-Suomessa toimenpide toteutettiin aluetyöryhmän kautta, joissa ei suoranaisesti tähän toimenpiteeseen liittyviä hankkeita tuotu kehittämissuunnitelmassa esille. Keski- ja Itä –Suomen mukaan toimenpide toteutui varsin hyvin kaikissa alueen sairaanhoitopiireissä eikä erityistä kehittämis-toimintaa tullut esille.

Pohjois-Suomen yhteistyöryhmä ei nähnyt suurta kehittämistarvetta. Pohjois-Suomessa keskityttiin toimenpiteen osalta lääkäriävoiman riittävästä huolehtimiseen.

### Tilanne terveyskeskuksissa

Toimenpidettä kartoitettiin kysymällä terveyskeskuksilta palautteen saamisen säännöllisyyttä ei-kiireellisen potilaan läheteen käsittelystä sairaalassa. Kysymyksessä eroteltiin ajan saanut potilas ja ei aikaa saanut potilas. Lisäksi kysyttiin tiedon saamisen säännöllisyyttä sairaalan jonotilanteesta. (Liite 4 ja 5, kysymykset 8 – 12)

Terveyskeskuksista keskimäärin 14 % ilmoitti saaneensa aina tai lähes aina palautteen siitä, että ajan saaneen potilaan lähete oli käsitelty sairaalassa (Taulukko 9). Yhteistyöalueittain tulokset vaihtelivat Etelä-Suomen 30 %:sta Keski- ja Itä –Suomen 5 %:iin. Noin joka neljännen (24 %) terveyskeskuksen mukaan palautteen saaminen oli satunnaista, ja useamman kuin joka toisen (59 %) mukaan palautetta ei saanut lainkaan. Yleisimmin palautetta ei saanut Länsi-Suomessa (77 %:a terveyskeskuksista).

Terveyskeskukset saivat palautteen läheteen käsittelystä selvästi useammin tapauksessa, jossa potilas ei saanut aikaa sairaalaan, jolloin keskimäärin 71 % terveyskeskuksista sai aina tai lähes aina palautteen läheteen käsittelystä. Tulokset vaihtelivat 50 %:sta (Länsi-Suomi) 79 %:iin (Sisä-Suomi –P). Keskimäärin 17 %:n mukaan palaute tuli satunnaisesti (yhteistyöalueittainen vaihteluväli 7 – 34 %) ja 7 %:n mukaan ei lainkaan (5 – 15 %).

**Taulukko 9:** Palautteen saaminen ajan saaneen potilaan läheteen käsittelystä erikoissairaanhoidon sairaalasta.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa saatiin palaute aina tai lähes aina ei-kiireellisen hoitoon lähetetyn (ajan saaneen) potilaan läheteen käsittelystä erikoissairaanhoidon sairaalassa (%).	30	8	16	5	12	14	3

Palautteen saamisessa läheteen käsittelystä ei juurikaan tapahtunut hankkeen aikana muutosta (Taulukko 10). Yhteistyöalueiden välillä ei ollut

suurta eroa (vaihteluväli 0,07 – 0,18). Kysymystä myös kommentoitiin; onko tarpeenkaan saada tietoa siitä, että lähete on käsitelty.

**Taulukko 10:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos palautteen saamisesta siitä, että ei-kiireellinen lähete on saapunut erikoissairaanhoidon sairaalaan.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Palautteen saamisen muutos ei-kiireellisen lähetteen saamisesta erikoissairaanhoidon sairaalaan (ka).	0,18	0,07	0,08	0,17	0,15	0,13	9

Asteikko –1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

**Toimenpide 8:** Kaikissa terveyskeskuksissa otetaan käyttöön väestövastuinen toimintatapa

### Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomen yhteistyöalueella tavoitteena oli, ottaa käyttöön väestövastuinen toimintatapa kaikissa terveyskeskuksissa. Etelä-Suomen yhteistyöalueella väestövastuun toteuttaminen liittyi ”Terveyskeskuksen palvelukyvyyn parantaminen” –kärkihankkeeseen, jonka toiminta perustui työryhmätyöskentelyyn, työkokouksiin, tilanteen kartoitukseen, seudullisiin neuvotteluihin ja kehittämisseminaariin.

Länsi-Suomessa tavoitteena oli, että väestövastuuperiaate toteutui vuoteen 2001 mennessä 20 terveyskeskuksessa 27:stä. Alueella tehtiin toistuvia interventiotyyppisiä selvityksiä väestövastuun tilanteesta. Kuntien resurssipula hidasti kuitenkin väestövastuuvirkaehtosopimuksen käyttöönottoa.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella tavoitteena oli informoida terveyskeskuksia väestövastuisen toimintatavan tuottamista eduista. Väestövastuisen toimintatavan selvittäminen sisällytettiin alueen kattaviin asiakaskyselyihin. Selvityksen mukaan väestövastuisella toimintatavalla toimineet terveyskeskukset arvioitiin muita paremmiksi. Useissa kunnissa tehtiin päätös siirtyä väestövastuuseen, mutta lääkäripulasta johtuen moni kunta ei pystynyt sitä toteuttamaan.

Keski- ja Itä-Suomessa kehittäminen tapahtui aluetyöryhmien kautta, mutta väestövastuuseen liittyviä hankkeita ei kehittämissuunnitelmassa ollut. Alueella todettiin väestövastuun toteutuneen tai olleen toteutumassa useimmissa alueen terveyskeskuksissa.

Pohjois-Suomessa tilanne todettiin välttäväksi ja väestövastuun toteuttaminen nostettiin kärkihankkeeksi, johon liittyi tilanteen selvitys, koulutusta sekä tietopaketin lähettäminen terveyskeskuksiin. Lisäksi asiaa käsiteltiin terveyskeskuskierroksella. Lääkäripula häytti toiminnan kehittämistä.

### **Tilanne terveyskeskuksissa**

Väestövastuuta tiedusteltiin terveyskeskuskyselyssä lääkärin vastaanotto-toiminnan, aluejaon sekä muiden ammattiryhmien toimimisen osalta (Liite 4 ja 5, kysymykset 43 – 45). Lääkärin vastaanotto toiminta järjestettiin alle puolella (39 %) terveyskeskuksista omalääkärijärjestelmänä väestövastuu virkaehtosopimus (VVVES) toimintatavan mukaisesti (Taulukko 11). Yleisimmin se oli käytössä Etelä-Suomen (62 %) ja harvimminkin Pohjois-Suomen (20 %) yhteistyöalueella. Lääkärin vastaanotto toiminta järjestettiin omalääkärijärjestelmän mukaisesti ilman VVVES:ä 11 %:a terveyskeskuksista. Lähes joka toisessa (46 %) terveyskeskuksessa ei ollut omalääkärijärjestelmää lainkaan, yleisimmin (73 %) Pohjois-Suomen yhteistyöalueelta. Yhteistyöalueiden välinen ero oli merkitsevä ( $p < 0,001$ ).

Suurissa terveyskeskuksissa (>50 000 asukasta) järjestettiin keskisuurta (12 001 – 50 000 asukasta) ja pientä (0 - 12 000 asukasta) terveyskeskusta useimmin lääkärin vastaanotto toiminta omalääkärijärjestelmällä VVVES – toimintatavan mukaisesti. Näin toteutui 69 % suurista, 57 % keskisuurista ja 23 % pienistä terveyskeskuksista. Ero oli merkitsevä ( $p < 0,001$ ).

Tuloksista ei voinut päätellä kumpaan kategoriaan ovat vastanneet ne terveyskeskukset, joissa lääkärin vastaanotto toimintaa tekevät sekä VVVES- että ei-VVVES –lääkärit. Tuloksista ei liioin tullut selville mihin ns. luonnollisen väestövastuun terveyskeskukset ovat vastanneet. Eli vastasivatko ne, että lääkärin vastaanotto toiminta on järjestetty ”Omalääkärijärjestelmä ei VVVES” –toimintatavan mukaisesti vai ”Ei omalääkärijärjestelmää lainkaan”.

Lääkärin vastaanotto toiminnassa väestö jaettiin kokonaan alueittain lähes joka toisessa terveyskeskuksessa (48 %). Aluejako oli yleisintä Etelä-Suomessa (73 %:a tk:sta) ja harvinaisinta (32 %) Pohjois-Suomessa. Joka kymmenennessä terveyskeskuksessa oli osittainen aluejako (yhteistyöalueittainen vaihtelu 0 – 19 %) ja alle puolella (41 %) terveyskeskuksista ei ollut aluejakoa lainkaan.

Noin joka kolmannessa (31 %) terveyskeskuksissa, joissa oli aluejako tai omalääkärijärjestelmä VVVES käytössä, toimivat terveydenhoitajat kokonaan lääkäreiden ohella väestövastuisesti. Kuitenkin useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa (56 %) terveydenhoitajat toimivat väestövastuujärjestelmässä osittain. Kotisairaanhoidon sairaan- ja terveydenhoitajat toimivat useammin väestövastuujärjestelmässä, sillä 64 % terveyskeskuksen mukaan he toimivat siinä kokonaan ja noin kolmanneksen (31 %) mukaan osittain.



**Taulukko 11:** Väestövastuu virkaehtosopimus –toimintamenetelmän käyttö lääkärin vastaanotto toiminnassa.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa käytössä lääkärin vastaanotto toiminnassa omalääkärijärjestelmä VV VES –toimintamenetelmä (%).	62	35	42	36	20	39	3

VV VES= väestövastuu virkaehtosopimus

Keskimäärin 13 % terveyskeskuksista siirtyi 1.5.1998 – 19.8.2001 aikana väestövastuiseen toimintatapaan (Taulukko 12). Yhteistyöalueista Länsi-Suomessa otettiin tuolloin muita alueita useimmin väestövastuu käyttöön.

**Taulukko 12:** Väestövastuu VES –toimintatapaan siirtyminen terveyskeskuksissa.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa siirryttiin väestövastuu VES –toimintatapaan 1.5.1998 – 19.8.2001 välisenä aikana (%).	17	23	11	14	7	13	1

**Toimenpide 9:** Terveyskeskuksissa lisätään iltavastaanottoja palvelun kysynnän mukaisesti

### Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomi asetti tavoitteekseen toimenpiteen mukaisesti kysynnän mukaisen iltavastaanottojen lisäämisen. Toimenpiteen kehittäminen liittyi Etelä-Suomen yhteistyöalueella kärkihankkeeseen ”Terveyskeskusten palvelukyvyn parantaminen”, jonka työmuotoina olivat työkokoukset, selvityksen tekeminen, seudulliset neuvottelut sekä kehittämisseminaarin järjestäminen. Länsi-Suomessa tehtiin selvitys iltavastaanottojen yleisyydestä. Siellä todettiin lähes jokaisen terveyskeskuksen tarjoavan iltavastaanottoja, eivätkä terveyskeskukset nähneet tarvetta iltavastaanottojen lisäämiseen.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli selvittää iltavastaanottojen tarve. Alueella selvitettiin asiakaskyselyllä iltavastaanottojen tarpeellisuutta ja vertaisraportointiseminaareissa keskusteltiin tavoista toteuttaa iltavastaanotot. Keski- ja Itä-Suomessa oli tavoitteena selvittää iltavastaanottojen tarve. Alueella seurattiin tilannetta. Pohjois-Suomen yhteistyöalue totesi, että kehittämistarvetta ei juurikaan ole vähäisen kysynnän

takia. Asiaa käsiteltiin väestövastuukoulutuksessa ja terveyskeskuskierroksella.

### Tilanne terveyskeskuksissa

Terveyskeskuskyselyllä kartoitettiin iltavastaanottojen tilannetta kysymyksillä, jotka liittyivät lääkärin ja muiden ammattiryhmien iltavastaanottojen tarpeellisuuteen sekä iltavastaanottojen tarjontaan (Liite 4 ja 5, kysymykset 1 – 4).

Keskimäärin 38 %:lla terveyskeskuksista oli jossain muodossa lääkärin iltavastaanotto (esim. iltavastaanottoajat, ajanvarausasiakkaita päivystyksen yhteydessä, tarvittaessa), yleisimmin Länsi-Suomessa (54 %) ja harvimminkin Keski- ja Itä-Suomessa (25 %) (Taulukko 13). Joka neljännellä terveyskeskuksella oli hoitajan iltavastaanotto ilman lääkärin iltavastaanottoa (mukana myös neuvolan ja hammashoitolan iltavastaanotot). Yhteistyöalueittainen vaihtelu oli Etelä-Suomen 16 %:sta Sisä-Suomen ja Pohjanmaan 30 %:iin.

Lähes joka toinen (47 %) terveyskeskus oli selvittänyt tarvetta lääkärin iltavastaanottoihin (esim. kyselyllä, asiakaspalautteella, vakiintuneella iltavastaanotto toiminnalla). Useimmin tarve oli selvitetty Etelä-Suomessa (67 %:a tk:sta) ja harvimminkin Länsi-Suomessa (19 %). Niistä terveyskeskuksista, jotka olivat selvittäneet lääkärin iltavastaanottotarpeen (n=96), todettiin kahdessa kolmesta (n= 64) tarvetta lääkärin iltavastaanottojen lisäämiseen. Kolmasosassa terveyskeskuksista ei todettu tarvetta lääkärin iltavastaanottoihin. Iltavastaanottojen tarve oli selvitetty keskimäärin vuonna 1998 (vaihteluväli 1990 – 2001).

**Taulukko 13:** Lääkärin iltavastaanotot.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joilla lääkärin iltavastaanottoja (%).	49	54	42	25	27	38	10

Iltavastaanottojen tarjonnassa ei tapahtunut TH 2000-luvulle –hankkeen aikana muutosta, vaan se pysyi terveyskeskusten mukaan ennallaan (Taulukko 14). Eniten muutosta tapahtui Pohjois-Suomen yhteistyöalueella ja vähiten Länsi-Suomen alueella, jossa tilanne pysyi ennallaan.

**Taulukko 14:** TH2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos iltavastaanottojen tarjonnassa.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Muutos iltavastaanottojen tarjonnassa (ka).	0,14	0,00	0,10	0,11	0,18	0,11	8

Asteikko –1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

### **Yhteenveto: Terveyspalvelujen saatavuus**

Terveyspalvelujen saatavuuteen liittyvien toimenpiteiden osalta yhteistyöalueiden toiminta perustui lähinnä selvitysten tekemiseen ja tilanteen seurantaan. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella toimintatapa poikkesi muista ryhmistä siten, että siellä asiaa lähestyttiin asiakasnäkökulmasta. Asiakastyytyväisyystutkimusten tulosten rankkeeraus terveyskeskuksittain ja tiedottaminen lisäsivät keskustelua ja paineita korjata tilanne.

Jokainen yhteistyöalue mainitsi lääkäripulan haitanneen kehittämistoimintaa. Esimerkiksi Pohjois-Suomen väestövastuuseen liittynyt kärkihanke ei toteutunut tavoitteen mukaisesti voimistuneen lääkäripulan takia. Lääkäripula haittasi myös asetettujen toimenpiteiden tavoitteiden saavuttamista lähes kaikilla yhteistyöalueilla. Varsinkin väestövastuuseen ja lääkärille kolmessa päivässä hoitoon pääsyyn liittyvien toimenpiteiden tavoitteita ei saavutettu. Niitä osin muutettiin tai todettiin epärealistisiksi saavuttaa.

Lääkärille hoitoon pääsy kolmessa päivässä vaihteli merkittävästi sekä yhteistyöalueiden että niiden terveyseskkusten välillä, jotka joko toimivat tai eivät toimineet omalääkärijärjestelmä väestövastuu VES –toimintamenetelmän mukaisesti. Yhteistyöalueista Etelä-Suomessa oli vähiten ja Länsi-Suomessa eniten lääkäreitä, joille pääsi kolmessa päivässä hoitoon. Etelä-Suomen yhteistyöalueella 20 %:lle omalääkäreistä ja 5 %:lle muista lääkäreistä pääsi kolmen päivän sisällä hoitoon. Vastaavasti Länsi-Suomessa 61 %:lle omalääkäreistä ja 29 %:lle muista lääkäreistä pääsi kolmessa päivässä hoitoon.

Terveyskeskuksissa, joissa lääkärin vastaanotto toiminta oli järjestetty omalääkärijärjestelmänä väestövastuu VES –toimintamallin mukaisesti, pääsi selvästi useammalle lääkärille (44 %:lle) kolmen päivän sisällä hoitoon kuin muissa terveyseskköksissä (10 %:lle). Vaikka pienissä terveyseskköksissä oli suuria ja keskisuuria terveyseskköksiä harvemmin järjestetty lääkärin vastaanotto toiminta väestövastuu VES -toimintatavan mukaisesti, ei hoitoon pääsystä lääkärin vastaanotolle kolmessa päivässä ilmennyt tilastollista eroavaisuutta terveyseskkösten koon mukaan.

Terveyskeskuskysely antoi vain välillistä tietoa lähetteen käsittelystä erikoissairaanhoidon sairaalasta. Tarkka lähetteen käsittelyajan selvittäminen olisi vaatinut kyselyä sairaanhoitopiireille. Terveyskeskuskyselyllä ei myöskään selvitetty sitä, olisiko terveyskeskusten yleensäkin tarpeen tietää lähetteen käsittelystä tarkemmin. Terveyskeskuskyselyn mukaan vain 14 % terveyskeskuksista sai palautteen lähetteen käsittelystä erikoissairaanhoidon sairaalasta niiden potilaiden osalta, jotka saivat ajan. Yli puolet terveyskeskuksista (59 %) eivät palautetta saaneet. Tämä osoittaa, että terveyskeskukset eivät tienneet lähetteen käsittelyn (ja potilaan ajan saamisen) nopeutta. On line –tieto sairaalan ja terveyskeskuksen välillä lisäisi todennäköisesti palautteiden saamista. Yhteinen sähköinen tietoverkko mahdollistaisi välittömän tiedonkulun tältäkin osalta.

TH 2000-luvulle –hankkeen aikana ei tapahtunut juurikaan muutosta hoidon saatavuudessa; iltavastanottojen tarjonta pysyi ennallaan, hoitoon pääsy kolmessa päivässä hieman huonontui ja väestövastuuseen siirtyi ainoastaan 13 % terveyskeskuksista. Lisäksi palautteen saaminen ei-kiireellisen lähetteen käsittelystä sairaalassa lisääntyi vain hieman.

#### **4.2.4 Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen:**

##### ***Terveyspalveluiden toimivuuden parantaminen***

**Toimenpide 10:** Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sovitaan työnjaosta ja sopimusmenettelystä

#### **Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta**

Etelä-Suomen tavoitteena oli toimenpiteen mukaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaosta ja sopimusmenettelystä sopiminen. Toimenpiteen kehittäminen keskittyi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhdistämisen mukana tuomaan muutokseen. Uuden sairaanhoitopiirin synnyttyä otettiin käyttöön uusi sopimusjärjestelmä, joka perustui kuntien ja sairaanhoitopiirien yhteiseen terveysuunnitteluun, jonka suunnittelun pohjaksi aloitettiin kuntaprofiilihanke. Myös Kymenlaaksossa käynnistyi sopimusohjauskokeilu.

Länsi-Suomessa yhteistyöryhmä näki päällekkäisyyksien purkamisen, työnjaon ja sopimusmenettelyn kehittämisen keskeisimmäksi ohjelman tavoitteista. Yhteistyöryhmä seurasi aktiivisesti kuntien ja kuntayhtymien käynnistämää rakennusmuutostyötä, jossa terveydenhuoltoa tarkasteltiin osan sosiaalipalveluiden kanssa yhtenä kokonaisuutena, ja resursseja ja palveluja koskevat päätökset tehdään yhdensuuntaisina sairaanhoitopiireissä, terveyskeskuksissa ja kunnissa. Keskeisimmäksi nousi suurimman kaupungin (Turku ja Pori) ja sairaanhoitopiirien palveluiden yhteensovittamisessa.

Keski- ja Itä-Suomessa tavoite oli Etelä-Suomen ohella toimenpiteen mukaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaosta ja sopimusmenettelystä sopiminen. Yhteistyöryhmä koordinoi asian aluetyöryhmi- en kautta. Neljästä aluetyöryhmästä yhdellä oli sopimusmenettelyyn liittyvä ja yhdellä työnjaon kehittämiseen liittyvä hanke. Keski-Suomen sairaan- hoitopiirissä otettiin käyttöön sopimusmenettely ja Pohjois-Savon aluetyö- ryhmä selvitti Kuopion yliopistollisen sairaalan ja aluesairaaloiden välistä työnjakoa.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmän tavoitteena oli seurata sopi- muskokeiluja ja tiedottaa sairaanhoitopiirin ratkaisusta. Alueellinen yh- teistyöryhmä seurasi aktiivisesti kehitystä ja kävi kriittisiä keskustelua ai- heesta. Keskustelut lisäsivät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ymmärrystä yhteistyön merkityksestä sekä johtivat sairaanhoitopiireissä käytännön toimiin.

Pohjois-Suomi ilmoitti kehittämistarvetta esiintyneen jonkin verran. Poh- jois-Suomessa toimenpide liittyi kärkihankkeeseen ”Pohjois-Suomen ter- veydenhuollon toimiva palveluverkko”, johon liittyi palvelurakenneselvitys ja sen pohjalta valmisteltu organisointimallit erikoissairaanhoidon sekä lähi- ja seutupalveluihin. Lisäksi hanke liittyi osittain hoito-ohjelmiin liitty- vään kärkihankkeeseen. Aihetta käsiteltiin myös terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelun yhteydessä.

### Tilanne terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelussa

Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskyselyllä kartoitettiin käytössä olleita sopimusmenettelyjä, niiden kattavuutta sekä hyödyllisyyttä terveystieteiden kannalta (Liite 4 ja 5, kysymykset 38 – 40).

Alle kolmasosalla (29 %) terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelusta oli käytössä sopimusmenette- ly, jossa sovittiin tarkasti palvelujen määrä ja hinta (Taulukko 15). Eroavuus yhteistyöalueiden välillä oli merkitsevä ( $p < 0,001$ ). Alueellisia eroja esiintyi myös silloin, kun sopimusmenettelynä oli kuntakierros ilman sopimista. Tämä tapa oli käytössä keskimäärin kolmanneksella (32 %) terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelusta ja se oli selvästi yleisimmin Länsi-Suomessa (62 %:a terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelusta) ja harvimmalla Etelä-Suomessa (13 %).

**Taulukko 15:** Sopimusmenettelykäytännön tilanne terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelussa.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelut, joilla käytössä tarkasti palvelujen määrän ja hinnan määrittelevä sopimusmenettely (%).	32	4	51	34	5	29	7

Hankkeen aikana 29 terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskustelusta otti käyttöön sopimusmenettelytavan, jossa sovittiin tarkasti palvelujen määrä ja laatu. Useimmin se otettiin käyt- töön Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella (Taulukko 16).

**Taulukko 16:** Sopimusmenettelyn käyttöönotto TH 2000-luvulle –hankkeen aikana terveyskeskuksissa.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, jotka ottivat käyttöön sopimusmenettelytavan, joka määrittelee tarkasti palvelujen määrän ja hinnan (%).	5	0	19	34	2	14	7

## Toimenpide 11: Sairaanhoidopiireissä puretaan tarpeettomat päällekkäisyydet

### Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomi asetti tavoitteeksi toimenpideohjelman mukaisesti tarpeettomien päällekkäisyyksien purkamisen sairaanhoidopiireissä. Alueella selvitettiin terveyskeskusten päällekkäisyyksistä (päivystys, lääkehuolto). Lisäksi Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoidopiirit työstivät laajan selvityksen yhteistyömahdollisuuksista.

Länsi-Suomessa päällekkäisyyksien purkaminen nähtiin työnjaon ja sopimusmenettelyn kehittämisen ohella keskeisimmäksi ohjelman tavoitteeksi. Länsi-Suomen yhteistyöalueella kuntien ja kuntayhtymien käynnistämää rakennemuutostyötä seurattiin ja siitä keskusteltiin yhteistyöryhmän kokouksissa.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena on selvittää päällekkäisyydet sekä informoida toteutuneista hankkeista. Yhteistyöryhmä käsittelee kokouksissaan päällekkäisyyksien purkamiseen liittyviä selvityksiä. Keskustelu johti uusiin selvityksiin ja toimenpiteisiin eri sairaanhoidopiirien alueella.

Keski- ja Itä-Suomi toimi aluetyöryhmien kautta. Kehittämissuunnitelmassa oli jokaisella neljällä aluetyöryhmillä omat tavoitteensa ja hankkeensa päällekkäisyyksien purkamisessa. Ne liittyivät mm. päivystykseen, laboratorio- ja radiologiseen toimintaan. Etelä- ja Itä-Savon sairaanhoidopiirien yhteinen hanke päällekkäisyyksien purkamisesta ei toteutunut.

Pohjois-Suomen mukaan alueella on selvää kehitystarvetta ja tarkastelussa otettava huomioon koko palveluketju. Pohjois-Suomessa toimenpide liittyi ”Pohjois-Suomen terveydenhuollon toimiva palveluverkko” –kärkihankkeeseen. Siihen sisältyneen terveydenhuollon organisaatioille kohdistetun palvelurakennekyselyn pohjalta työryhmä valmisteli organisointimallit erikoissairaanhoidoon sekä lähi- ja seutupalveluille.

## Tilanne terveyskeskuksissa

Terveyskeskuskyselyllä kartoitettiin terveyskeskuksen toimintaan oleellisesti vaikuttavia päällekkäisyyksien purkamista vuosina 1999 – 2000 (Liite 4 ja 5, kysymykset 41 – 42).

Keskimäärin joka kolmannen terveyskeskuksen mukaan sairaanhoitopiirissä oli TH 2000-luvulle –hankkeen aikana terveyskeskuksen toimintaan oleellisesti vaikuttavia toimintojen päällekkäisyyksien purkamista (Taulukko 17).

**Taulukko 17:** Terveyskeskusten toimintaan vaikuttavien päällekkäisyyksien purkamisen.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joiden sairaanhoitopiirien alueella toteutettiin terveyskeskuksen toimintaan oleellisesti vaikuttavia päällekkäisyyksien purkamista vuosina 1999 – 2001 (%).	30	27	40	32	37	34	6

**Toimenpide 12:** Sairaanhoitopiireissä varmistetaan alueellisen lähete- ja palautekäytännön sekä muun hoitoon liittyvän tiedonkulun toimivuus

## Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomi asetti tavoitteeksi toimenpiteen mukaisesti alueellisen lähete- ja palautekäytännön sekä muun hoitoon liittyvän tiedonkulun toimivuuden varmistamisen sairaanhoitopiireissä. Alueella tehtiin tilanteesta kartoitus, jossa todettiin useimmissa terveyskeskuksissa tehtävän kehittämistyötä sairaanhoitopiirin kanssa.

Länsi-Suomen yhteistyöalueella tavoitteena oli kehittää sairaanhoitopiireissä toimiva lähete- ja palautekäytännön seurantajärjestelmä. Länsi-Suomen yhteistyöalueella pitäydettiin seuraamaan Makropilotti –hankkeessa tapahtuvaa kehittämistyötä, eikä yhteistyöryhmä nähnyt tarkoituksenmukaisena rakentaa omia selvitysprojekteja tiedonkulun osalta.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueen tavoitteeksi asetettiin tiedonkulun ongelmien selvittäminen ja yhteisten keinojen löytäminen tiedonkulun parantamiseksi. Alueella toteutetun selvitystyön mukaan terveydenhuollon yksiköiden tekemät tiedonsiirtoratkaisut sitoivat toimijoita niin, että yhteistyön edellytykset esim. sairaanhoitopiirin kesken olivat vähäiset. Alueellinen yhteistyöryhmä tyytyi seuraamaan tilannetta ja odottamaan ratkaisujen kypsymistä.

Keski- ja Itä-Suomen tavoite oli Etelä-Suomen alueen lailla toimenpiteen mukainen; alueellisen lähete- ja palautekäytännön sekä muun hoitoon liittyvän tiedonkulun toimivuuden varmistamisen sairaanhoitopiireissä. Lisäksi tavoitteena oli valmistella sähköiset lähete- ja palautejärjestelmät ja konsultaatiot kaikissa sairaanhoitopiireissä. Yhteistyöalueella toiminta keskittyi alueellisten työryhmien hankkeisiin, joita oli omansa jokaisessa aluetyöryhmässä.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueella todettiin tilanne tyydyttäväksi eikä selkeää kehittämistarvetta todettu. Alueella oli käynnissä runsaasti erillisiä tietotekniikkaan liittyviä kehittämishankkeita. Tietohuolto nostettiin alueen yhdeksi kärkihankkeeksi, ja sen tuloksena valmistui Pohjois-Suomen sairaanhoitopiireissä vuosina 2000 - 2006 toteutettava tietohuoltostrategia pohjaksi kunkin sairaanhoitopiirin strategialle. Se sisältää yhteisesti sovitut keskeiset asiat sairaanhoitopiirien kehittämisstrategioissa, tietotekniikalle asetettavat vaatimukset sekä vuosina 2000 - 2006 tietohuollon asiakokonaisuuksien toteuttamisjärjestyksen.

### **Tilanne terveyskeskuksissa**

Terveyskeskuskyselyssä oli runsaasti tiedonkulkuun liittyviä kysymyksiä, sillä tämän aineiston pohjalta StakesTieto teki selvityksen potilastietojärjestelmistä. Kysymykset liittyivät palautteen saamiseen erikoissairaanhoidon sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista, potilastietojärjestelmään, sähköiseen potilastietojärjestelmien yhteyteen sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen välillä, avohoitokäyntien kirjaamisen luokitukseen, poimintojen ja hoidon seurannan tunnisteen käyttöön, lääkäreiden internet-yhteyden sekä Terveysportin ja yleislääkärin CD-ROM käsikirjan käyttöön. (Liite 4 ja 5, kysymykset 13 – 28)

Alle puolet (40 %) terveyskeskuksista sai erikoissairaanhoidon sairaalaan lähetetystä potilaasta säännöllisesti palautteen sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista (Taulukko 18). Palaute saapui hoidon päättymisen jälkeen keskimäärin 2,6 viikon kuluttua. Yhdenkään terveyskeskuksen mukaan palautetta ei tullut lainkaan tai se tuli erittäin harvoin.

Sähköinen potilastietojärjestelmä oli käytössä 91 %:lla terveyskeskuksista, 6 %:lla suunnitteilla ja 2 %:lla käyttöönottovaiheessa. Ainoastaan yhdellä terveyskeskuksella ei ollut sähköistä potilastietojärjestelmää eikä suunnitelmia sen käyttöönotosta. Terveyskeskukset olivat ottaneet sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöön keskimäärin vuonna 1995 (vaihteluväli 1975 – 2001). Etelä-Suomen yhteistyöalueella se oli otettu keskimääräistä aiemmin käyttöön.

Joka toisella terveyskeskuksella oli sairaanhoitopiirin kanssa sähköinen tietojärjestelmien välinen yhteys. Hieman yli neljäsosa (27 %) suunnitteli yhteyden käyttöönottoa ja hieman yli viidesosalla (22 %) yhteyttä ei ollut (1 % jätti vastaamatta kysymykseen). Etelä-Suomen yhteistyöalueella oli eniten terveyskeskuksia, joilla oli sairaanhoitopiirin kanssa yhteys (65 %) sekä



sellaisia, joilla ei ollut (32 %). Pohjois-Suomen yhteistyöalueella noin joka toisella (51 %) terveyskeskuksella oli suunnitteilla yhteyden käyttöönotto, ja siellä oli myös vähiten terveyskeskuksia, jotka ilmoittivat ettei yhteyttä ole (7 %). Alueellinen eroavuus tietojärjestelmien käytössä oli merkitsevä ( $p < 0,001$ ). Tietojärjestelmien tuloksia on esitetty kattavammin ja laajemmin erillisessä raportissa (8).

**Taulukko 18:** Säännöllisen palautteen saaminen erikoissairaanhoidosta.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, jotka saavat erikoissairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista säännöllisesti palautteen kaikilta erikoisaloilta (%).	46	31	42	30	46	40	2

Palautteen saaminen erikoissairaanhoidon sairaalaan lähetetyn potilaan tutkimuksista ja hoidoista parantui TH 2000-luvulle –hankkeen aikana kaikilla yhteistyöalueilla (Taulukko 19).

**Taulukko 19:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos palautteen saamisesta erikoissairaanhoidon sairaalaan lähetetyn potilaan sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Muutos palautteen saamisesta erikoissairaanhoidon sairaalaan lähetetyn potilaan sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista (ka).	0,35	0,48	0,45	0,58	0,46	0,47	2

Asteikko -1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

**Toimenpide 13:** Parannetaan hoitoketjun toimivuutta sekä sen saumakohtiin, kotiuttamiseen ja kuntoutukseen liittyviä käytäntöjä

### Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomen yhteistyöalueella tavoite oli toimenpiteen mukaisesti hoitoketjujen toimivuuden sekä sen saumakohtien, kotiuttamiseen ja kuntoutukseen liittyvien käytäntöjen, parantaminen. Yhteistyöryhmä kartoitti alueensa terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin yhteiset käytössä olevat hoitoketjut. Asiaa käytiin myös läpi seudullisissa neuvotteluissa.

Länsi-Suomessa tavoitteena oli alueellisten hoito-ohjelmien kehittäminen terveyskeskusten ja keskus/aluesairaalan tiiviillä yhteistyöllä. Yhteistyö-

ryhmä seurasi yleisesti alueella tapahtunutta sekä erityisesti Makropilotti – hankkeen kehittämistyötä. Yhteistyöryhmä ei nähnyt tarkoituksenmukaisena rakentaa omia selvitysprojekteja.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli selvittää hoitoketjujen toimivuutta ja tiedottaa hyvistä käytännöistä. Alueellisen yhteistyöryhmän kokouksissa esiteltiin toimivia käytäntöjä sekä laatuverkoston seminaareissa malliratkaisuja. Näiden pohjalta tuotettiin esimerkkimateriaalia toimipaikkakoulutusverkostoon. Vertaisraportointiseminaareissa vaihdettiin kokemuksia.

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueilla tavoitteena oli toimenpiteen mukainen hoitoketjujen toimivuuden sekä sen saumakohtien, kotiuttamiseen ja kuntoutukseen liittyvien käytäntöjen, parantaminen. Toiminta tapahtui alue-työryhmissä. Alueilla käynnistyi neljä erillistä kehittämishanketta, jotka painottuivat palvelu- ja hoitoketjujen sekä pitkäaikaissairaanhoidon toimivuuteen, kuljetuspalvelujen sekä telematiikan hyödyntämiseen.

Pohjois-Suomessa tilanne todettiin tyydyttäväksi ja siellä todettiin kehittämistarvetta jonkin verran. Yhteistyöalueen toiminta liittyi kärkihankkeisiin Palvelujen laatu sekä pohjoissuomalaiset hoito-ohjelmat. Terveyskeskuskierroksilla käsiteltiin erikoissairaanhoidosta kotiuttamista ja hoitoketjujen toimivuutta sekä hoidon porrastusta.

### Tilanne terveyskeskuksissa

Terveyskeskuskyselyllä kartoitettiin hoito- ja/tai palveluketjujen käyttöä ja kehittämistä (Liite 4 ja 5, kysymykset 33 – 37). Olemassa olevia hoito- ja/tai palveluketjuja oli tunnistettu ja selvitetty noin kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista (77 %), yhteistyöalueista useimmin Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla (84 %) ja harvimminkin Keski- ja Itä-Suomessa (71 %). Viidesosalla terveyskeskuksista hoitoketjuja ei oltu selvitetty.

Terveyskeskusten mukaan diabetespotilaiden hoitoon oli kehitetty yleisimin hoito- ja/tai palveluketjuja (Taulukko 20). Vanhusten hoitoketjut oli otettu keskimäärin vuotta aiemmin käyttöön (mediaani 1998) kuin diabetes- ja mielenterveyspotilaiden hoitoketjut (mediaani 1999).

**Taulukko 20:** Terveyskeskusten osuus (%), joissa on käytössä diabetes- ja mielenterveyspotilaiden sekä vanhusten hoitoketju.

HOITOKETJU	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Diabetespotilaat	35	46	58	46	63	51	35
Mielenterveyspotilaat	22	27	42	27	42	33	45
Vanhukset	30	31	44	30	39	36	44

Kotisairaanhoidon tulo tietä asiakkaan kotiutuksesta useammin terveyskeskuksen kuin erikoissairaanhoidon sairaalasta (Taulukko 21). Yhteistyöalueiden välillä selkeämmät erot tulivat esille asiakkaan kotiutuessa terveyskeskuksen sairaalasta. Pohjois-Suomessa selvästi alle puolet terveyskeskuksista ilmoitti, että yli 60 % asiakkaista tieto tulee kahden päivän sisällä kotisairaanhoidon. Siellä kysymykseen vastaamatta jättäneiden osuus oli kuitenkin keskimääräistä korkeampi (29 %).

**Taulukko 21:** Terveyskeskusten osuus (%), joissa yli 60 % asiakkaista tieto tulee 1-2 päivää ennen kotiutusta erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen sairaalasta kotisairaanhoidon.

SAIRAALA, JOSTA TIETO KOTISAIRAANHOITOON	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Erikoissairaanhoidon sairaala	46	54	47	43	32	44	19
Terveyskeskuksen sairaala	62	77	72	55	39	61	17

Hoito- ja palveluketjujen toiminnassa tapahtui positiivista muutosta hankkeen aikana kaikilla yhteistyöalueilla (Taulukko 22). Muutosta mitattiin hoito- ja palveluketjujen sekä kotiutuksen osalta. Terveyskeskuksilta kysyttiin seuraavien hoito- ja palveluketjuun liittyvistä tekijöistä: asiakkaan osallistuminen hoitoketjun suunnitteluun, asiakkaan saama palvelu, tiedon kulku ja –saanti, yhteistyö (ammattiryhmien ja organisaatioiden), vastuun määrittäminen (asiakkaan, eri toimijoiden). Yhteistyöalueilla tapahtui niiden suhteen selvää muutosta (ka 0,70).

TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtui hieman enemmän positiivista muutosta terveyskeskuksen sairaalasta (ka 0,62) kotiutetun asiakkaan tiedon välittämisessä kotisairaanhoidon kuin erikoissairaanhoidon sairaalasta (ka=0,47).

**Taulukko 22:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos hoitoketjujen toiminnassa sekä kotiutetun asiakkaan tiedon välittämisessä kotisairaanhoidon.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto Puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Hoitoketjujen toiminnassa sekä kotiutetun asiakkaan tiedon välittämisessä kotisairaanhoidon tapahtunut muutos (ka).	0,60	0,55	0,58	0,68	0,56	0,60	13

Asteikko –1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

### **Yhteenvedo: palvelujen toimivuus**

Palvelurakenteen yhteensovittamiseen liittyvien toimenpiteiden kehittäminen oli alueilla aktiivista. Lähes jokaisella yhteistyöalueella tehtiin selvityksiä päällekkäisyyksistä, tietojärjestelmistä sekä hoito- ja palveluketjuista. Alueiden yhteistyöryhmät eivät itse osallistuneet kovinkaan aktiivisesti kehittämistyöhön, vaan lähinnä seurasivat tilannetta ja keskustelivat erilaisista toimintatavoista. Esimerkiksi Länsi-Suomessa yhteistyöryhmä pitäytyi seuraamaan Makropilotin etenemistä, eikä alkanut rakentaa omia kehittämissuunnitelmia. Ainoastaan Pohjois-Suomessa toteutettiin yhteistyöryhmän toimesta laaja palvelurakenteisiin liittyvä kehittämishanke, jossa selvitettiin lähi- sekä seutukohtaisia palvelutarpeita ja niiden toteuttamista.

Sopimusmenettelytavat eroavat yhteistyöalueiden välillä selvästi. Tarkasti palvelujen määrän ja hinnan määrittelevä sopimusmenettely oli yleisesti käytössä Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla sekä Keski- ja Itä-Suomessa ja harvoin käytössä Pohjois-Suomen ja Länsi-Suomen yhteistyöalueilla. Keski- ja Itä-Suomessa, jossa yhteistyöryhmä oli koordinoanut toiminnan kehittämisen aluetyöryhmille, tämä sopimusmalli otettiin muuta useammin käyttöön hankkeen aikana.

Sähköinen tietojärjestelmä oli yhtä terveystieteiden lukuun ottamatta kaikilla terveystieteiden keskuksilla joko käytössä, käyttöönottoaiheessa tai suunnitella. Vain joka toisella terveystieteiden keskuksella oli sairaanhoitopiirinsä kanssa sähköinen tietojärjestelmien välinen yhteys. Pohjois-Suomessa toteutettiin kärkihankkeena sairaanhoitopiirien yhteisen tietohuoltostrategian luominen. Pohjois-Suomen kehittämistyö näkyi tuloksissa siten, että siellä oli suhteellisesti eniten terveystieteiden keskuksia (51 %), jotka suunnittelivat terveystieteiden keskuksen ja sairaanhoitopiirin välisen sähköisen tietojärjestelmän käyttöönottoa.

Hoito- ja/tai palveluketjuja oli tunnistettu ja selvitetty noin kahdella kolmesta terveystieteiden keskuksista. Kuitenkin tämän hankkeen aikana yhteistyöalueilla ei aloitettu hoito- ja/tai palveluketjuihin liittyvää merkittävää toimintaa yhteistyöryhmän toimesta. Poikkeuksena oli Keski- ja Itä-Suomi, jossa aluetyöryhmissä aloitettiin useita kehittämishankkeita.

#### **4.2.5 Palvelurakenteen korjaaminen ja avohoidon vahvistaminen:**

##### ***Väestöryhmittäisten palvelujen uudistaminen***

**Toimenpide 14:** Lisätään kotona asumista ja potilaiden omatoimisuutta tukevia palvelumuotoja

## **Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta**

Etelä-Suomen yhteistyöalue ei huomioinut toimenpidettä alueensa kehittämissuunnitelmassa. Länsi-Suomessa yhteistyöryhmän tavoitteena oli aktiivoida säännöllinen seuranta ja informaatio-ohjauksen avulla alueensa sairaaloita, terveyskeskuksia, kuntia ja sidosryhmiä kotiin annettavien palveluiden ja asumisen kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon perusasiana. Alueella toteutettiin kunnille kysely koskien palveluasumisen ja välimuotoisten laitospaikkojen saatavuutta ja valintakriteerejä.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli välittää tietoa ja kokemuksia toimivista ratkaisuista. Alueellisen yhteistyöryhmän kokouksissa esiteltiin toimivia käytäntöjä ja laatuverkoston seminaarissa malliratkaisuja. Lisäksi vertaisraportointiseminaarissa käsiteltiin aihetta. Keski- ja Itä-Suomi toimi alueryhmiensä kautta, joissa toteutettiin mm. kotisairaala-toimintaan, palveluasumiseen ja kotikuntoutukseen liittyviä kehittämissuunnitelmia.

Pohjois-Suomessa todettiin tilanteen olleen hyvän ja kehittämistarvetta jonkin verran. Terveyskeskuskierröksellä keskusteltiin kotona asumista tukevista kuntien järjestämistä palvelumuodoista.

## **Tilanne terveyskeskuksissa**

Terveyskeskuskyselyllä kartoitettiin terveyskeskusten kotona asumisen ja potilaiden omatoimisuutta tukevien palvelumuotojen käyttöönottoa sekä kotiin annettaviin palveluihin käytettyä henkilötyövuosien määrän muutosta (Liite 4 ja 5, kysymykset 65 – 66).

Kotona asumista ja potilaiden omatoimisuutta tukevia palvelumuotoja kehitettiin tai otettiin käyttöön TH 2000-luvulle –hankkeen aikana noin kolme neljäsosassa (77 %) terveyskeskuksista. Yli kolme palvelumuotoa otettiin käyttöön 41 %:ssa terveyskeskuksista (Taulukko 24). Kotiuttamiseen sekä kotiin annettaviin palveluihin liittyviä kehittämishankkeita tai toimintojen käyttöönottoa esiintyi useammalla kuin joka toisella terveyskeskuksella (56 %). Näitä olivat mm. kotisairaanhoidossa tai kotipalveluissa tapahtuneet organisointi tai henkilöstön määrän muutokset. Omaishoitoon liittyviä kehittämishankkeita tai uusia palvelumuotoja (omaishoidon tuen lisäys, intervallihoitajaksot) toteutti 45 % terveyskeskuksista ja asuinympäristöön liittyviä 37 % terveyskeskuksista (asunnon muutostyöt, apuvälineet).

**Taulukko 23:** Potilaiden omatoimisuuteen ja kotona asumiseen liittyvä kehittämis-toiminta.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa otettiin TH 2000-luvulle –hankkeen aikana käyttöön enemmän kuin kolme (annetuista vaihtoehtoista*) kotona asumiseen ja potilaiden omatoimisuutta tukevaa palvelumuotoa tai toteutettu niihin liittyviä kehittämishankkeita (%).	38	35	33	50	49	41	12

\* asuinympäristöön, kotiuttamiseen, kotiin annettavien palveluiden, omaishoittoon , muuhun toimintaan liittyvä kehittämistoiminta

Kotiin annettaviin palveluihin käytetty henkilötöyvuosien määrä on terveyskeskuksista 40 %:n mukaan parantunut ja 39 %:n mukaan pysynyt ennallaan. Ainoastaan 4 %:n mukaan sen on huonontunut. Tieto puuttuu 17 %:lta vastaajista sisältäen kysymykseen vastaamattomat sekä ne terveyskeskukset, jotka vastasivat sekä huonontunut että parantunut vaihtoehtoihin. (Taulukko 24)

**Taulukko 24:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos kotiin annettavien palveluiden käytetyssä henkilötöyvuosien määrässä.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Kotiin annettavien palveluiden käytetyn henkilötöyvuosien määrän muutos (ka.).	0,70	0,29	0,38	0,48	0,26	0,42	17

Asteikko -1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

**Toimenpide 15:** Laajennetaan neuvola- ja muuta eri hallintokuntien toimintaa vanhusten-huoltoon, varhaisnuorille ja nuorille aikuisille sekä eri aikuisryhmille

### Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomen, Länsi-Suomen sekä Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueilla ei toimenpidettä huomioitu kehittämissuunnitelmassa.

Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla tavoitteena oli tiedon ja kokemusten välittäminen toimivista ratkaisuista. Alueellisen yhteistyöryhmän kokouksissa esiteltiin toimivia käytäntöjä ja laatuverkoston seminaareissa malliratkaisuja. Lisäksi toimipaikkakoulutusverkoston sisältömateriaaliin toimitettiin

esimerkkimateriaalia ja vertaisraportointiseminaareissa vaihdettiin kokemuksia.

Pohjois-Suomessa todettiin kehittämistarvetta olleen jonkin verran, varsinkin lasten ja nuorten palveluista. Alueella otettiin lasten ja nuorten terveys yhdeksi kärkihankkeeksi. Tavoitteena oli verkostoitua ja nostaa esille lasten ja nuorten asioita kuntien hyvinvointiohjelmaa laadittaessa. Asiaa käsiteltiin seminaareissa, koulutustilaisuuksissa sekä terveyskeskuskierröksellä

### Tilanne terveyskeskuksissa

Terveyskeskuksista 41 % tarjosi neuvola- tai muuta eri hallintokuntien toimintaa jollekin muulle väestöryhmälle kuin äidit ja lapset. Näitä olivat esimerkiksi ehkäisyneuvola nuorille, aikuisneuvola työikäisille ja vanhusneuvola ikääntyneille sekä työttömien terveydenhuolto. Eniten toimintaa oli Pohjois-Suomessa (54 %:a terveyskeskuksista) ja vähiten Länsi-Suomessa (27 %). Noin joka toinen (51 %) Etelä-Suomen yhteistyöalueen terveyskeskus ei tarjonnut neuvolatoimintaa muille väestöryhmille. Pohjois-Suomen yhteistyöalueella näitä terveyskeskuksia oli yhteistyöalueista vähiten (32 %). Kaikista terveyskeskuksista 16 % tarjosi neuvolatoimintaa kolmelle tai useammalle muulle väestöryhmälle kuin lapset ja äidit (Taulukko 25).

**Taulukko 25:** Neuvolatoiminnan kehittäminen.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa tarjotaan neuvola- tai muuta eri hallintokuntien toimintaa kolmelle tai useammalle muulle väestöryhmälle kuin lapset ja äidit (%).	8	12	18	11	29	16	49

Terveyskeskuksista 13 % ilmoitti muiden kuin äitien ja lasten neuvolatoiminnan alkaneen hankkeen aikana (Taulukko 26). Suhteellisesti eniten näitä terveyskeskuksia oli Etelä-Suomessa, jossa 19 % terveyskeskuksista aloitti neuvolatoiminnan hankkeen aikana.

**Taulukko 26:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos neuvolatoiminnassa.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa aloitettiin TH 2000-luvulle –hankkeen aikana neuvola- tai muu eri hallintokuntien tarjoama palvelu muille väestöryhmille kuin äidit ja lapset (%).	19	12	12	9	12	13	0

## **Toimenpide 16:** Yhteensovitetaan mielenterveyspalvelut alueellisesti ja paikallisesti

### **Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta**

Etelä-Suomen yhteistyöryhmän tavoitteena oli Mielekäs Elämä –ohjelman mukaisesti asiakkaan oman elämänhallinnan kehittäminen sekä mielenterveyspalvelujen monipuolistaminen ja lisääminen tarpeen edellyttämällä tavalla. Mielenterveyspotilaiden kuntoutumista pyrittiin edistämään selkiyttämällä työnjakoa ja hoitovastuuta kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä sekä perustamalla avohuollon yksiköitä, joiden toimintaan on kytketty järjestöjen ja potilaiden toimintaa. Alueella keskityttiin lasten ja nuorten mielenterveyden kehittämiseen, jota varten perustettiin työryhmä. Toiminnan puitteissa järjestettiin useita tilaisuuksia, jotka liittyivät oppilashuoltoon sekä mm. mielenterveyden laatusuositukseen. Lisäksi valmistettiin oppilashuollon malleista julkaisu sekä koulutuspaketti. Myös kunnissa käynnistyi laajaa toimintaa, joissa kehitettiin oppilashuoltojärjestelmää. Terveyskeskusten palvelukyky –työryhmä järjesti terveyspalvelujen kehittämisseminaarin, jonka yhtenä pääaiheena oli mielenterveyspalvelut.

Länsi-Suomessa yhteistyöalueen yhteistyöryhmä suositti jokaisen alueensa kunnan laatimaan mielenterveyden palvelu- ja resurssisuunnitelman. Lisäksi yhteistyöryhmä kannatti psykiatrisen avohoidon järjestämistä siten, että terveyskeskusten, sairaanhoitopiirin avopsykiatrisen sekä kasvatus- ja perheneuvoloiden henkilöstö tekevät kiinteää yhteistyötä. Alueella selvitetiin kunnille suunnatulla kyselyllä miten laajasti mielenterveyden kokonaisuunnitelmia on laadittu. Sairaanhoitopiireittäin järjestettiin Mielekäs Elämä –suositukseen liittyvät alueelliset koulutus- ja neuvottelupäivät. Lastenpsykiatrisen erillismäärärahalta aloitettuja projekteja seurattiin.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli selvittää käytännöt ja välittää tietoa ja kokemuksia toimivista ratkaisuista. Alueellisen yhteistyöryhmän kokouksissa esiteltiin toimivia käytäntöjä ja niihin liittyvää selvitystyötä. Asiasta järjestettiin yhteistyössä Pirkanmaan osaamiskeskushankkeen kanssa laaja mielenterveyden seminaari. Toimipaikkakoulutusverkoston sisältömaterialiin tuotettiin esimerkkimateriaalia. Lisäksi terveyskeskusten vertaisraportointiseminaareissa vaihdettiin kokemuksia aiheesta.

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella tavoitteiden asettelu ja toiminta tapahtui aluetyöryhmien kautta. Pohjois-Savon aluetyöryhmä asetti tavoitteeseen aikuispotilaiden mielenterveyden hoitoon ja kuntoutuksen liittyvän paikallisen hoitomallin toteuttamisen. Sen saavuttamiseksi käynnistettiin Kuopion kaupungin ja Pohjois-Savon yhteistyöhanke mielenterveyspotilaiden (aikuishoidot) hoidon ja kuntoutuksen parantamiseksi, jonka puitteissa työstettiin aikuispotilaan masennuksen hoidon paikallinen hoitomalli. Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueen muissa sairaanhoitopiireissä toteutettiin



paikallisia kehittämishankkeita sekä Mielekäs Elämä –hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

Pohjois-Suomessa tilanne todettiin tyydyttäväksi ja kehittämistarpeen suhteellisen vähäiseksi. Yhteistyöryhmä asetti työryhmän selvittämään mielenterveyspalvelujen tilannetta ja erityisesti terveyskeskuslääkäreiden koulutustarpeita mielenterveystyössä. Työryhmä järjesti kutsuseminaarin sekä laati selvityksen, joka sisälsi mm. mielenterveyspalveluita ja psykiatrasta hoitoa koskevia suosituksia. Alueella oli jonkin verran yhteistyötä Mielekäs Elämä –hankkeen kanssa.

### Tilanne terveyskeskuksissa

Mielenterveyspalveluita kartoitettiin terveyskeskuskyselyssä kysymyksillä, jotka liittyivät mm. mielenterveyspalveluiden järjestämistapaan ja työnjaon kehittämisen menetelmiin sekä yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa (Liite 4 ja 5, kysymykset 51 – 58).

Mielenterveyspalveluiden järjestämistapa muuttui hankkeen aikana hieman sairaanhoitopiirin toiminnasta terveyskeskuksen toiminnan suuntaan. Mielenterveyspalveluiden järjestämistapa oli terveyskeskuspainotteisempaa Keski- ja Itä-Suomen sekä Pohjois-Suomen yhteistyöalueilla (Taulukko 27). Ero yhteistyöalueiden välillä oli merkittävää ( $p < 0,001$ ).

Lähes joka toisessa (46 %) terveyskeskuksessa mielenterveystoimisto oli hallinnollisesti liitetty terveyskeskukseen. Useimmin näin oli Pohjois-Suomen (78 %:a terveyskeskuksista) sekä Keski- ja Itä-Suomen (73 %) yhteistyöalueilla ja harvimminkin Länsi-Suomessa (15 %). Lähes kolmannessa Etelä-Suomen (30 %) sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan (28 %) yhteistyöalueen terveyskeskuksista mielenterveystoimisto oli hallinnollisesti liitetty terveyskeskuksen yhteyteen. Alueellinen eroavuus oli merkitsevä ( $p < 0,001$ ).

**Taulukko 27:** Mielenterveyspalveluiden pääasiallinen järjestämistapa terveyskeskuksissa vuosina 1998 ja 2001.

MT PALVELU- JEN PÄÄASI- ALLINEN JÄRJESTÄ- MISTAPA (%)	YHTEISTYÖALUE										YHT. KESKI- ARVO	
	E-S		L-S		S-SP		KI-S		P-S		1998	2001
	1998	2001	1998	2001	1998	2001	1998	2001	1998	2001		
Sairaanhoitopiirin toimintana	54	35	46	39	63	47	16	9	10	2	40	27
Terveyskeskuksen toimintana	14	16	12	12	18	25	36	41	42	46	25	29
Sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen toimintana	32	43	35	42	25	32	46	46	44	46	36	41
Muulla tavalla	5	8	0	0	2	5	0	2	2	5	2	4

Ainoastaan 12 %:lla terveyskeskuksista oli käytössä mielenterveystyön kokonaissuunnitelma. Kovin suurta eroa ei yhteistyöalueilla esiintynyt (vaihteluväli 7 –19 %). Lähes kolmannes terveyskeskuksista (28 %) kuitenkin suunnitteli sen käyttöönottoa, useimmin Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella (39 %).

Terveyskeskuksilla oli eri mielenterveystyötä tuottavien tahojen kanssa vaihtelevasti säännöllistä yhteistyötä (Taulukko 28). Esimerkiksi sosiaalitoimen ja sairaanhoitopiirin kanssa oli useammalla kuin joka toisella terveyskeskuksella säännöllistä yhteistyötä, mutta yksityisten palvelun tuottajien kanssa sitä oli selvästi vähemmän, ja varsinkin potilasjärjestöjen kanssa. Niistä terveyskeskuksista, joissa mielenterveystoimisto ei ollut omaa toimintaa (n=115), useammalla kuin joka toisella (59 %:lla, n=68) oli säännöllistä yhteistyötä mielenterveystoimiston kanssa.

**Taulukko 28:** Mielenterveyspalveluita tuottavien tahojen välinen yhteistyö.

MIELENTERVEYSPALVELUITA TUOTTAVA TAHO, JONKA KANSSA TERVEYSKESKUKSELLA SÄÄNNÖLLISTÄ YHTEISTYÖTÄ (%).	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Mielenterveystoimisto (mikäli ei omana toimintana)	43	35	46	21	20	33	44
Sairaanhoitopiiri	57	23	46	68	76	56	7
Sosiaalitoimi	60	54	60	61	93	66	9
Yksityiset palvelujen tuottajat	32	8	25	27	42	28	10
Potilasjärjestöt	14	12	11	21	17	15	14

TH 2000-luvulle –hankkeen aikana terveyskeskuksen ja mielenterveystyötä tekevien tahojen välinen yhteistyö parani (Taulukko 29). Eniten parannusta yhteistyössä tapahtui sosiaalitoimen (ka 0,53 asteikolla –1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut) sekä sairaanhoitopiirin (ka 0,40) kanssa. Vähiten parantui yhteistyö potilasjärjestöjen kanssa (ka 0,22). Esille nousi Pohjois-Suomessa tapahtunut muutos, jossa muita yhteistyöryhmiä enemmän parantui yhteistyö sosiaalitoimen (ka 0,67) ja yksityisten palveluntuottajien (ka 0,40) kanssa, ja vähiten potilasjärjestöjen yhteistyössä (ka 0,09).

**Taulukko 29:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos mielenterveystyötä tuottavien tahojen välisessä yhteistyössä.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Muutos terveyskeskusten ja muiden mielenterveys-palveluita tuottavien tahojen välisessä yhteistyössä (ka).	0,34	0,39	0,39	0,43	0,38	0,39	7

Asteikko –1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

## **Toimenpide 17:** Integroidaan vapaaehtoistoiminta terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköiden toimintaan

### **Toimenpiteen tavoite ja kehittämistoiminta**

Etelä-Suomen yhteistyöalueella tavoitteena oli määritellä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä vapaaehtoistoimen asema hoitovastuun kantajina. Tavoitteena oli myös määritellä käsitteet yksityinen sektori ja kolmas sektori. Työryhmä valmisteli projektisuunnitelman järjestöjen ja muiden yksityisten palveluntuottajien laajuudesta, asemasta ja tulevaisuudennäkymistä julkisten palveluiden täydentäjänä. Hanke ei kuitenkaan käynnistynyt rahoitusvaikeuksien vuoksi.

Länsi-Suomen yhteistyöalueella tavoitteena oli, että yhteistyöryhmä kehoittaa lääninhallitusta järjestämään kolmannen sektorin kanssa Varsinais-Suomen ja Satakunnan kunnille suunnattua koulutustoimintaa. Alueella ei erityisiä kehittämistoimia tämän toimenpiteen osalta toteutettu.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli välittää tietoa toimivista yhteistyö-malleista sekä tehdä vapaaehtoistoiminnan käsitteitä ja laajuutta kartoittava perusselvitys. Tämä selvitys tehtiin Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä, ja sitä käsiteltiin alueellisessa yhteistyöryhmässä. Aiheesta tuotettiin esimerkkimateriaalia toimipaikkakoulutusverkoston sisältömateriaaliin. Terveyskeskusten vertaisraportointiseminaareissa vaihdettiin aihealueesta kokemuksia.

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella toiminta tapahtui aluetyöryhmien kautta, mutta kehittämis-suunnitelmassa ei ollut aiheeseen liittyviä aluetyöryhmien hankkeita. Yhteistyöalueella kehitettiin tukihenkilöverkosto nuorten huumepysäkkien yhteyteen. Alueella hyödynnettiin paikallisten yhdistysten toimintaa esim. saattohoidossa. Lisäksi päihdehuollossa osasta päihdehuollon kuntoutuksesta vastasi A-kilta.

Pohjois-Suomessa todettiin tilanne korkeintaan tyydyttäväksi ja siellä nähtiin huomattavasti kehittämistarvetta. Alueella ei tästä huolimatta toteutettu vapaaehtoistoimintaan liittyvää erityistä kehittämistoimintaa. Toimenpide otettiin huomioon siten, että seminaareihin ja koulutustilaisuuksiin kutsuttiin kolmannen sektorin edustajia mukaan.

### **Tilanne terveyskeskuksissa**

Vapaaehtoistoiminnan tilannetta kartoitettiin kysymällä terveyskeskuskyselyssä vapaaehtoistoimintatahoista ja yhteistyön säännöllisyydestä (Liite 4 ja 5, kysymykset 69 – 71). Kolmanneksella terveyskeskuksista oli säännöllistä toimintaa vapaaehtoistoimintatahon kanssa (Taulukko 30). Yhteistyötä oli useimmin maallikkoavun (esim. SPR:n tukihenkilötoiminta) kuin oma-apuryhmien (esim. AA-ryhmä) kanssa. Hankkeen aikana yhteistyö

vapaaehtoistoimintatahojen kanssa lisääntyi (Taulukko 31). Eniten se lisääntyi Länsi-Suomen ja vähiten Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella.

**Taulukko 30:** Yhteistyö vapaaehtoistoimintatahojen kanssa.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joilla on säännöllistä yhteistyötä vapaaehtoistoimintatahon (mallikkoapu- ja/tai oma-apuryhmän) kanssa (%).	41	23	35	32	29	33	10

**Taulukko 31:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos yhteistyössä vapaaehtoistoimintatahojen kanssa.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskusten ja vapaaehtoistoimintatahojen välisen yhteistyön muutos (ka).	0,29	0,31	0,18	0,29	0,22	0,25	11

Asteikko –1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

### **Yhteenvedo: väestöryhmittäisten palvelujen uudistaminen**

Mielenterveyspalveluiden yhteensovittamiseen liittyvän toimenpiteen osalta tuli esille aktiivista kehittämistoimintaa jokaisella yhteistyöalueella. Neljä yhteistyöaluetta ilmoitti toteuttaneensa Mielekäs Elämä –hankkeen toimintaa. Kaikki yhteistyöalueet järjestivät joko seminaareja tai koulutusta. Pohjois-Suomen sekä Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella mielenterveyspalvelut oli järjestetty muita useammin terveyskeskuksen toimintana. Kaikilla yhteistyöalueilla tapahtui kuitenkin hankkeen aikana muutosta sairaanhoitopiirin toiminnasta terveyskeskustoiminnan suuntaan. Mielenterveyspalveluita tuottavista tahoista terveyskeskuksilla oli useimmin säännöllistä yhteistyötä sosiaalitoimen ja sairaanhoitopiirin kanssa. Näiden kanssa yhteistyö parani muita tahoja paremmin hankkeen aikana. Yksityisten palvelun tuottajien ja potilasarjestöjen kanssa yhteistyötä oli selvästi vähemmän.

Neuvolatoiminnan laajentamiseen liittyvää toimenpidettä ei kolme yhteistyöaluetta ottanut lainkaan mukaan kehittämissuunnitelmaan. Pohjois-Suomessa, jossa lasten ja nuorten terveys valittiin kärkihankkeeksi, toteutettiin laajamittaista kehittämistyötä. Siellä myös tarjottiin keskimääräistä useammin neuvolatoimintaa muille väestöryhmille kuin äidit ja lapset.

Kotona asumisen ja omatoimisuutta tukevien palvelumuotojen lisäämiseen liittyvään toimenpiteeseen ei yhteistyöalueilla toteutettu runsaasti kehittä-

mistoimintaa. Ainoastaan Länsi-Suomen yhteistyöalueella asia nostettiin erittäin tärkeäksi kehittämiskohteeksi, ja siellä toteutettiin palveluasumiseen liittyvä kartoitus. Lähes joka toinen terveyskeskus oli ottanut TH 2000-luvulle –hankkeen aikana käyttöön kolme tai useampia uusia palvelumuotoja. Näitä olivat esim. kotisairaanhoidon uudistukset, omaishoidon tuen lisäys ja asunnon muutostyöt.

Yhteistyöalueilla ei toteutettu mittavia kehittämistoimia vapaaehtoistoiminnan integroimisesta terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköiden toimintaan. Etelä-Suomessa tehtiin projektisuunnitelma, joka ei edennyt rahoitusvaikeuksien vuoksi. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueella toteutettiin raportti, joka sisälsi toimintamallin yhteistyöstä. Keski- ja Itä-Suomessa kehitettiin huumeprojektiin liittyvä tukihenkilöverkosto.

#### 4.2.6 Terveyspalveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen

**Toimenpide 18:** Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä otetaan käyttöön terveyspalveluiden laadunhallintajärjestelmä

**Toimenpide 19:** Kehitetään ostopalveluina hankittavien terveyspalveluiden laatukriteeristö

**Toimenpide 20:** Laaditaan valtakunnallisiin hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset hoito-ohjelmat ja kehitetään niiden pohjalta tutkittuun tietoon perustuvia hoitokäytäntöjä

#### Toimenpiteiden tavoitteet ja kehittämistoiminta

Etelä-Suomi asetti laadunhallintajärjestelmän käyttöönottoon sekä hoito-ohjelmien kehittämiseen liittyvät tavoitteet toimenpideohjelman mukaisesti, mutta ostopalvelukriteerit eivät kuuluneet kehittämissuunnitelmaan. Yhteistyöalueella kartoitettiin laadunhallinnan tilannetta alueen terveyskeskuksille, sairaaloille ja terveydenhuollon yksityisille palveluntuottajille osoitetulla kyselyllä. Yhteistyöryhmä toivoi raportin tietojen ohjaavan laatutyön käynnistämistä ja jatkumista alueella. HUS-piiriin perustettiin laatutyöryhmä, joka koordinoi koko kuntayhtymän palvelulaadun kehittämistä. Lisäksi yhteistyöalueella tehtiin kartoitus käytössä olevista hoitoketjuista.

Länsi-Suomen yhteistyöalueella tavoitteeksi asetettiin, että yhteistyöryhmä tekee tunnetuksi STM:n ja Stakesin ja Kuntaliiton julkaisemaa suositusta sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämiseksi. Ostopalvelukriteereille ja hoitosuositusten alueelliselle kehittämiselle ei asetettu selkeitä tavoitteita. Länsi-Suomessa suunniteltiin koko alueen kattavan asiakaskyselyn toteuttamista terveyskeskuksissa. Suunnitelmista luovuttiin, sillä

suunnitteluvaiheessa selvisi, että terveydenhuollon organisaatioissa oli aikaisemmin kerätty laajalti asiakaspalautetta. Alueellisten hoito-ohjelmien laatiminen oli esillä yhteistyöryhmän loppuseminaarissa, jossa esitettiin esimerkkihoitoketjukurvauksia.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli perustaa suorittajatason osajien laatuverkosto tukemaan laatutyötä. Tavoitteena oli myös koordinoita alueen asiakaspalautejärjestelmä, jotta asiakasnäkökulma korostuisi. Alueellisten hoito-ohjelmien kehittämistyön tavoitteena oli seurata hoito-ohjelmien kehittymistä ja ylläpitää keskustelua hoitokäytännöistä. Ostopalvelukriteerille ei asetettu tavoitetta. Yhteistyöalueella toteutettiin yhteistyöryhmän toimesta koko alueen kattava laadunhallinnan tukeen liittyvä hanke. Laatutyön koordinaatioryhmä selvitti laadunhallinnan tilanteen ja perusti terveydenhuollon eri tasojen toimijoista koottu laatuverkoston alueelle. Lisäksi se järjesti koulutustilaisuuksia ja esitteli malliksi kelpaavia laatuhankeita. Koko yhteistyöalueen kattava asiakaskysely toteutettiin vuosina 1999, 2000 ja 2001, josta kerättyä tietoa käytettiin vertaisarviointiin terveystieteiden välillä. Ostopalveluina hankittavien terveystieteiden laatuksien kriteeristöä keskusteltiin vertaisraportointiseminaareissa. Hoito-ohjelmien kehittymisestä raportoitettiin säännöllisesti alueellisen yhteistyöryhmän kokouksissa. Vertaisraportointiseminaareissa vaihdettiin kokemuksia. Aiheesta tuotettiin esimerkkimateriaalia toimipaikkakoulutusverkoston sisältämateriaaliin.

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueella laadunhallintajärjestelmän käyttöönottoon liittyvä tavoite ei ollut toimenpiteen nimen mukainen, vaan laatu nähtiin sinänsä tärkeänä. Alueellisiin hoito-ohjelmiin liittyvä tavoite oli toimenpiteen mukainen. Kaikkien toimenpiteiden kehittäminen tai seuranta tapahtui aluetyöryhmien kautta. Toiminnan kehittämiseen liittyi koulutusta ja laatuksikirjojen työstämistä. Yhteistyöalueen kaikissa sairaanhoitopiireissä toteutettiin alueellisia hoito-ohjelmia, joista osa oli nähtävissä MediKes -palveluportaalissa. Laatuhankeiden toteuttamista haittasi lääkäripula.

Pohjois-Suomessa todettiin tilanteen olleen laadunhallintajärjestelmien suhteen alueella välttävä ja kehittämistarve nähtiin erittäin suurena. Kehittämistarvetta esiintyi myös alueellisten hoito-ohjelmissä. Alueella otettiin laadun kehittäminen yhdeksi kärkihankkeeksi. Laatutyöryhmä teki selvityksen laadunhallinnan tilanteesta ja sen myötä järjestettiin laatukseseminaareja. Laadun mittaamiseksi työryhmä laati suosituksen tunnusluvuista toiminnan arvioinnissa. Terveystieteiden kyselyllä käsiteltiin jokaisen terveystieteiden kanssa tilanne laadunhallinnassa. Laatutyöryhmän voimavarat eivät riittäneet ostopalvelukriteerien käsittelyyn. Hoito-ohjelmien kehittäminen otettiin Pohjois-Suomen yhteistyöalueen kärkihankkeeksi. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri työstämän mallin mukaisesti jatkettiin hoito-ohjelmien valmistelua siten, että hoito-ohjelmat ovat käytössä keskeisten sairausryhmien osalta jokaisen sairaanhoitopiirin alueella.

## Tilanne terveyskeskuksissa

Terveyskeskuskyselyssä kartoitettiin laadunhallinnan tilannetta kysymässä dokumentoidun laadunhallintajärjestelmän käytöstä ja kehittämisestä sekä ostopalvelukriteereistä (Liite 4 ja 5, kysymykset 81 – 87). Lisäksi kysyttiin valtakunnallisten hoitosuositusten (Käypä hoito) käytön laajuutta ja seuranta, muiden hoitosuositusten käyttöä sekä hoito-ohjelmia työssään käyttävän ammattiryhmän laajuutta (Liite 4 ja 5, kysymykset 29 – 32).

Noin kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista (66 %) ei ollut laadunhallintajärjestelmää käytössä lainkaan. Laadunhallintajärjestelmällä tarkoitetaan tässä johdon määrittelemän laatupolitiikan sekä järjestelmällisesti suunnitellut ja kirjatut vastuut, toiminta- ja seurantatavat, joiden avulla varmistetaan palvelun hyvä laatu. Keskimäärin 14 %:lla terveyskeskuksista laadunhallintajärjestelmä oli käytössä koko terveyskeskuksen kattavana tai suurimmassa osassa terveyskeskusta ja 16 %:lla se oli käytössä joissain terveyskeskuksen toiminnoissa tai osissa (Taulukko 32). Yhteistyöalueittain ei tullut esille merkittävää eroa. Dokumentoitu laadunhallinnan järjestelmä oli kehitteillä 43 %:lla terveyskeskuksista, useimmin Pohjois-Suomessa (61 %) ja harvimminkin Länsi-Suomessa (31 %). Lähes joka toisella terveyskeskuksella (47 %) sitä ei ollut kehitteillä. Yhteistyöalueiden välillä tai terveyskeskusten koon mukaan ei eroja tullut esille.

Hieman yli kolmasosalla terveyskeskuksista (38 %) oli käytössä jokin laadunhallintajärjestelmä – esim. kunnan määrittämät laatuksiteerit, ostopalvelusopimuksessa määritellyt kriteerit tai laadunhallintajärjestelmän vaatimus - ostopalveluina hankittava palvelulle (Taulukko 32). Ostopalveluiden laatuksiteerejä ei ollut käytössä 44 %:lla terveyskeskuksista ja 9 %:lla oli jokin muu tapa käytössä (esim. asiakaspalaute, tutustumiskäynnit palvelun tuottajalla).

Valtakunnallisia hoitosuosituksia (Käypä hoito) oli käytössä lähes kahdella kolmasosalla (64 %) terveyskeskuksista (Taulukko 32). Noin viidesosalla (21 %) niitä ei ollut käytössä ja 8 %:a suunnitteli niiden käyttöönottoa. Hoitosuosituksista olivat yleisimmin käytössä astman diagnostiikka ja hoito (57 %:a terveyskeskuksista), virtsatieinfektioiden hoito (49 %), keuhkoah- taumataudin hoitosuositus (42 %), äkillisen välikorvatulehduksen hoitosuositus (38 %) ja eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu (34 %). Ainoastaan noin neljäsosa terveyskeskuksista (24 %) seurasi käytössä olevien valtakunnallisten hoitosuositusten toteuttamista esimerkiksi lääkäreiden meetingeissä ja koulutusten yhteydessä. Kahdella kolmasosalla terveyskeskuksista oli käytössä muita hoitosuosituksia (esim. sairaanhoitopiirin alueelliset hoitosuositukset, diabeteksen DEHKO).

**Taulukko 32:** Laadunhallintaa kehittäneiden terveyskeskusten osuus.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joilla dokumentoitu laadunhallintajärjestelmä koko tai suurimmassa osassa terveyskeskuksen toimintaa (%).	19	15	12	14	10	14	9
Terveyskeskukset, joilla käytössä määritellyt laatukriteerit ostopalvelulle (%).	38	54	39	39	27	38	9
Terveyskeskukset, joissa sovittu valtakunnallisten hoitosuosituksen käytöstä (%).	68	62	61	66	66	64	7

Terveyskeskusten mukaan laadunhallinnan käytäntöjen kehittäminen sekä ostopalvelukriteerien käyttäminen lisääntyi TH2000-luvulle –hankkeen aikana (Taulukko 33). Noin kolmannes terveyskeskuksista otti hankkeen aikana käyttöön ensimmäistä kertaa alueellisia hoitosuosituksia (Taulukko 34).

**Taulukko 33:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos laadunhallintaan liittyvissä toimenpiteissä.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Laadunhallinnan käytäntöjen kehittämisen muutos (ka).	0,50	0,62	0,63	0,61	0,79	0,63	14
Ostopalveluiden laatukriteeristöjen käytön muutos (ka).	0,26	0,31	0,22	0,34	0,17	0,25	23

Asteikko -1=huonontunut, 0=ennallaan, 1=parantunut

**Taulukko 34:** Hoito-ohjelmien käyttöönotto terveyskeskuksissa TH 2000-luvulle –hankkeen aikana.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, jotka ovat ottaneet käyttöön hoito-ohjelmia (alueellisia tai potilasjärjestöjen tekemiä suosituksia) (%).	32	30	41	33	39	36	6



## **Yhteenveto: Laadun ja vaikuttavuuden parantaminen**

Pohjois-Suomen yhteistyöalueella toteutettiin laajamittaisesti laadunhallintaan liittyvää kehittämistyötä. Laadun kehittäminen oli alueen yksi kärkihankkeista, johon kuului tilanneselvitys, seminaareja, laadun mittaamisen suositusten laadinta sekä hoito-ohjelmien valmistelu. Myös Etelä-Suomen sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueilla toteutettiin tilanneselvi-tykset. Lisäksi Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla perustettiin laatuverkosto, joka järjesti koulutuksia. Keski- ja Itä-Suomen toteutettiin laadun kehittä-mishankkeita sairaanhoitopiirikohtaisesti. Länsi-Suomen yhteistyöalueella ei laatuun liittyviä kehittämistoimia erityisemmin toteutettu.

Ostopalveluina hankittavien palvelujen laatuksista ei asetettu tavoit-teita eikä toimenpiteen kehittämistä juuri tapahtunut yhdelläkään yhteistyö-alueella.

Koko tai lähes koko terveyskeskuksen kattava laadunhallintajärjestelmä oli käytössä ainoastaan 14 %:lla terveyskeskuksista, mutta 41 %:lla se oli ke-hitteillä. Kehittäminen oli yleisintä Pohjois-Suomen (61 %) ja harvinaisinta Länsi-Suomen (31 %) yhteistyöalueen terveyskeskuksissa.

### **4.2.7 Ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa**

**Toimenpide 21:** Tuetaan ikääntyvien terveydenhuollon työnteki-jöiden jaksamista ja työkykyä

**Toimenpide 22:** Arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon täyden-nyskoulutustarpeet ja suunnitellaan koulutustarjonta koulutus- ja toimintayksiköiden alueellisessa yhteistyössä

**Toimenpide 23:** Eri ammattiryhmien osaamista hyödynnetään monipuolisesti potilaiden tarpeiden ja palvelutarjonnan mukaan

### **Toimenpiteiden tavoitteet ja kehittämistoiminta**

Etelä-Suomen yhteistyöalueella nostettiin ammatilliseen kehittämiseen liit-tyvistä toimenpiteistä ensisijaiseksi täydennyskoulutuksen kehittämisen. Yhteistyöryhmä asetti tavoitteekseen tuottaa alueellinen koulutussuositus sekä suositus uudelta Training Center oppimiskeskus –mallista. Alu-eella toteutettiin TYKY –ohjelmaa laajasti, mutta siitä saatuja kokemuksia ei arvioitu erikseen. Yhdeksi pääkohteeksi määriteltiin ammatillisen osaa-misen kehittäminen terveydenhuollossa. Eri terveydenhuollon ja koulutuk-sen sekä maakuntien liittojen asiantuntijoista koottiin työryhmä, joka pe-

rehtyi alan kirjallisuuteen, kuuli asiantuntijoita ja työsti raportin, joka sisälsi suosituksia koulutuksen koordinoimisesta ja kehittämisestä.

Länsi-Suomen yhteistyöalueella toimenpidekokonaisuudesta asetettiin tavoitteena oli lisätä alueellista yhteistyötä koulutuksen suunnittelussa, hankinnassa ja johtamiskoulutuksen toteutuksessa. Lisäksi tavoitteeksi asetettiin erikoislääkärikoulutuksen toteutuminen. Alueella tehtiin selvitykset terveyskeskus- ja erikoislääkäritilanteesta sekä hammashuoltohenkilöstön tilasta ja resurssitarpeista. Yhteistyöryhmässä keskusteltiin henkilöstökysymyksistä. Lisäksi aiheesta järjestettiin koulutus- ja neuvottelupäivä.

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella tavoitteena oli seurata alueen tilannetta sekä tiedottaa suositeltavista toimintamalleista ja sovelluksista sekä rakentaa yhdyshenkilöverkosto toimipaikkakoulutuksen tarpeisiin ja tuottaa verkoston käyttöön koulutusmateriaalia. Yhteistyöalueella toteutettiin koko aluetta koskeva hanke, jonka puitteissa rakennettiin toimipaikkakoulutuksen yhdyshenkilöiden verkosto sekä kehitettiin lääkäreiden lastenpsykiatrisen tietämyksen päivittämiseen tähtäävän koulutusmalli (PLOT-hanke). Vaikka koulutustuki –hanke jäi TH 2000-luvulle –hankkeen loppuessa kesken, edettiin asetetuissa tavoitteissa. Toimipaikkakoulutusverkoston sisältömateriaaliin tuotettiin esimerkkimateriaalia eri aihealueista. Terveyskeskusten vertaisraportointiseminaareissa vaihdettiin kokemuksia.

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueen kehittämissuunnitelmassa ei ollut koko yhteistyöaluetta koskevia eikä alueellisten työryhmienkään hankkeita. Alueen sairaanhoitopiireissä oli käynnissä erilaisia koulutukseen liittyviä projekteja. TYKY-toiminta oli käynnissä kaikissa sairaanhoitopiireissä sekä monissa kunnissa.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueella tilanne arvioitiin kaikissa kolmessa toimenpiteessä tyydyttäväksi ja niissä todettiin kehittämistarvetta. Terveyskeskuskierroksella käsiteltiin ikääntyvien työntekijöiden jaksamista ja työkykyä (mm. TYKY-toiminnan muotoja). Yhteistyöryhmän aloitteesta asetettiin työryhmä suunnittelemaan mielenterveystyön täydennyskoulutusta, jonka työskentelystä ja suosituksista laadittiin raportti.

### **Tilanne terveyskeskuksissa**

Ammatillisen osaamisen kehittämisen toimenpidekokonaisuutta kartoitettiin henkilöstön työssä jaksamiseen ja työkykyyn, henkilöstön koulutukseen sekä työnjakoon liittyvillä kysymyksillä (Liite 4 ja 5, kysymykset 72 – 80).

Useammassa kuin joka toisessa (59 %) terveyskeskuksessa henkilöstön työssä jaksamista ja työkykyä seurataan systemaattisesti (esim. sairauspoissaolotilastot, henkilöstön kyselyt ja keskustelut). Keskimääräistä yleisimmin systemaattinen seuranta oli käytössä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan (68 %), Länsi-Suomen (65 %) ja Etelä-Suomen (62 %) yhteistyöalueilla. Ikääntyvien työssä jaksamista seurattiin selvästi harvemmin (Taulukko 36).

Menetelmänä mainittiin useimmin tiennetyt työterveyshuollon tarkastukset.

Noin kolmasosalla terveyskeskuksista oli koko henkilöstölle käytössä täydennys- ja lisäkoulutustarpeen arviointi ja/tai koulutussuunnitelman tekeminen (Taulukko 35). Koulutustarpeen arviointi oli käytössä kaikille ammattiryhmille 37 %:lla terveyskeskuksista. Hieman yli neljäsosalla terveyskeskuksista (27 %) se oli käytössä osalle ammattiryhmistä, ja 39 %:lla terveyskeskuksista ei lainkaan. Yhteistyöalueista Pohjois-Suomessa oli eniten terveyskeskuksia (37 %), joissa koulutustarpeen arviointi oli käytössä kaikilla ammattiryhmillä. Siellä oli kuitenkin myös eniten terveyskeskuksia (44 %), joissa se ei ollut käytössä lainkaan. Koulutussuunnitelmia tehtiin koulutustarpeen arviointeja vähemmän. Niitä tehtiin kaikille ammattiryhmille 27 %:ssa terveyskeskuksista, useimmin Etelä-Suomen yhteistyöalueella (46 %). Hieman alle kolmasosalla terveyskeskuksista (30 %) ei tehty lainkaan koulutussuunnitelmia.

Useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa oli TH 2000-luvulle –hankkeen aikana toteutettu henkilöstön työnjakoon liittyviä uudistuksia (Taulukko 35). Näitä olivat useimmin virkanimikkeen uudistukset (esim. perushoitajan virka sairaanhoitajaksi), työkuvan laajentuminen (esim. hammaslääkärin tehtäviä hammashoitajalle, lääkärin tehtäviä sairaan/terveydenhoitajalle) sekä tehtävän siirtoja (esim. ylihoitajan tehtävät osaston hoitajalle) ja työkuvan uudelleenorganisointia (esim. otettaessa tiimityöskentelytapa käyttöön). Suuri puuttuvien vastausten osuus johtunee siitä, että kyseessä oli avokysymys.

**Taulukko 35:** Ammatilliseen osaamiseen liittyvää kehittämistoimintaa toteuttaneiden terveyskeskusten osuus.

TILANNE	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto Puuttuu
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Terveyskeskukset, joissa seurataan ikääntyvän henkilöstön työssä jaksamista ja työkykyä (%).	35	42	41	21	37	35	6
Terveyskeskukset, joissa tehty koulutustarve ja/tai –suunnitelma kaikille ammattiryhmille (%).	49	27	35	21	42	35	9
Terveyskeskukset, joissa toteutettu henkilöstön työnjakoon liittyviä uudistuksia 99-01 (%).	46	58	60	57	71	59	26

Terveyskeskuksissa työntekijöiden jaksamiseen ja työkykyyn liittyvien erityistoimenpiteiden käyttö lisääntyi TH 2000-luvulle –hankkeen aikana (Taulukko 36). Erityistoimenpiteistä Tyky-toiminta lisääntyi eniten (ka 0,84). Myös työn ja työyhteisön kehittämishankkeiden käyttö lisääntyi keskimääräistä enemmän (ka 0,71).

**Taulukko 36:** TH 2000-luvulle –hankkeen aikana tapahtunut muutos ammatilliseen osaamiseen liittyvissä toimenpiteissä.

MUUTOS	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205	Tieto puuttuu %
	E-S n=37	L-S n=26	SS-P n=57	KI-S n=44	P-S n=41		
Työntekijöiden jaksamiseen ja työkykyyn liittyvien erityistoimenpiteiden käytön muutos (ka).	0,41	0,54	0,48	0,56	0,52	0,50	15
Yhteistyössä tapahtuneen koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen muutos (ka).	0,62	0,23	0,53	0,43	0,50	0,49	7

Asteikko –1=huonontunut/vähentynyt, 0=ennallaan, 1=parantunut/lisääntynyt

### **Yhteenvedo: Ammatillisen osaamisen kehittäminen**

Etelä-Suomen, Pohjois-Suomen sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueet toteuttivat toimenpidekokonaisuuteen liittyvää laajamittaisempaa toimintaa. Menetelminä olivat ammatillisen osaamisen kehittämisen selvitys (E-S), toimipaikkakoulutuksen yhdyshenkilöiden verkoston rakentaminen ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen (S-SP) mielenterveystyön täydennyskoulutuksen kehittäminen (P-S).

Ikääntyvien työntekijöiden jaksamiseen liittyvistä kehittämistoimista lähes kaikki mainitsivat Tyky-toiminnan. Pohjois-Suomessa erilaisia Tyky-toiminnan muotoja käsiteltiin terveyskeskuskierröksellä, Etelä-Suomen yhteistyöalueella todettiin, että Tyky-toimintaa toteutettiin laajasti, mutta sen kokemuksien arviointi vielä puuttuu.

Useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa seurattiin työntekijöiden jaksamista säännöllisesti, mutta ikääntyvän henkilöstön työssä jaksamista seurattiin erikseen 37 %:ssa terveyskeskuksista. Koko henkilöstölle suunnattua lisäkoulutustarpeen arviointia ja/tai koulutussuunnitelman tekemistä oli keskimäärin joka kolmannella terveyskeskuksella käytössä. Ne olivat Etelä-Suomessa ja Pohjois-Suomessa muita yhteistyöalueita useammin käytössä.

### **4.2.8 Alueittainen yhteenvedo: painotukset, tulokset ja terveyskeskusten tilanne**

Tässä yhteenvedossa kuvataan lyhyesti kunkin alueen valitsemat painotukset ja työskentelytapa, esitetään tämän rinnalla terveyskeskuskyselyn antama kuva yhteistyöryhmän painottamista sekä niillä ohjelman toimenpidealueilla, joissa alueen tilanne kyselyn mukaan erosi maan keskitasosta. Erot ovat korkeintaan viitteellisiä, tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi harvoin. Terveyskeskuskyselyn kuvaamaa tilannetta ei voi suoraan tulkita TH 2000-luvulle –hankkeen yhteistyöryhmien toiminnan tulokseksi johtuen hankkeen

lyhyestä toimeenpanoajasta ja muista terveyskeskusten toimintaan vaikuttavista tekijöistä. Tilannekatsaus voi kuitenkin osaltaan osoittaa alueellisten toimenpiteiden osuvuutta sekä jatkopainotustarpeita.

### **Etelä-Suomi:**

Etelä-Suomen yhteistyöalueen yhteistyöryhmä päätyi painottamaan toiminnassaan erityisesti viittä toimeenpano-ohjelman kohtaa: potilasasiamiestointia, terveyskeskusten palvelukyvyn kehittämistä, terveyden edistämistoimintaa, laadun ja vaikuttavuuden parantamista, alueellisen täydennyskoulutuksen kehittämistä sekä rahoituksen turvaamista. Toimintakauden puolivälin jälkeen alueella oli 14 teemoittain koottua asiantuntijaryhmää, jotka muodostivat alueellisen toiminnan perustan. Käytännössä alueen asiantuntijaryhmät ottivat kantaa tai selvittivät jossain muodossa kaikkia toimeenpano-ohjelman toimenpidekokonaisuuksia.

Yhteistyöryhmän toiminta oli pääasiassa selvityksiä ja tutkimuksia, jotka julkaistiin raportteina ja joita levitettiin aktiivisesti alueen toimijoille. Konkreettisina tuloksina syntyi 13 julkaisua sekä yksi kannanotto. Yhteistyöryhmän toiminta tuki eri toimijoiden välisiä keskusteluja yli organisaatorajojen seudullisissa neuvotteluissa, joissa pyrittiin levittämään hyviä käytäntöjä.

Terveyskeskuskyselyssä nähtiin alueen valitsemilla painotusalueilla maan keskiarvoa parempi tilanne terveyden edistämisen sekä täydennyskoulutuksen kohdalla. Poikkihallinnollista yhteistyötä oli noin kolmella neljästä Etelä-Suomen terveyskeskuksesta (koko maan keskiarvo 49 %) ja myös hyvinvointistrategia tai -ohjelma oli alueen kunnissa useammin kuin maassa keskimäärin. Terveyden edistämisen kehittämistoiminnassa yhteistyöryhmä pyrki kartoittamaan alueen erityispiirteitä sekä vahvistamaan Etelä-Suomen lääninhallituksen hyvinvointipolitiikkatyötä kunta-asiantuntijaverkostoin. Alueen terveyskeskuksista kaikille ammattiryhmille oli tehty koulutustarvearvio tai suunnitelma oli käytössä koko maata useammin. Alueen jatkuvasti kasvava väestömäärä ja vanheneminen sekä suuret organisaatiomuutokset koettiin kuitenkin yhteistyöryhmässä perusteiksi, miksi ammatillinen kehittäminen vaatii alueella erityistä panostamista.

Myös väestövastuuseen siirtymisen suhteen Etelä-Suomen alue oli muuta maata selvästi edellä. Siellä oli suhteellisesti eniten terveyskeskuksia, joiden lääkärin vastaanotto toiminnan järjestämisperustana oli väestövastuu-VES (ES 62 %, ka 40 %). Siellä oli kuitenkin muihin yhteistyöalueisiin verrattuna vaikeinta päästä lääkärin vastaanotolle ohjelmassa asetetun tavoitteen mukaisesti. Terveyskeskuskyselyn tulos vahvistaa yhteistyöryhmän tekemää analyysiä terveyskeskusten palvelukyvyn kehittämisen tarpeellisuudesta. Alue korostikin raportissaan, että hoitoon pääsyn tavoitteet tulisi asettaa mitattujen väestön tarpeiden ja paikallisten voimavarojen kuin mekanististen yhtäläisten tavoiteaikojen mukaisiksi.

Terveyspalveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi alueella tehtiin laadunhallintakysely, josta ilmeni muun muassa, että alueen yksiköt toivoi-

vat runsaasti koulutusta laatutyöhön. Terveyskeskuskysely osoitti, että vaikka laadunhallinnan käyttöönotto koko maan terveyskeskuksissa on vasta alussa Etelä-Suomen alue on tässä suhteessa muuta maata edellä; siellä oli eniten terveyskeskuksia, joissa oli käytössä dokumentoitu laadunhallintajärjestelmä (ES 19 %, ka 14 %). Myös valtakunnallisten hoitosuosituksen käyttöönotto on jonkin verran koko maata yleisempää (ES 68 %, ka 64 %). Tiedonkulun toimivuuden suhteen Etelä-Suomen tilanne oli myös muuta maata parempi; siellä saatiin yhteistyöalueista useimmin säännöllisesti palautteet erikoissairaanhoidon sairaalasta sekä ajan saaneen potilaan läheteen käsittelystä (ES 30 %, ka 14 %) että sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista (ES 46 %, ka 40 %). Alueella oli myös muita alueita yleisemmin sähköinen yhteys terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin välillä.

Alueen valitsemista painotusalueista potilasasiamiestoiminnan tilanne oli terveyskeskuskyselyssä maan keskiarvoa huonompi, mustutuksia ja kanteleita käsiteltiin systemaattisesti harvemmin kuin muualla (ES 24 %, ka 35 %). Alueen asettama työryhmä tekikin runsaasti suosituksia tilanteen parantamiseksi.

Terveyskeskuskyselyn mukaan Etelä-Suomessa on koko maata harvemmin käytössä hoitoketjuja (diabetes- ja mielenterveyspotilaat, vanhukset). Alueella oli yhteistyöalueista vähiten terveyskeskuksia, jotka tarjosivat neuvolatoimintaa muulle väestöryhmälle kuin äidit ja lapset. Nämä toimenpiteet eivät kuitenkaan olleet yhteistyöryhmän valitsemia prioriteetteja.

### **Länsi-Suomi:**

Länsi-Suomen alueen yhteistyöryhmä pyrki olemaan alueen kahden sairaanhoitopiirin yhteinen keskustelufoorumi, eikä jakautunut alueellisiin ryhmiin. Yhteistyöryhmä pyrki myös edistämään kaikkien toimenpiteiden kehitystä alueella, ja keskittyi asioiden pitämiseen esillä tiedottamisen ja kouluttamisen kautta. Painotukset syntyivät alueen toimijoiden valinnoista. Joitakin toimenpiteitä jätettiin vähemmälle huomiolle, koska tilanne katsottiin hyväksi (esim. iltavastaanotto) tai kehittämistoimintaa toteutti jokin muu taho (esim. Makropilotti).

Projektivastaavan vaihduttua toimintastrategia muuttui jonkin verran, ja viimeisenä vuonna valittiin painopistealueiksi sellaiset toimenpiteet, joiden ryhmä arvioi jääneen vähemmälle huomiolle: mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen, täydennyskoulutus sekä potilasasiamiestoiminta. Lisäksi jatkettiin väestövastuun käyttöönoton edistämistä, joka oli ollut ryhmän erityishuomion kohteena aikaisemminkin. Itse yhteistyöryhmä oli myös alueen kahden sairaanhoitopiirin keskustelua edistävä foorumi.

Yhteistyöalueen konkreettisina tuloksina tehtiin aluetta koskevia selvityksiä hankkeen liikkeellelähtövaiheessa, jotka liitettiin alueelliseen kehittämissuunnitelmaan taustamateriaaleiksi ja muita pienimuotoisia selvityksiä hankkeen kuluessa, mm. erikoislääkäritilanteesta ja hammashuoltohenkilöstön resurssitarpeista alueella. Yhteistyöryhmän järjestämän koulutustilai-

suudet ja seminaarit toimivat keskustelufoorumeina, joilla hankkeen asioita pidettiin esillä.

Terveyskeskuskyselyssä erottui positiivisesti yhteistyöryhmän painottamista asioista erityisesti potilaiden hoitoon pääsy. Länsi-Suomen lääkärin vastaanotolle löytyi vapaa aika kolmen päivän sisällä koko maata paremmin (LS 29 %, ka 18 %); omalääkäreillä oli myös aika tarjolla useammin kuin koko maassa keskimäärin (LS 61 %, ka 36 %). Lääkärin iltavastaanottoja oli Länsi-Suomessa järjestetty useammin kuin koko maassa (LS 54 %, ka 38 %), tämä oli jo hankkeen alussa todettu hyväksi. Väestövastuu-VES:en käyttöönotto oli alueen terveyskeskuksissa maan keskitasoa, mutta edistyi hankkeen aikana muita alueita paremmin. Yhteistyöryhmä teki useita selviytyksiä väestövastuusesta toimintatavasta alueella, ja piti teemaa yllä keskusteluissa ja seminaareissa tavoitteena saada 20 alueen 27:stä terveyskeskuksesta väestövastuun piiriin. Lääkärilakko ja paheneva lääkäripula hidastivat kuitenkin kehitystä tavoitteen suuntaan.

Mielenterveyspalvelujen yhteensovittamista yhteistyöryhmä pyrki myös pitämään esillä seminaareissa ja kokouksissa, sillä ryhmän tekemien selviytysten perusteella Mielekäs Elämä suosituksia ei tunnettu kentällä hyvin. Terveyskeskuskysely osoitti, että toimenpiteen suhteen on kehitettävää, sillä alueen terveyskeskuksilla oli koko maahan verrattuna vähemmän säännöllistä yhteistyötä mielenterveystyötä tekevien tahojen (sairaanhoitopiiriin (LS 23 %, ka 56 %) , sosiaalitoimen (LS 54 %, ka 66 %) ja yksityisten palveluiden (LS 8 %, ka 28 %) kanssa, samoin kuin vapaaehtoistoimintatahojen kanssa yleensä (LS 23 %, ka 29 %).

Täydennyskoulutuksen tilanne oli alueen yhteistyöryhmässä usein esillä terveyskeskusten tilanteen ja erikoislääkäritilanneselvitysten kautta. Terveyskeskuskyselyn mukaan täydennyskoulutuksen tarvearvio ja koulutussuunnitelma on alueella harvemmin käytössä kuin koko maassa keskimäärin (LS 27 %, ka 35 %). Ikääntyvän henkilöstön työssä jaksamista seurattiin alueen terveyskeskuksissa koko maata useammin (LS 42 %, ka 35 %).

Alueellinen yhteistyöryhmä seurasi myös erityisesti potilasasiamiestötoiminnan kehitystä, jossa se raportoi tapahtuneen huomattavaa edistymistä molemmissa sairaanhoitopiireissä. Yhteistyöryhmä järjesti myös aiheesta koulutustilaisuuden. Myös terveyskeskusten potilasasiamiehet olivat koko maan keskiarvoa useammin säännöllisesti yhteistyössä muiden kanssa (LS 31 %, ka 26 %) ja muistutusten ja kanteluiden käsittely oli jonkin verran useammin systemaattista kuin muualla maassa (LS 39 %, ka 35 %).

Länsi-Suomen alueella tieto erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen sairaalasta kotisairaanhoitoon kotiutuneesta potilaasta kulki paremmin kuin maassa keskimäärin (LS 58 %, ka 47 %), mutta terveyskeskuksiin tuli erikoissairaanhoidosta tietoa lähetteen käsittelystä harvemmin (LS 8 %, ka 14 %) ja palaute tutkimuksista ja hoidoista vähemmän säännöllisesti kuin koko maassa (LS 31 %, ka 40 %).

Yhteistyöryhmä raportoi myös päällekkäisyyksien purkamisen olevan alueella keskeinen tavoite, ja pyrki pitämään asiaa yllä, vaikka ryhmällä ei ollut suoranaista toimivaltaa asiassa. Edistyminen asiassa oli hidasta. Terveyskeskukset myös raportoivat harvemmin kuin koko maassa keskimäärin, että erikoissairaanhoidon päällekkäisyyksien purkaminen olisi vaikuttanut oleellisesti niiden toimintaan (LS 27 %, ka 34 %). Myös sopimusmenettelytoiminta oli alueella koko maata selvästi harvinaisempaa: alueen terveyskeskuksista vain 4 %:lla oli sairaanhoitopiirin kanssa sopimus, jossa oli palvelujen määrä ja hinta määritelty tarkasti, kun koko maassa tällainen sopimus oli 29 %:lla terveyskeskuksista.

### **Sisä-Suomi ja Pohjanmaa:**

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöryhmä määritteli roolinsa koordinoivaksi, verkostoitumista ja toimijoiden tiedonjakoa tukeväksi. Sen omalle vastuulle ottamat hankkeet vahvistivat tätä strategista toimintatapaa, eivätkä kaikki suoraan liittyneet johonkin ohjelman toimenpiteeseen. Toimintatapa koettiin hyväksi eikä strategiaa katsottu tarpeelliseksi muuttaa hankkeen kuluessa, toiminta pysyi myös intensiivisenä koko hankekauden ajan, ja yhteistyöryhmän osallistumisaktiivisuus oli suurta.

Konkreettisina tuloksina alueella voi pitää uusien työmuotojen, kuten säännöllisen asiakaspalautteen keräämisen ja organisaatorajat ylittävien verkostojen syntymistä sekä esimerkiksi hankkeen puitteissa tehtyä innovatiivisen täydennyskoulutusmallin kokeilua (ns. PLOT- hanke). Työmuodot ja verkostot olivat kuitenkin riippuvaisia hankkeen organisaatiosta ja erillishoituksesta ja hankkeen päättyessä ei ollut selvää, missä määrin ne tulevat jatkumaan hankkeen loputtua. Toisaalta hankkeen tuottamat erilaiset palvelut (vertailukelpoinen tieto ja palaute, positiivinen julkisuus) sitoutuivat toimijoita hankkeessa toimimiseen. Yhteistyöryhmän erillishankkeista on tekeillä raportteja, lisäksi sairaanhoitopiirikohtaiset ryhmät tuottivat erilliselvityksiä hankkeen osa-alueista, jotka raportoidaan erikseen.

Yhteistyöryhmä toteutti asiakaspalautekyselyn kolmena vuonna alueen terveyskeskuksissa. Asiakaspalautekyselyn avulla tuotiin esille ja pidettiin yllä keskustelua terveyskeskusten palvelukyvyn kannalta keskeisistä teemoista. Asiakaspalautekyselyt toivat myös alueen terveyskeskuksille runsaasti positiivista julkisuutta, sillä asiakkaat arvioivat terveyskeskusten toiminnan keskimäärin kiitettäväksi. Arvioinnin yhteydessä tehdyn terveyskeskuskyselyn perusteella Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alue edusti maan keskitasoa sekä hoitoon pääsyn, että väestövastuu-VES:en käyttönoton suhteen. Ainoastaan omalääkäreille oli tarjolla aikoja jonkin verran maan keskiarvoa paremmin (SSP 43 %, ka 36 %). Alueen terveyskeskukset kuitenkin arvioivat hoitoon pääsyn huonontuneen hankkeen aikana enemmän kuin keskimäärin koko maassa.

Yhteistyöryhmä perusti alueellisen laadun koordinaatioryhmän, joka kartoitti tilannetta ja toimi asiantuntijaverkostona, sekä koulutuksen tukiryhmän, joka pyrki koordinoimaan alueen täydennys- ja toimipaikkakoulutusta.



Laadunhallintajärjestelmiä oli alueen terveyskeskuksissa käytössä yhtä vähän kuin maassa keskimäärin (SSP 12 %, ka 14 %), ja täydennyskoulutusarvioita ja suunnitelmia oli tehty maan keskitasoa vastaavasti. Täydennyskoulutuksen alalla alueella luotiin edellytyksiä alueelliselle kehittämissyhteistyölle ja kokeiltiin uusia menetelmiä.

Yhteistyöalue oli tehnyt oman selvityksensä kuntien hyvinvointistrategioista vuonna 2000, jolloin 16 % alueen kunnista oli sellaisen tehnyt, ja 28 %:ssa se oli tekeillä. Yhteistyöryhmän mukaan alueen ne kunnat, joilla strategiaa ei ollut, eivät esittäneet suurta kiinnostusta sellaisen tekemiseen. Arvioinnin yhteydessä tehdyn kyselyn tulos (32 %) viittaisi kuitenkin siihen, että edistystä oli tapahtunut. Hyvinvointistrategioita oli alueen kunnissa maan keskitasoa jonkin verran yleisemmin.

Terveyskeskusten välisten vertaiskeskustelujen alue itse arvioi edistäneen vertaisuteliaisuutta, terveyskeskuskyselyssä tämä toiminta tuli ehkä esiin hankkeen parempana tunnettuutena muuhun maahan verraten.

Yhteistyöryhmän toiminnassa korostui uusien yhteistyömuotojen etsiminen. Myös terveyskeskuskyselyssä alue erottui muista sillä, että siellä oli useimmin käytössä sopimusmenettelykäytäntö, jossa määritellään tarkasti palvelujen laatu ja määrä (SSP 51 %, ka 29 %). Päällekkäisyyksien purkaminen oli alueella edennyt (SSP 40 %, ka 34 %).

Potilasasiamiestoiminnan tilanne oli parempi kuin maassa keskimäärin. Potilasasiamiehillä oli yhteistyöalueista useimmin säännöllistä yhteistyötä sairaanhoitopiirin muiden potilasasiamiesten kanssa (SSP 42 %, ka 26 %). Lisäksi alueen terveyskeskuksissa oli muistutusten ja kanteluiden sekä potilasvahinkoratkaisujen käsittely systemaattisempaa maan keskitasoon verrattuna (SSP 42 %, ka 35 %). Yhteistyöryhmä katsoi potilasasiamiesten varamiesjärjestelmän kehittämisen työjakoa tärkeämmäksi.

Kaiken kaikkiaan Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskusten tilanne edusti maan keskitasoa useimpien kysymysten kohdalla. Ainoastaan mielenterveyden säännöllinen yhteistyö potilasjärjestöjen (SSP 11 %, ka 15 %) ja sosiaalitoimen (SSP 60 %, ka 66 %) kanssa sekä kotona asumiseen liittyvien uusien palvelumuotojen käyttöönotto jäi jonkin verran maan keskitasoa alemmaksi (SSP 33 %, ka 41 %).

### **Keski- ja Itä-Suomi:**

Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöryhmä otti itselleen seuraajan roolin, kun koko alueen osalta asiantuntijoista koottu valmisteluryhmä, ja alueittain kootut työryhmät vastasivat varsinaisesti alueellisen kehittämissuunnitelman toimeenpanosta. Alueellisten ryhmien toiminnassa alue raportoi jonkin asteista vähentymistä, sen sijaan koko aluetta koskeva tiedotus ja koulutus-toiminta tiivistyi viimeisenä vuonna kahden koordinaattorin palkkaamisen myötä.

Keskeisiksi panostusalueiksi nousivat huumepotilaiden hoidon järjestäminen, sairaanhoitopiirien verkostomainen yhteistyö tiedonhallinta-asioissa, laatutyön edistäminen sekä myöhemmin lisätty potilasasiamiestoiminnan edistäminen. Konkreettisina tuloksina toiminnasta yhteistyöryhmä korosti uusia keskustelufoorumeita, joita syntyi alueellisissa työryhmissä hankkeen teemojen käsittelyn kautta. Lisäksi erityishankkeista syntyi raportteja, suosituksia ja muita julkaisuja.

Huumehoidon tilanteesta ei terveystieteiskyselyssä suoraan kysytty mitään, mutta välillisesti tilannetta alueella ehkä kuvaa mielenterveyspalvelujen yhteensovittamisen tilanne, joka vastasi koko maan keskiarvoa. Alueen terveystieteisten yhteistyö mielenterveystoimintaan liittyvien potilasjärjestöjen (KIS 21 %, ka 15 %) sekä sairaanhoitopiirien ( KIS 68 %, ka 56 %) kanssa korostui positiivisesti. Säännöllinen yhteistyö kolmannen sektorin kanssa oli maan keskitasoa (KIS 32 %, ka 33 %). Terveystieteiden edistämisen osalta alueellinen yhteistyöryhmä toi raportoinnissaan esiin päihdetyön strategioiden edistämistä ja kunnissa syntyneitä yhdyshenkilöverkostoja huumehoitojen, koulutuksen ja tietoisuuden koordinoimiseksi. Terveystieteiskeskustoissa oli yleensä vähemmän hyvinvointistrategioita (KIS 23 %, ka 28 %; KIS 50 % ei edes suunnitteilla ) tai poikkihallinnollista yhteistyötä terveystieteiden edistämiseksi (KIS 43 %, ka 49 %) kuin maassa keskimäärin.

Verkostomainen yhteistyö sairaanhoitopiirien välillä keskittyi kahteen hankkeeseen (Sonetti ja Medikes), joissa kehitettiin tietoverkkoyhteyksiä alueen toimijoiden kesken sekä asiakaslähtöisiä saumattomia hoitoketjuja. Kyselyssä terveystieteiskeskukset saivat hiukan keskimääräistä harvemmin säännöllisen palautteen erikoissairaanhoidosta sekä tiedon ajan saaneen potilaan lähteen käsittelystä erikoissairaanhoidon sairaalassa (KIS 5 %, ka 14 %).

Hoitoketjujen käyttöönoton suhteen alueen tilanne oli maan keskiarvoa jonkin verran heikompi, mutta tilannetta pyrittiin alueella parantamaan sekä sairaanhoitopiirien välisen että sairaanhoitopiirikohtaisten hankkeiden kautta ohjelman toimeenpanoajana. Alueen terveystieteiskeskustoissa oli useimmin otettu käyttöön kotona asumiseen liittyviä uusia palvelumuotoja (KIS 50 %, ka 41 %). Laadunhallinnan käyttöönotossa alueen terveystieteiskeskukset eivät eronneet muusta maasta.

Potilasasiamiestoiminnan edistäminen tuli yhteistyöryhmän painopistealueeksi hankkeen kuluessa. Terveystieteiskeskustoissa potilasasiamiesten säännöllinen yhteistyö sairaanhoitopiirin kollegojen kanssa oli harvinaisempaa (KIS 18 %, ka 26 %) , mutta työkierto useammin toteutettu kuin maassa keskimäärin (KIS 7 %, ka 4 %). Yhteistyöryhmä katsoi varamiesjärjestelmän olleen työkiertoa tärkeämpi kehittämiskohde.

Alueen sairaanhoitopiirien hankkeissa korostui erikoissairaanhoidon päällekkäisyyksien purkutavoite, joka projektivastaavan raportoinnin mukaan tuntui kariutuvan alue- ja työvoimapolitiittisiin kysymyksiin. Eniten edistyi yöpävystysten yhdistäminen. Terveystieteiskeskukset raportoivat toimintaansa vaikuttaneita päällekkäisyyksien purkuja maan keskitason verran. Sen sijaan

sopimusmenettely oli alueen terveyskeskuksilla keskimääräistä useammin käytössä (KIS 34 %, ka 29 %) ja tämänsuuntaista kehitystä tapahtui hankkeen toimeenpanoaikana. Tähän vaikutti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toiminta.

Hoitoon pääsyn parantaminen ei ollut yhteistyöryhmän valitsema prioriteetitoinen. Tavoitteeksi määriteltiin, että ei-kiireelliseen hoitoon tuli päästä kahden viikon sisällä toimenpideohjelmassa esitetyn kolmen päivän sijaan. Alueella kolmen päivän sisällä lääkäriajan saanti oli maan keskitasoa, samoin väestövastuu-VES:en mukainen toimintatapa, iltavastaanottoja sen sijaan oli vähemmän kuin maassa keskimäärin (KIS 25 %, ka 38 %). Yhteistyöryhmä teki lääkäriäryövoimatilanteesta selvityksen Itä-Suomen läänin alueella, ja totesi tilanteen sinä määrin heikoksi, että esitti alueella realistiseksi tavoitteeksi päästä ei-kiireelliseen hoitoon kahden viikon kuluessa.

Myöskään ammatillisen osaamisen kehittäminen ei korostunut alueella toimeenpannuissa hankkeissa. Alueen terveyskeskuksissa oli kuitenkin maan keskiarvoa harvemmin käytössä ikääntyvän henkilöstön työssä jaksamisen seuranta (KIS 21 %, ka 35 %) sekä koulutustarpeiden kartoitus ja koulutus-suunnitelman tekeminen kaikille ammattiryhmille (KIS 21 %, ka 35 %). Tällä saralla voisi alueelta löytyä kehittämistarpeita.

### **Pohjois-Suomi:**

Pohjois-Suomen yhteistyöryhmä toimi pääasiassa valitsemiensa kärkihankkeiden kautta. Jokaisella kärkihankkeella oli oma projekti- tai työryhmänsä, joka organisoiti toimintaa alueellisesti. Projektiryhmät tuottivat useita tehtäväänsä liittyviä selvityksiä, raportteja ja suosituksia, jotka julkaistiin Oulun Läninhallituksen sarjassa. Tämän lisäksi järjestettiin erilaisia seminaareja sekä alueittaisia koulutustilaisuuksia. Toisaalta työryhmät muodostivat tavallaan myös Pohjois-Suomen kattavat verkostot, jossa eri toimijoiden edustajat pääsivät myös vertaamaan kokemuksiaan. Uutena työmuotona käyttöön otettu terveyskeskuskierros otettiin alueella positiivisesti vastaan.

Palvelurakenteen kehittäminen valittiin yhdeksi keskeiseksi kärkihankkeeksi, ja työryhmä teki suosituksia sairaanhoitopiireille ja kunnille erilaisista Pohjois-Suomen olosuhteet huomioon ottavista kehittämismalleista. Alueen terveyskeskukset raportoivat kyselyssä maan keskiarvoa enemmän toimintaansa oleellisesti vaikuttaneita päällekkäisyyksien purkamisia (PS 37 %, ka 34 %) ja palvelurakenneryhmä raportoi alueella tapahtuneen merkittävää sairaansijojen vähenemistä ja kokonaisten sairaalojen sulkemista hankkeen aikana.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn suhteen tilanne oli Pohjois-Suomessa maan keskiarvoa heikompi sekä kaikille (PS 13 %, ka 18 %) että omalääkäreille (PS 27 %, ka 36 %). Väestövastuu VES oli alueen terveyskeskuksissa myös keskimääräistä harvemmin käytössä (PS 20 %, ka 40 %), ja iltavastaanottoja järjestettiin harvemmin (PS 27 %, ka 38 %). Väestövastuun edistäminen oli yksi kärkihankkeista eikä sitä pystytty alueella edistä-

mään yhteistyöryhmän toimenpiteistä huolimatta. Keskeisin syy oli alueella voimakkaasti pahentunut lääkäripula. Väestövastuun edistämisen puitteissa yhteistyöryhmä organisoikin kuitenkin terveystieteiden keskuksien, jossa lääninhallituksen asiantuntijat jalkautuivat kuntiin keskustelemaan terveydenhuollon tilanteesta.

Alueella pyrittiin edistämään kuntien hyvinvointiohjelmaa sekä lasten ja nuorten hyvinvointiohjelmaa alueellisin seminaarein. Vuoden 2001 lopussa alueella oli maan keskiarvoa vähemmän hyväksytyjä strategioita (PS 24 %, ka 28 %), mutta alueen terveystieteiden keskuksia sellainen oli suunnitteilla useammin kuin maassa keskimäärin. Laadunhallintajärjestelmien suhteen tilanne oli samansuuntainen, dokumentoitu järjestelmä oli käytössä hiukan maan keskitasoa harvemmin (PS 10 %, ka 14 %), mutta kehittämistoiminta oli vilkasta (PS 61 %, ka 43 %). Lasten ja nuorten hyvinvointiohjelmissa ei valtakunnallisessa kyselyssä ollut kysymyksiä, mutta yhteistyöryhmän omassa raportissa mainittiin, että alueen 86 kunnasta seitsemällä oli tällainen ohjelma valmiina ja 23 valmisteli sellaista vuonna 2000.

Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämisellä pyrittiin alueelliseen tietohuoltostrategiaan, jota kautta toteutuisi ohjelman tavoite toimivammista lähete-palautekäytännöistä. Terveystieteiden keskuksista useampi sai säännöllisesti palautetta erikoissairaanhoidosta kuin maassa keskimäärin (PS 46 %, ka 40 %), mutta terveystieteiden keskuksen ja erikoissairaanhoidon välinen tietotekniikkayhteys oli olemassa hiukan keskimääräistä harvemmin (PS 42 %, ka 50 %). Yhteisiä järjestelmiä suunniteltiin kuitenkin yli puolessa alueen terveystieteiden keskuksista. Tieto kotiutuksesta kotisairaanhoidon ei alueella kulkenut kuitenkaan yhtä hyvin kuin maassa keskimäärin.

Pohjois-Suomen terveystieteiden keskuksilla oli muihin yhteistyöalueisiin verrattuna useimmin säännöllistä yhteistyötä mielenterveyspalveluita tuottavien tahojen kanssa (sairaanhoidopiiri, sosiaalitoimi ja yksityiset palveluntuottajat (PS 76 %, 93 %, 42 %; ka 56 %, 66 %, 28 %). Esille nousivat myös diabetespotilaiden ja mielenterveyspotilaiden hoitoketjuihin ja neuvolatoimintaan liittyvät toimenpiteet, joiden tilanne oli siellä maan keskiarvoa parempi (PS 63 %, 42 %, 29 %; ka 51 %, 33 %, 16 %). Ammatillisen osaamisen kehittämisen alueella Pohjois-Suomi erottui siinä, että alueella oli tehty henkilöstön työnjakoon liittyviä uudistuksia maan keskiarvoa useammin (PS 79 %, ka 59 %).

### **4.3 Terveystieteiden keskuksien arvio hankkeesta**

Terveydenhuolto 2000-luvulle -hanketta ei terveystieteiden keskuksissa tunnettu kovinkaan hyvin (Taulukko 37). Useamman kuin joka toisen terveystieteiden keskuksen (56 %) mukaan henkilökunta tunsi valtakunnallinen tavoitteisto melko huonosti ja vajaan neljänneksen (23 %) mukaan ne tunnettiin melko hyvin. Alueelliset hankkeet tunnettiin valtakunnallisia tavoitteita hieman paremmin; 30 %:n mukaan ne tunnettiin melko hyvin ja 48 %:n mukaan melko huonosti. Valtakunnallista tavoitteistoa ei yksikään yhteistyöalue tuntenut

erittäin hyvin, ja ainoastaan yksi terveyskeskus tunsi alueelliset hankkeet erittäin hyvin.

**Taulukko 37:** Valtakunnallisen tavoitteiston tunteminen.

TH 2000-LUVULLE –HANKKEEN VALTA-KUNNALLISEN TAVOIT- TEISTON TUNTEMINEN TERVEYS- KESKUKSISSA (%).	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41	
Hyvin*	22	23	32	16	17	23
Huonosti**	65	65	61	75	76	68
Ei vastausta	13	12	7	9	7	9
YHTEENSÄ	100	100	100	100	100	100

\* Hyvin = erittäin ja melko hyvin,

\*\* Huonosti = erittäin ja melko huonosti

Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueella niin valtakunnallinen tavoitteisto kuin alueelliset hankkeet tunnettiin yhteistyöalueista parhaiten (Taulukko 38). Siellä lähes joka toinen terveyskeskus (47 %) tunsi alueelliset hankkeet (melko tai erittäin) hyvin, kun keskimäärin alle kolmasosa tunsi ne (melko tai erittäin) hyvin. Pohjois-Suomen yhteistyöalueella tunnettiin alueelliset hankkeet yhteistyöalueista huonoimmin. Yhteistyöalueiden välinen ero alueellisten hankkeiden tunnettavuudessa oli merkitsevä ( $p < 0,006$ ).

**Taulukko 38:** Alueellisten hankkeiden tunteminen.

TH 2000-LUVULLE –HANKKEEN ALUEELLISTEN HANKKEIDEN TUNTEMINEN TERVEYSKESKUK- SISSA (%).	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41	
Hyvin*	32	27	47	23	17	31
Huonosti**	54	62	40	71	73	59
Ei vastausta	14	12	12	7	10	11
YHTEENSÄ	100	100	100	100	100	100

\* Hyvin = erittäin ja melko hyvin,

\*\* Huonosti = erittäin ja melko huonosti

Terveyskeskuskyselyssä kartoitettiin toimenpiteittäin TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutusta terveyskeskuksissa toteutettuun kehittämiseen. Terveyskeskusten mukaan vaikutus oli vähäistä tai jonkin verran (ka 1,37 asteikolla 0=ei lainkaan, 1=vähän, 2=jonkin verran, 3=paljon, 4=erittäin paljon). Eniten TH 2000-luvulle –hanke vaikutti toimenpiteisiin, jotka liittyivät palvelurakenteen terveyspalvelujen toimivuuteen (hoitoketju, päällekkäisyyksien purkaminen, tiedonkulku, sopimusmenettely). Vähiten vaikutusta oli palvelurakenteen palvelujen saatavuuteen liittyviin toimenpiteisiin (hoitoon pääsy, sairaalan hoidon tarpeen arvio, väestövastuu, iltavastaanotot). Yhteistyöalueiden keskiarvot vaihtelivat Etelä-Suomen 1,19:stä Pohjois-Suomen 1,55:een. Pohjois-Suomen terveyskeskuksissa arvioitiin TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutus muita paremmaksi 15 toimenpiteen kohdalla. (Liite 5,

ankkeen vaikutus muita paremmaksi 15 toimenpiteen kohdalla. (Liite 5, kysymys 101)

Terveyskeskuksilta kysyttiin avokysymyksellä TH 2000-luvulle –hankkeen puitteissa toteutetuista kehittämistoimenpiteitä. Viidennes terveystalouksista ei vastannut kysymykseen lainkaan ja 17 % ilmoitti, etteivät ne toteuttanut mitään kehittämistoimia TH 2000-luvulle –hankkeen puitteissa. Terveyskeskuksissa toteutettiin eniten väestövastuuseen ja laadunhallintaan liittyvää kehittämistoimintaa, joita toteutti noin viidennes terveystalouksista. Terveystalouden edistämistä tukevaa poikkialueelliseen yhteistyöhön liittyvää kehittämistoimintaa toteutti 15 %:a terveystalouksista, kotona asumiseen ja potilaiden omatoimisuutta tukevien palvelumuotojen lisäämiseen sekä hoitoketjuihin liittyviä kehittämistoimintaa 13 %:a terveystalouksista. Muihin toimenpiteisiin liittyvää kehittämistoimintaa toteutettiin vähemmän. Yhteistyöalueiden välisissä eroavuudessa esille nousi väestövastuuseen liittyvä kehittämistoiminta, jota toteutettiin suhteellisesti eniten Länsi-Suomen yhteistyöalueella.

Lähes joka neljännen terveystalouden mukaan kehittämistoimenpiteiden toteuttamisen ongelmana oli resurssipula. Avokysymyksessä mainittiin erikseen aikapula (19 %), lääkäripula (8 %) sekä henkilöstöpula (7 %). Henkilökunnan vastustus vaikeutti kehittämistoimenpiteiden toteuttamista 6 %:n mukaan ja yhteistyövaikeudet 4 %:n mukaan. Muina ongelmina mainittiin suunnitteluongelmat, tiedon ja taidon puute, hankkeen laajuus (3 %) sekä tiedonkulkuongelmat, yksikön pienuus, henkilöstön heikko sitoutumisen, henkilöstön vaihtuvuus ja se, että hanke on liian kaukana todellisesta käytännöstä (2 %). Yhteistyöalueiden väliset erot eivät olleet merkitseviä.

Noin viidesosan terveystalouden mukaan valtion ohjauksesta tulisi lisätä selvästi vastaavanlaisissa hankkeissa tulevaisuudessa (Taulukko 39). Noin kolmasosan mukaan sitä tulisi lisätä jonkin verran ja suunnilleen yhtä paljon terveystalouden mukaan sitä ei tulisi lisätä lainkaan. Melko suuri osa terveystalouksista jätti vastaamatta kysymykseen. Yhteistyöalueiden välillä ei esiintynyt tilastollista eroa.

**Taulukko 39:** Valtion ohjauksen lisäämisen tarve.

VALTION OHJAUKSEN LISÄÄMINEN VASTAAVANLAISISSA HANKKEISSA TERVEYSKESKUSTEN MUKAAN (%).	YHTEISTYÖALUE					YHT N=205
	E-S n=37	L-S n=26	S-SP n=57	KI-S n=44	P-S n=41	
Selvästi enemmän	14	23	22	21	17	19
Jonkin verran enemmän	27	23	36	30	42	32
Ei	38	35	32	32	22	32
Ei vastausta	22	19	11	18	20	17
YHTEENSÄ	100	100	100	100	100	100

#### 4.4 Yhteistyöalueiden hankekuvaukset

Yhteistyöalueilta pyydettiin strukturoidulla lomakkeella kuvaamaan kehittämishankkeet, jotka toteutettiin / olivat käynnissä / suunniteltiin toteuttavaksi koko TH 2000-luvulle –hankkeen aikana. Hankekuvauksia saatiin yhteistyöalueilta yhteensä 174. Yhteistyöalueet vastasivat hyvin eri tavalla hankekyselyyn. Eniten hankekuvauksia tuli Sisä-Suomen ja Pohjanmaan (n=74) sekä Länsi-Suomen (n=63) yhteistyöalueilta. Suurin osa näistä hankkeista oli sellaisia, joihin TH 2000-luvulle –hankkeella ei ollut lainkaan vaikutusta. Keski- ja Itä-Suomesta sekä Pohjois-Suomesta saatiin molemmista seitsemän hankekuvausta, jotka liittyivät alueella toteutettuihin ”kärkihankkeisiin”. Etelä-Suomen yhteistyöalueelta tuli 23 hankekuvausta. (Taulukko 40)

Neljäsosa hankkeista oli alkanut ja noin kolmasosa hankkeista oli jatkunut tai laajentunut TH 2000 -luvulle –hankkeen vaikutuksesta. TH 2000-luvulle –hankkeella ei ollut vaikutusta 41 %:lle hankkeista.

**Taulukko 40:** TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutus yhteistyöalueilla toteutettuihin hankkeisiin.

TH 2000-LUVULLE –HANKKEEN VAIKUTUS ALUELLISTEN HANK- KEIDEN ALKAMISEEN (%).	YHTEISTYÖALUE JA HANKKEIDEN MÄÄRÄ					YHT N=174
	E-S n=23	L-S n=63	S-SP n=74	KI-S n=7	P-S n=7	
Hanke on alkanut TH 2000-l. vaikutuksesta	44	19	13	71	86	25
Hanke on jatkunut TH 2000-l. vaikutuksesta	17	32	45	29	14	34
TH 2000-l. ei vaikutusta hankkeeseen	39	49	42	0	0	41
YHTEENSÄ	100	100	100	100	100	100

Hankkeista lähes kaikki liittyivät useampaan kuin yhteen toimenpiteeseen. Joka toinen hanke liittyi palvelurakenteen korjaamiseen liittyvään toimenpidokokonaisuuteen. Esille nousivat Etelä-Suomen yhteistyöalueen hankkeet, joista 41 % liittyi terveyden edistämiseen sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan hankkeet, joista selvästi keskimääräistä useampi liittyi potilaan aseman vahvistamiseen. (Taulukko 41)

Erilainen vastaustapa antoi hyvän kuvan hankkeiden kirjosta alueilla. Olettavasti Sisä-Suomen ja Pohjanmaan sekä Länsi-Suomen hankekuvaukset kuvastavat muita paremmin kirjoltaan yleistä tilannetta siitä, missä suhteessa TH 2000-luvulle –hanke vaikutti alueellisten hankkeiden aloittamiseen. Edellä mainituilla yhteistyöalueilla alle viidennes hankkeista alkoi TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta.

**Taulukko 41:** Toimenpidekokonaisuudet, joihin alueelliset hankkeet kohdentuvat.

ALUEELLISTEN HANKKEIDEN KOHDENTUMINEN TOIMENPIDE- KOKONAISUUKSITTAIN (%).	YHTEISTYÖALUE					YHT N=346
	E-S n=46	L-S n=108	S-SP n=147	KI-S n=34	P-S n=11	
Potilaan aseman vahvistaminen	7	4	13	9	0	9
Terveiden edistäminen	41	14	12	18	18	17
Palvelurakenteen korjaaminen	41	56	48	50	64	50
Laadun ja vaikuttavuuden parantaminen	4	11	14	23	18	13
Ammatillisen osaamisen kehittäminen	7	15	13	0	0	11
YHTEENSÄ	100	100	100	100	100	100

Arviointiryhmä valitsi yhteistyöalueiden kehittämissuunnitelmista erilliset hankekuvaukset, joista pyydettiin strukturoidulla lomakkeella kuvausta mm. tavoitteista, resursoinnista, toimintatavoista, organisoinnista ja keskeisistä tuloksista tai tuotoksista. Hankekuvaukset pyydettiin eri toimenpidekokonaisuuksista. Palvelurakenteeseen liittyvästä toimenpidekokonaisuudesta valittiin sen laajuuden takia kaksi hanketta: Etelä-Suomen yhteistyöalueen ”Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin välinen yhteistyö” ja Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueilta ”Laatua ja vaikuttavuutta mielenterveyspalveluihin Kuopiossa”. Länsi-Suomen yhteistyöalueen hankekuvaus liittyi laatuun (”Laadunhallinnan käyttöönotto, Varsinais-Suomi”) ja Pohjois-Suomen terveyden edistämiseen (”Lasten ja nuorten terveys ja hyvinvointi”). Sisä-Suomen ja Pohjanmaan erillishankekuvaus liittyi toimenpidekokonaisuuteen potilaan aseman vahvistamiseen (”Asiakkaan näkökulman huomioiminen”). Hanke ei liittynyt suoranaisesti asetettuihin potilasasiamiestoimintaa koskeviin toimenpiteisiin, vaan kuvasi asiakkaan näkökulmaa ja mielipidettä terveyskeskuksen toiminnasta.

Pohjois-Suomen sekä Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueiden hankkeet alkoivat TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta. Etelä-Suomen hanke oli jo käynnistymässä sairaanhoitopiireissä, mutta se sisällytettiin TH 2000-luvulle –hankkeeseen. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan hanke ei alkanut TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta, mutta se mahdollisti asiakaskäselyn koordinoinnin. Myöskään Länsi-Suomen hanke jatkuvana parantamishankkeena ei alkanut TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta. Länsi-Suomen hanke oli ainoana hankkeena yhä meneillään päättyen vasta vuoden 2003 lopussa.

Kaikki hankkeet toteutettiin osana terveydenhuollon normaalia virkatyötä. Pohjois-Suomen, Etelä-Suomen sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueiden hankkeet saivat rahoitusta TH 2000-luvulle –hankkeen määrärahasta. TH 2000-luvulle –hankkeen yhteistyöryhmä toimi ohjausryhmänä Pohjois-Suomessa sekä Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla, jossa ohjaukseen osallistui lisäksi Pirkanmaan terveyskeskusten johtavia lääkäreitä. Muiden yhteistyöalueiden erillishankkeilla oli omat ohjausryhmänsä. Näistä Länsi-Suomen hankkeella ei TH 2000-luvulle –hankkeen yhteistyöryhmällä ollut roolia lainkaan. Keski- ja Itä-Suomessa yhteistyöryhmän rooli oli hankkeen



käynnistäjä ja Etelä-Suomessa ohjaus- ja keskustelufoorumi sekä osittain rahoittaja.

Länsi-Suomen ja Pohjois-Suomen hanketta lukuun ottamatta muiden alueiden erillishankkeissa oli kehitetty uusia toimintamalleja. Näitä olivat Keski- ja Itä-Suomen hankkeessa mm. työikäisen masennuspotilaan paikallinen hoitomalli ja kuntoutussuunnitelmalomake, joita hyödynnetään laadittaessa mielenterveystyön kuntoutussuunnitelmaa. Etelä-Suomen hankkeessa uutena toimintamallina oli erikoissairaanhoidon rakennemuutos, jonka myötä syntyi useita jatkohankkeita. Sisä-Suomessa ja Pohjanmaalla uutena toimintamallina kehitettiin asiakaspalautemenetelmänä kysely, jota useat terveyskeskukset päättivät jatkaa kokeilun päättyessä. Lisäksi hankkeen raportointia ja analyysia varten perustettiin tutkimusryhmä. Länsi-Suomessa toimintamallien kehittäminen oli vielä kesken ja Pohjois-Suomessa hankkeen tarkoituksena oli mm. verkostoitumisen myötä uusien toimintamallien välittäminen.

Yhteistyöalueiden arviot hankkeidensa tuloksellisuudesta olivat positiiviset. Sisä-Suomi ja Pohjanmaa arvioi asiakaspalautejärjestelmään liittyvän hankkeensa täyttäneen ja jopa ylittäneen sille asetetut tavoitteet. Lisäksi siellä todettiin hankkeen lisänneen yhteistyötä terveyskeskusten ja yliopiston koulutusyksikön välillä. Keski- ja Itä-Suomen mukaan mielenterveyspalveluihin liittyvä hanke lisäsi yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimijoiden kesken sekä paransi hoitoketjun toimivuutta. Länsi-Suomi arvioi laadunhallintaan liittyvän hankkeensa tuloksellisuutta siten, että se on välttämätön palvelujen tason turvaamiseksi. Etelä-Suomen hankkeen tuloksellisuutta kuvasti se, että ensi kertaa kolmen sairaanhoitopiirin erityisosaajat saatettiin yhteen keskustelemaan laajemmin kehittämistyöstä. Projekti oli merkittävä päänavaaja laadulliselle koulutus-, kehittämis- ja konsultaatioyhteistyölle.

#### **4.5 Yhteistyöalueiden omat arviot ohjelman toteutuksesta**

*Etelä-Suomen* alue reflektoi omassa arviossaan onnistuneeksi valinnaksi sen, että alueella tehtiin selviä painotuksia jo hankkeen alusta asti. Kuitenkin selkeiden toimenpiteiden määrittelyä hankaloitti, ettei käytettävissä ollut alkutilanneselvitystä, johon suhteuttaa tarvittavia toimia. Alueella koettiin toimeenpanon hankaluudeksi, ettei yhteistyöryhmällä ollut työkaluja muuttaa tavoitteita aktiiviseksi kehitystyöksi kentällä. Laaja tiedonvälitys ja hyvien käytäntöjen levittäminen koettiin onnistuneiksi toimintamalleiksi. Hankkeen aikana syntyi uusia asiantuntijaverkostoja.

Kiireiset toimeenpanijat oli kuitenkin vaikea sitouttaa hankkeen tavoitteisiin. Useiden toimijoiden ympäristössä puuttuivat perinteet siitä, miten hankkeen vaatima työnjako ja yhteistyö olisi pitänyt organisoida – massiiviset tavoitteet, pieni organisaatio ja vähän resursseja koettiin hankalaksi yhtälöksi. Samaan aikaan meneillään ollut laaja palvelurakenteen muutospro-

sessi HUS-piirin muodostaminen, joka sinällään oli yksi selvitysmiesten esittämistä kehittämishankkeista ja toteutti toimeenpano-ohjelman tavoitetta tarpeettomien päällekkäisyyksien purkamisesta, kilpaili alueen toimijoiden huomiosta ja voimavaroista. Organisaatiouudistusvaiheen jälkeen liikkeelle lähtenyt HUS-piirin oma kehittämistoiminta kuitenkin oli suunnaltaan täysin TH 2000-luvulle –hankkeen tavoitteiden mukaista (tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaaminen, sähköinen lähete-palautejärjestelmä ym.).

*Länsi-Suomen* alue raportoi omana arvionaan jo hankkeen kuluessa, että toimeenpanossa hanke pystyi edesauttamaan asioita, joilla muutenkin oli kentän tuki, kuten laadunhallinta. Sen sijaan vaikeat rakenteelliset kysymykset, törmäsivät alueryhmän riittämättömään painoarvoon todellisena terveydenhuollon toimijana alueella. Yhteistyöryhmä piti kuitenkin tärkeänä saavutuksena erilaisten tärkeiden asioiden keskusteluun ja julkisuuteen nostamista hankkeen kautta. Tällä toiminnalla tuettiin kentän toimijoiden tekemistä ja innostusta. Länsi-Suomen alueen raportoinnissa esitettiin erityiseksi pulmaksi hankkeen toimeenpanon vähäiset resurssit, hankkeen keulahahmon vaihtuminen, toimeenpano-aikaan ajoittunut lääkäri-lakko ja henkilöstöpula, sekä uuden kansallisen projektin käynnistäminen ennen tämän hankkeen valmistumista.

*Sisä-Suomen ja Pohjanmaan* yhteistyöryhmä itse arvioi informaation välitystä yli sairaanhoitopiirirajojen ja kuntatoimijoiden välillä hankkeen tärkeimmäksi saavutukseksi. Yhteistyöalueen valitsemat informaatio-ohjauksen strategiat koettiin pääosin onnistuneiksi, samoin yhteistyöryhmän kokoonpano. Yhteistyöalueella ei ollut mitään hallinnollista yhteistyökulttuuria, mutta hankkeen kautta kehittyi vertaisuteliaisuus toimijoiden välille (ei kuitenkaan naapureiden välille). Alueella koettiin, että ohjelman laaja-alaisuus sekä häytti, että vahvisti hanketta. Häyttana se vähensi toiminnan tehokkuutta, kun toimintaa hajautettiin niin moneen suuntaan, toisaalta yhteistyöryhmän jäsenet kiittivät mahdollisuutta osallistua laaja-alaiseen keskusteluun ja työskentelyyn, mikä ei muilla foorumeilla ollut mahdollista.

*Pohjois-Suomen* alueen omassa arviossa hankkeen koordinoinnin voimavarojen vähäisyys oli keskeinen este sen laajamittaiselle toteutukselle maantieteellisesti laajalla alueella. Seitsemän kärkihankkeen valitseminen helpotti laaja-alaisuuden hallintaa. Kuitenkin alueella asetetut tavoitteet koettiin liian kunnianhimoiseksi käytettävissä olevaan aikaan ja muihin resursseihin nähden. Valituista kärkihankkeista yksi eteni heikosti sillä alueella pahentunut lääkäripula sekä kuntien kiristynyt taloustilanne esti suunnitellut siirtymiset väestövastuiseen toimintatapaan. Kuntien hyvinvointiohjelmien laatiminen ja laatutyö edistyivät käytännössä, muita kärkihankkeiden teemoja pidettiin yllä seminaareissa koulutustilaisuuksissa ja selvityksin. Alueella hanke toimi terveydenhuollon yhteisenä keskustelufoorumina, jossa on opittu toisten kokemuksista.

*Keski- ja Itä-Suomen* yhteistyöryhmä esitti omana arvionaan hankkeen toimeenpanon ongelmaksi sen, että oli vaikea hallita laajojen hankkeiden etenemistä. Tarkempaa kuvausta ei ollut alueellisessa loppuraportissa.

### **Yhteistyöryhmien omia arvioita hankkeen tunnettuudesta**

Vielä 1999 yhteistyöryhmät arvioivat, että hanke tunnettiin melko hyvin terveydenhuollonjohtotehtävissä olevien keskuudessa, mutta ei kovin hyvin henkilöstön tai väestön keskuudessa. Vuoden 2001 lopussa väestö oli edelleen tietämätöntä, mutta terveydenhuollon toimijoiden arveltiin tietävän hankkeesta jo melko hyvin. Tällä toimijatasolla siis oletettiin jonkin verran parannusta tapahtuneen. Tietoisuuden parantuminen liitettiin hankkeen konkreettiseen toimeenpanoon; seminaareihin työkokouksiin ja verkostoitumiseen. Yhteistyöryhmien arvio hankkeen tunnettuudesta oli selvästi optimistisempi kuin terveystieteiden tutkimuksesta välittynyt kuva.

Kaikkea hankkeen piirissä tehtyä työtä ei aina osattu kentällä yhdistää tähän hankkeeseen liittyväksi. Hankkeesta tiedottaminen on keskittynyt lähinnä ammattilaisille suunnattuihin seminaareihin ja työkokouksiin, joiden yhteydessä on myös tehty lehdistötiedotteita. Kuten Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alue raportoi: ”Hankkeen tunnettuus ei ole ollut itsetarkoitus. Toimeenpanotavat asiat ovat olleet etusijalla, ei mediajulkisuus”.

### **Yhteistyöryhmien arvioita ohjauksen ja tuen riittävydestä**

Valtakunnallisia toimeenpanon tukimuotoja olivat toiminnan rahoitus, seminaarit, keskeisten hankkeeseen liittyen kysymysten käsittely valmistelu sekä ohjaus- ja seurantar ryhmien kokouksissa.

Alueet arvioivat ohjaus ja seurantar ryhmän ohjauksen olleen melko riittävää toiminnalleen, Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alue korosti että alueen valitsemassa toimintastrategiassa ulkoisen ohjauksen merkitys oli vähäinen, ja Keski- ja Itä-Suomen alue huomautti ohjausryhmän ottaneen itse asiassa seurantaroolin. Toivomuksena esitettiin, että valmisteluryhmässä olisi voinut systemaattisemmin käsitellä toimeksiannon tehtäviä, sillä nyt niiden kokouskäsitely jäi pinnalliseksi. Pohjois- sekä Keski- ja Itä-Suomen alueet arvioivat ohjausryhmältä saamansa tuen melko riittämättömäksi.

Länsi-Suomen sekä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alue arvioivat keskushallinnon (STM, Stakes, Kuntaliitto) antaman tuen hankkeen toimeenpanolle melko riittäväksi, kun muut yhteistyöalueet kokivat tuen olleen pääosin riittämätöntä. Pohjois-Suomen alue esitti konkreettisen toiveen saada enemmän tilasto ja muuta informaatiota Stakesilta käyttöönsä. (Taulukko 42)

**Taulukko 42.** Alueiden arvio saamansa tuen riittävydestä.

TUKEVA TAHO	YHTEISTYÖALUE				
	E-S	L-S	S-SP	KI-S	P-S
STM	3	2	1	4	2
Stakes	4	2	2	4	4
Kuntaliitto	3	4	4	4	4
Läänihallitus		1	2	2	1
Ohjausryhmä	2	2	3	4	4
Valmisteluryhmä	4	2	2	2	4
Valtakunnalliset seminaarit	3	2	3	2	4

Asteikko 1=täysin riittävä, 2=melko riittävä, 3=ei osaa sanoa, 4=melko riittämätön, 5=täysin riittämätön

Yhteistyöryhmien arvion mukaan valtakunnallisten kokousten ja seminaarien merkitys vertaisyhteydenpidossa jäi vähäiseksi. Etelä-Suomi katsoi toimineensa täysin itsenäisesti, ilman muita yhteyksiä muihin alueisiin kuin kokoukset, muutkin alueet raportoivat hyvin vähän merkityksellistä yhteydenpitoa muihin alueisiin.

Yhteistyöryhmät arvioivat saamansa rahoituksen yleisimmin niukaksi. Sen katsottiin pääosin riittäneen hankkeen hallinnointiin, kun toiminta sopeutettiin olemassa oleviin voimavaroihin. Lisäresursseja olisi toivottu lisähenkilöstön palkkaukseen, tiedottamiseen ja lisäselvitysten tekemiseen.

### Yhteistyöalueiden arvio toimenpiteiden tärkeydestä

Yhteistyöryhmiltä tiedustettiin toimenpiteiden tärkeyttä vuosikertomuskyselyssä. Tulokset osoittivat, että terveyden edistäminen arvioitiin toimenpidekokonaisuuksista tärkeimmäksi (ka 1,3 asteikolla 1=erittäin tärkeä, 2=melko tärkeä, 3=en osaa sanoa, 4=ei kovin tärkeä, 5=ei lainkaan tärkeä). Palvelurakenne -toimenpidekokonaisuudesta palvelujen saatavuuteen liittyneet toimenpiteet arvioitiin melko tärkeiksi (ka 1,85), kuin myös palvelujen laatuun (ka=2,0) ja ammatillisen osaamiseen (ka=2,1) liittyneet toimenpidekokonaisuudet. Potilaan asemaan liittyvä toimenpidekokonaisuus arvioitiin vähiten tärkeäksi (ka 3,3). Toimenpiteen alueellinen ja valtakunnallinen tärkeys kysyttiin erikseen, mutta niissä ei mainittavaa eroavuutta esiintynyt.

Yhteistyöalueiden välinen eroavuus tuli selvimmän esille potilasasiamiestoimintaan liittyvissä toimenpiteissä, jotka Etelä-Suomen sekä Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueet arvioivat muita yhteistyöalueita tärkeämmiksi. Myös neuvolatoimintaan liittyvän toimenpiteen tärkeys vaihteli; Pohjois-Suomen ja Länsi-Suomen yhteistyöalueet katsoivat sen tärkeäksi kehittämiskohteeksi, mutta muut eivät. Kaikista toimenpiteistä vähiten tärkeimmäksi arvioitiin potilasasiamiesten tehtävien vuorottelu. Iltavastaanottojen lisäämiseen liittyntä toimenpidettä ei myöskään arvioitu kovinkaan tärkeäksi.

## 5 POHDINTA

Terveyspalvelujärjestelmään laaja-alaisesti ja monitasoisesti kohdistuvan toimintaohjelman toimeenpano on haasteellinen tehtävä kunnille ja sairaanhoitopiireille hajautetun terveydenhuollon oloissa, varsinkin kun käytettävissä on suhteellisen vähän aikaa ja niukasti resursseja. Tulosten aikaansaanti edellyttää toimivia yhteistoimintasuhteita hallinnon eri tasojen välillä. Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen alueellisessa toimeenpanossa yhteistyöryhmät pyrkivät vaikuttamaan alueidensa terveydenhuollon toimijoihin niin, että nämä kehittäisivät toimintaansa ohjelmassa mainittujen tavoitteiden suuntaisesti. Varsinainen toimintamuutosten toimeenpano oli vastuutettu alueellisille toimijoille (kunnat, terveyskeskukset, sairaanhoitopiirit), joilla oli kuitenkin toimivalta päättää omasta osallistumisestaan.

Yhteistyöryhmille annetun toimintavapauden puitteissa ne valitsivat erilaisia strategioita tehtävänsä toteuttamiseksi. Keskeiseksi kysymykseksi tehtävän toteutuksessa nousi autonomisten toimijoiden sitouttaminen ohjelman tavoitteisiin. Ohjelman toimeenpanoa varten yhteistyöalueille myönnetty resurssit eivät mahdollistaneet toiminnan ohjaamista rahallisilla kannusteilla, jolloin erilaiset informaatio-ohjauksen keinot, kuten tietoisuuden lisääminen, julkisuus, selvitykset ja koulutus, muodostuivat hankkeen toimeenpanossa keskeisiksi välineiksi.

### **Informaatio-ohjauksen onnistuminen**

Ohjelman toimeenpanossa oli informaatio-ohjausta kahdella tasolla: yhtäältä keskushallinnon ja yhteistyöalueiden ja toisaalta yhteistyöryhmien alueiden terveydenhuollon toimijoiden välillä. Keskushallinnon käytännön ohjaus jäi niukaksi. Valtakunnallisella tasolla järjestetyt kokoukset ja seminaarit toimivat kuitenkin keskustelufoorumeina ja antoivat yhteistyöryhmille ja muille alueellisille toimijoille mahdollisuuden vertailla omia toimintamallejaan toisten alueiden ratkaisuihin. Keskustasolla toimineiden ohjaus- ja valmisteluryhmien sitoutuminen näytti heikkenevän ohjelman toteutuksen loppuvaiheessa kokousohallitumisella mitattuna.

Keskeinen informaatio-ohjaajan rooli olikin yhteistyöryhmillä, joiden tuli toiminnallaan saada alueen terveydenhuollon toimijat paitsi lähtemään ohjelmassa määriteltyihin kehittämistöimiin, myös itse rahoittamaan niitä. Ohjauksen onnistumisesta kertoo välillisesti se kuinka hyvin eri toimijat saatiin sitoutumaan ohjelman puitteissa järjestettyihin tilaisuuksiin ja toimintaan. Sitä kautta pyrittiin vaikuttamaan heidän toimintaansa myös omista työpisteistään.

Alueellisten yhteistyöryhmien jäsenten sitoutumisessa, mitattuna kokouksiin osallistumisaktiiviteetilla, esiintyi selvää alueittaista vaihtelua. Henkilöiden valinta osoittautui toiminnalle merkitykselliseksi. Yhteistyöryhmien kokoonpanossa pyrittiin sekä poliittiseen että toimijatasojen edustavuuteen. Kuitenkin varsinkin luottamustehtävän perusteella valittujen henkilöiden

osallistumismotivaatio oli usein heikko. Henkilövalintojen periaatteet olivat kaikilla alueilla samat, mutta valinnat eivät kaikilla alueilla osoittautuneet onnistuneiksi. Ainoastaan yksi alue, Sisä-Suomi ja Pohjanmaa, raportoi ryhmän kokoonpanon onnistuneeksi, ja siellä myös yhteistyöryhmän sitoutuminen oli vahvin mitattuna kokousten määrällä sekä ryhmän osallistumisaktiiviteetilla ja sen pysyvyydellä.

Yhteistyöryhmien vahvimaksi taustaorganisaatioksi mielletyllä organisaatiolla oli myös vaikutusta yhteistyöryhmien toimintatapoihin ja yhteistyötahtojen sitoutumiseen. Etelä-Suomi identifioitui vahvimmin paikalliseen lääninhallitukseen ja sen toiminta oli lääninhallituksen suojissa (ja myös osin sen resursseja käyttäen) tehtyjä selvityksiä, raportteja ja tiedotusta. Tätä kautta ongelmakohtia pyrittiin saamaan toimijoiden tietoisuuteen. Samanlaisen paljon voimavaroja vieneen sairaanhoitopiirien yhdistämishankkeen rinnalla lääninhallituksen johtama hanke ei ehkä saanut riittävää painoarvoa ja näkyvyyttä alueella. Myös Pohjois-Suomi, Länsi-Suomi sekä Keski- ja Itä-Suomen alue tukeutuivat lääninhallitukseen, mutta vaihtelevasti. Samoin paikallisten lääninhallitusten rooli ja suhde toimijoihin erosi alueittain. Sisä-Suomi ja Pohjanmaa koki vahvuudekseen tukeutumisen Tampereen Yliopiston yleislääketieteen laitokseen, jonka hajanaisen alueen toimijat mielsivät neutraaliksi toimijaksi.

Yhteistyöryhmien erilainen organisoituminen kuvaa yhtäältä alueiden erilaisuutta ja toisaalta siitä, että maassamme alueelliset kehittämisorganisaatiot terveydenhuollossa ovat voimakkaassa murroksessa. Vastuun jakautuminen useille toimijoille (kunnat, sairaanhoitopiirit, lääninhallitukset, terveyskeskukset) sekä alueellisten toimijoiden väliset erot toimintapolitiikassa ja työtavoissa eivät parhaalla mahdollisella tavalla edesauta tämänkaltaisten hankkeiden toteutusta.

### **Alueellisten strategioiden toimivuudesta**

Alueet onnistuivat sitouttamisstrategioissaan vaihtelevasti. Parhaiten alueen toimijoiden sitoutumista ja yhteishenkeä tuntuivat kehittävän erilaiset toimijoiden verkostoitumista tukevat sekä uusia keskusteluyhteyksiä avanneet toimintamallit. Tällaisina toimivat mm. alueilla syntyneet asiantuntijaverkostot hankkeen eri teemojen ympärille sekä erilaiset vertaisarvioinnin ja tiedonjaon toimintamallit. Esimerkiksi Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alue oli kirjannut toimintastrategiakseen olla toteutuksesta sairaanhoitopiireittäin vastaavien toimijoiden palveleva tukiverkko. Yhteistyöryhmän toiminta pyrki tukemaan eri tavoin toimijoiden yhteistyötä ja tiedonvaihtoa. Sen valitsevat strategiset palvelutavat olivat positiivisina kannustimina alueen toimijoille, ja myös yhteistyöryhmän jäsenille itselleen. Alue kuvasi yhtenä toiminnan tuloksena vertaisuteliaisuuden syntymisen, toimijoiden kiinnostuksen muiden vastaavassa tilanteessa olevien yksiköiden ratkaisuihin.

Myös muilla alueilla luotiin verkostoja ja uusia keskustelukanavia avautui. Tähän loivat edellytyksiä muun muassa koko aluetta koskeneet asiantuntijaryhmät, teemaseminaarit ja seutukunnalliset neuvottelut. Merkittäviä kes-

kustelufoorumeita olivat myös yksittäisten hankkeiden yhteydessä järjestetyt työkokoukset ja seminaarit. Niissä ohjelman toimeenpano toi yhteen sellaisia toimijoita, joilla muutoin harvoin oli yhteisiä keskustelufoorumeita. Alueiden toimijoita palvelivat ja osaltaan sitoutuivat hankkeeseen myös erilaiset asiantuntijoiden kierrokset toimijoiden parissa. Länsi-Suomessa projektivastaava kiersi kahtena ensimmäisenä hankevuonna toimijoiden keskuudessa aktiivisesti, Pohjois-Suomessa tehtiin sekä sairaanhoitopiirikierros hankkeen alussa että terveystakeskuskiertokierros hankkeen keskivaiheilla. Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöryhmän valitsema seurantarooli tuntui jättävän sen ryhmänä kaikkein kaukaisimmaksi alueensa toimijoista ja prosesseista. Alueella olikin aktiivisempi asiantuntijoista koottu työvaliokunta, jonka jäsenet osallistuivat sairaanhoitopiirien työryhmien kokouksiin.

Sitouttamisen onnistumista voi välillisesti arvioida myös sillä, miten yhteistyöryhmät pystyivät hankkimaan paikallisilta toimijoilta rahoitusta kehittämishankkeille. Rahoituksen myöntäminen on yksi hankkeen tavoitteisiin sitoutumisen ja tulosten omistajuuden merkki. Alueelliset toimijat lähtevät mukaan sellaisen kehittämistyön rahoitukseen, resurssiensa puitteissa, josta kokevat hyötävänsä. Tällaisia olivat esimerkiksi Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueen terveystakeskukset palvelleet asiakaskyselyt ja Etelä-Suomen suuria kaupunkeja kiinnostanut urbaanin terveystalitiikan selvitys.

Kaiken kaikkiaan alueellinen rahoitus oli hankkeen toteutuksessa vähäistä. Resurssien allokoitua ei kuitenkaan pidä suoraviivaisesti käyttää sitoutumisen mittarina, koska alueiden tilanne irrotettavissa olevan kehittämishankkeiden tai henkilöstövoimavarojen suhteen ei ollut samanlainen. Myöskään kerätty tieto rahoituksesta ei anna selvää kuvaa muista kuin yhteistyöryhmän vetämiin hankkeisiin suunnatuista alueellisista panostuksista. Esimerkiksi Itä-Suomen alueen huumehoidon organisoimisprojekti syntyi TH 2000-luvulle –hankkeen vaikutuksesta, mutta sitä varten alueen toimijoilta hankittu rahoitus ei kulkenut yhteistyöryhmän kautta.

### **Toimeenpanon suhde alueella jo olleisiin hankkeisiin**

Alueellisten yhteistyöryhmien toiminnassa näkyi kahdenlainen suhtautuminen alueella jo oleviin hankkeisiin. Toisaalta alueellisiin ja sairaanhoitopiirikohdainten alueryhmien kehittämissuunnitelmiin liitettiin alueella jo meillä olevia valtakunnalliseen toimeenpano-ohjelmaan enemmän tai vähemmän integroituvia hankkeita. Näiden suhteen yhteistyöryhmän rooli oli olemassa olevaa toimintaa tukeva ja kannustava. Toisaalta joidenkin isojen alueella jo olevien hankkeiden varjolla yhteistyöryhmät sulki tiettyä toimintaa käytännössä oman toimintansa ulkopuolelle, kuten Länsi-Suomen Makropilotin tai Etelä-Suomen HUS-yhdistymishankkeen suhteen. Asioiden katsottiin hoituvan ilman yhteistyöryhmän tukipanosta muutenkin.

Olemassa olevien hankkeiden integrointi osaksi kehittämistoimintaa näkyi laajana hankekirjona jo alueiden kehittämissuunnitelmissa sekä arviointiryhmän tekemässä hankeselvityksessä vuonna 2001. Tietyille toimeenpano-ohjelman alueille painottuvien hankkeiden suuri määrä osoittaa toisaalta

sen, että ohjelman toimenpiteiksi oli valittu palvelujärjestelmässä kehittämisen valtavirrassa olevia asioita. Toisaalta jo käynnissä olevien hankkeiden liittäminen TH 2000-luvulle –hankkeeseen oli alueille helpompaa kuin käynnistää aivan uusia hankkeita, joista odotettiin tuloksia lyhyellä aikavälillä jo projektin aikana. Monitoimijaisessa kontekstissa uusien hankkeiden suunnittelu ja toteutus saatettiin kokea kolmivuotisen ohjelma-aikataulun puitteissa epärealistiseksi.

Yksityiskohtaisen ohjeistuksen puuttuminen antoi alueille mahdollisuuden valita oma etenemisensä, mutta toisaalta se voi luoda epätietoisuutta hankkeen perimmäisistä tavoitteista ja mahdollisuuksista ja sitä kautta hidastaa etenemistä. Alueellisten tavoitteiden selkeän ja ripeän muotoilun edellytyksenä olisi ollut, että alueelliset toimijat olisivat tunteneet ohjelman toimenpiteissä mainittujen kehittämiskohteiden paikallisen tilanteen ja siten voineet päätellä paikallisesti tarvittavat toimenpiteet. Näin ei kuitenkaan käytännössä ollut. Useat alueet lähtivät liikkeelle selvityksistä ja kyselyistä, ja muutkin tekivät sellaisia ainakin osasta toimenpiteitä hankkeen myöhemmissä vaiheissa. Tästä TH 2000-luvulle –hankkeen perimmäisestä pyrkimyksestä käytiin vilkasta keskustelua toimeenpanon alkaessa myös seuranta- ja valmisteluryhmissä. Toisten mielestä kehittämistarpeita oli selvitetty jo kyllin (ohjelma perustui valtakunnalliseen selvitysmiesprosessiin) ja oli aika suoraviivaiseen toimintaan. Toiset taas näkivät välttämättömänä ja hyödyllisenä käynnistää omaa aluetta koskevia selvityksiä.

Käytännössä osassa ohjelman toimenpiteistä alueelliseksi tavoitteeksi muotoutui selvitys tai kartoitus alueen tilanteesta, ja varsinaiset toimenpiteet tulevat mahdollisesti seuraamaan vasta tämän hankevaiheen jälkeen. Tämäntyyppinen toiminta sopi toimeenpano-ohjelman muotoiluun, jossa useita tavoitteita oli kirjattu tavoitteiltaan avoimiksi keinopäämääriksi. Tästä hankkeesta syntyneiden ehdotusten ja suunnitelmien toimeenpano riippuu jatkossakin toimijoiden sitoutumisesta hankkeen tavoitteisiin ja käytettävissä olevista resursseista. Nähtäväksi jää, johtavatko alueilla tehdyt selvitykset ja suunnitelmat jatkossa toimenpiteisiin.

### **Yhteistyöryhmien toiminnan tuloksista**

Yhteistyöryhmät toimivat resurssiensa puitteissa aktiivisesti. TH 2000-luvulle –hankkeen yleiset tavoitteet hyväksyttiin laajasti yhteistyöalueilla, vaikkakin (tai mahdollisesti varsinkin siksi, että) käytännön toimia varten niitä voitiin määritellä uudelleen. Toiminnassaan ryhmät keskittyivät pitämään yllä keskustelua keskeisistä terveydenhuoltojärjestelmän kehittämissymyksistä sekä antamaan niille näkyvyyttä. Yhteistyöryhmien toiminta yhdisti alueiden toimijoita yli organisaatorajojen ja loi uusia keskustelukanavia järjestelmän eri tasojen välille. Erilaiset tapaamisfoorumit ja teemaseminaarit toisaalta herättivät terveydenhuollon sisällä kiinnostusta tutustua toisten valitsemiin ratkaisumalleihin ja toisaalta myös levittivät tietoa onnistuneista ratkaisuista syntyneiden verkostojen kautta. Uusia työskentelytapoja kokeiltiin, jotkut kehitetyistä verkostoitumisen malleista olivat jopa



innovatiivisia. Myös uusia kehittämishankkeita kannustettiin liikkeelle. Konkreettisiakin tuloksia syntyi. Yhteistyöalueet tuottivat hankkeen toimeenpanon puitteissa runsaasti erilaisia selvityksiä, suunnitelmia, raportteja ja suosituksia alueelliseksi toiminnaksi, aivan kuten keinopäämääräksi muotoiltujen toimeenpano-ohjelmien osalta voi odottaakin.

Joidenkin tavoitteiden kohdalla voitiin hankkeen aikana nähdä myös kiistattomia myönteisiä tavoitteen suuntaisia muutoksia toiminnoissa, kuten Pohjois-Suomen kuntien hyvinvointiohjelmien ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintajärjestelmien suunnittelun ja käyttöönoton lisääntyminen, tai väestövastuisen toimintamallin edistyminen Länsi-Suomen alueella. Vaikka selkeää yhteyttä käytännön toiminnan muutosten ja yhteistyöryhmien toimien välillä on vaikea osoittaa hankkeen toimeenpanoajan rajoissa, ovat ponnistelut olleet hyödyllisiä, sillä ennen kaikkea ne ovat pitäneet tärkeitä asioita keskustelussa, ja luoneet uusia foorumeita ajatusten ja kokemusten vaihdolle. Hankeorganisaatiot ovat myös luoneet uutta alueellista identiteettiä ja yhteisen oppimisen ja vertaisarvioinnin mekanismeja.

TH 2000-luvulle –hankkeen määrittämällä painopistealueilla on maanlaajuisesti käynnissä satoja kehittämishankkeita, joihin hanke toi osaltaan lisääntynyttä kiinnostusta, ja joissain tapauksessa jopa voimavaroja. TH 2000-luvulle –hankkeen kehittämisen voimavaroja suuntaavat vaikutukset olivat rajallisia, sillä yhteistyöryhmillä ei oltu ajateltukaan olevan suoraa toimivaltaa eikä sille tilapäisenä projektiorganisaationa myöskään kehittynyt riittävää vaikutusvaltaa kohdentaa voimavaroja uudelleen palvelujen tehostamiseksi. Hallinnollisten tai hankekohtaisten kehittämisspyrähdyksen haaste on yleensäkin siinä, kuinka ne kytketään ydintoimintaan ja samalla poistetaan vanhoja toimintamalleja. Alueilla syntyneiden toimintamallien, suunnitelmien ja suositusten kestävyyttä määrittää toisaalta kuinka hyvin alueen toimijat ottavat ne omikseen (omistajuus) ja toisaalta se, kuinka paljon toimijoilla on rahallisia tai muita resursseja allokoitavissa kehittämissuunnitelmiin. Terveyskeskuskyselyn mukaan kuntatasolla sitomattomat kehittämissuunnitelmat olivat marginaalisia. Terveyskeskukset ottivat kiinnostuksella vastaan erilaiset verkostoivat ja vertaistietoa välittävät toimintatavat, joka viestinee kehittäjien yksinäisyydestä kuntatasolla.

Yhteistyöryhmissä kehitetyistä toimintamalleista innovatiivisimmat olivat myös eniten sidoksissa toimeenpanon tueksi luotuun organisaatioon. Esimerkiksi Sisä-Suomen ja Pohjanmaan ryhmä teki tavallaan itsensä tarpeelliseksi alueen toimijoille tuottamalla näille niiden hyödyllisiksi kokemia informaatiopalveluja. Tässä nousee esiin kysymys toiminnan kestävydestä hankkeen päätyttyä, kun sitä ylläpitävä organisaatorakenne purkautuu. Tavanomaisempien tulosten kuten selvitysten ja suunnitelmien kohdalla kestävyys riippuu ennen kaikkea omistajuudesta, eli siitä onko selvityksen kohde koettu alueella keskeiseksi ongelmaksi ja ovatko esitetyt ratkaisumallit hyväksyttävissä. Varmimmalla pohjalla kestävyys suhteeseen ovat toiminnat, joiden kehittäminen oli jo käynnissä hankkeen alkaessa. Näiden suhteen voi kuitenkin kysyä, mikä oli yhteistyöryhmän toiminnan tuoma lisäarvo niiden eteenpäin viemiselle.

## **Terveyskeskusten tilanteesta**

Terveyskeskusten tila oli arviointiryhmän tekemän kyselyn mukaan parempi kuin julkisuuden perusteella voisi päätellä. Palveluiden toimivuus arvioitiin hyväksi toimenpideohjelmaan kuuluvilta osin. Lisäksi terveyskeskuksissa oli käynnissä tai suunnitteilla melko runsaasti kehittämistoimintaa. Kehittämistoimintaa ja palveluiden toimivuutta hättäsivät eniten kehittämisrahoituksen niukkuus ja henkilöstöpula. Lääkäripula nousi terveyskeskusten vastauksissa erityisesti esille. Useiden terveyskeskusten esiin nostama este kehittämistyölle, aikapula, liittyyne oleellisesti henkilövajauksen aiheuttamaan tehtävien kasautumiseen olemassa olevalle henkilöstölle. Nämä terveyskeskusten esille tuomat ongelmat kuvastanevat henkilöstön riittämättömyyden tunnetta ratkaistessaan heihin kohdistuvien odotusten ja käytettävissä olevien resurssien epätasapainoista yhtälöä.

Hoitoon pääsy oli ohjelman toimenpiteiden kohteista ainoa, jossa kehitys hankkeen aikana meni kielteiseen suuntaan koko maassa. Hoitoon pääsyn parantaminen oli monen yhteistyöalueen kehittämistoiminnassa väestövastuun markkinointia terveyskeskuksille eri keinoin. Terveyskeskuskyselyn tulosten mukaan väestövastuinen toimintatapa vaikutti hoitoon pääsyyn myönteisesti. Verrattuna muihin terveyskeskuksiin niissä terveyskeskuksissa, joissa käytössä oli väestövastuu-VES, pääsi hoitoon kolmessa päivässä useammin, hoitoon pääsyä joutui odottamaan harvemmin yli kaksi viikkoa ja TH 2000-luvulle –hankkeen aikana hoitoon pääsy parantui useammin kuin muissa terveyskeskuksissa.

Väestövastuun ja hoitoon pääsyn yhteys ei ollut kuitenkaan yksiselitteinen. Esimerkiksi Länsi-Suomessa hoitoon pääsy kolmessa päivässä toteutui yhteistyöalueista parhaiten, mutta siellä oli väestövastuisia terveyskeskuksia maan keskitason verran. Etelä-Suomessa oli yhteistyöalueista eniten väestövastuisia terveyskeskuksia, mutta huonoin hoitoon pääsy. Pohjois-Suomessa oli niin ikään huono hoitoon pääsy, mutta siellä oli myös vähiten väestövastuisia terveyskeskuksia. Pohjois-Suomen yhteistyöryhmä mainitsikin lääkäripulan vaikeuttaneen väestövastuuseen siirtymistä ja todennäköisesti myös hoitoon pääsyä. Tarvitaankin lisäselvityksiä esimerkiksi siitä, miksi Etelä-Suomessa hoitoon pääsy oli huonointa, vaikka siellä oli laajalti väestövastuinen toimintatapa käytössä. Tulos viitannee, että hoitoonpääsyongelman syyt ovat eri alueilla erilaiset, ja ettei kaikille alueille yhtäläistä ratkaisua ole olemassa.

Toinen keskeinen löydös oli sähköisten potilastietojärjestelmien käytännössä lähes koko terveyskeskusektorin yli ulottuva kattavuus. Lähes kaikilla terveyskeskuksilla oli jokin sähköinen potilastietojärjestelmä, ja niillä, joilla sitä ei ollut, se oli yhtä terveyskeskusta lukuun ottamatta joko suunnitteilla tai käyttöönottovaiheessa. Vaikka tietojärjestelmien kattavuus oli hyvä, vain joka toisella terveyskeskuksella oli sähköinen potilastietojärjestelmäyhteys sairaanhoitopiirin kanssa. Tässä kehityksen ongelmana ovat yhteensopimattomat tietojärjestelmät, joiden muuttaminen yhteensopiviksi vaatisi melkoisia satsauksia varsinkin pieniltä kunnilta. Yhteensopivuusongelmaan

ollaan parhaillaan hakemassa ratkaisuja sekä standardien että teknisen kehittämistyön kautta.

Kuntien hyvinvointistrategioiden laatimisen tilanne oli vielä hajanainen, mutta niiden käyttöönotto alkoi ainakin muutamilla yhteistyöalueilla laajamittaisempana ja systemaattisempana toimintana TH 2000-luvulle –hankkeen aikana. Myös laadunhallinnan tilanne oli terveyskeskuksissa laajamittaisesta kehittämistoiminnasta huolimatta yhä hajanaista. Ainoastaan 14 %:lla terveyskeskuksista oli käytössä dokumentoitu laadunhallinnan järjestelmä koko toiminnassa tai suurimmassa osassa toimintaa. Sen kehittäminen ja käyttöönotto vaatii paneutumista asiaan ja mm. kouluttautumista eikä onnistune normaalin virkatyön lomassa.

Terveyskeskuskyselyn tuloksista ei voida päätellä, kuinka paljon TH 2000-luvulle –hanke vaikutti terveyskeskusten kehittämistoimintaan tai todettuun tilanteeseen. Terveyskeskusten raportoima muutos voi johtua terveyskeskusten normaalista tai muusta jo aiemmin aloitetusta kehittämistoiminnasta. Hankkeen lyhyt aikajänne vaikutti yhtenä tekijänä siihen, että muutosta on pääosin vaikea mieltää TH 2000-luvulle –hankkeesta johtuvaksi.

### **Alueellisen toimeenpanon edellytyksistä**

Ohjelman rahoitusperiaatteeksi oli määritelty toimenpiteiden toteutus osana alueellisten toimijoiden normaalia virkatyötä, jonka vuoksi rahoitusta oli varattu vain yhteistyöryhmän toiminnan organisointiin. Lähes kaikki alueet kokivat STM:n allokoiman resurssoinnin riittämättömäksi suhteessa ohjelmalle asetettuihin tavoitteisiin. Alueet toivat esiin sen, että muutosten ohjaamiseen olisi pitänyt olla resursseja kannustimeksi toimijoiden mukaansaamiseen. Nyt niillä oli välitettävänään tieto kansallisesti asetetuista prioriteeteista, joita tuli ilman erillisresurssien jakomahdollisuutta edistää. Tämä epäsuhta heijastui osin turhautumisena ja projektiväsymyksenä. Hankkeeseen kohdistuneet odotukset koettiin epärealistisen suuriksi, kun yhteistyöryhmän mahdollisuudet tosiasialliseen suoraan vaikuttamiseen olivat vähäiset.

Varsinaisten terveydenhuollossa tapahtuvien muutosten aikaansaamiseksi tarvittavien panostusten olisi pitänyt löytyä toimijoilta itseltään. Käytännössä tämä johti siihen, että aluilla etenivät lähinnä sellaiset kehittämistoimet, joille oli jo olemassa resursseja (valmiita kehittämishankkeita), tai joiden tavoitteet olivat alueella siinä määrin yhteisesti hyväksytyjä, että niiden toteuttamiseen ryhdyttiin hankkeen aikana alueellisella rahoituksella. Ministeriön allokoimilla resursseilla oli mahdollista paitsi pitää yllä keskustelua ja tiedotusta alueilla jo liikkeessä olevien kehittämistoimien etenemisestä, myös ohjata keskustelua niihin teemoihin, joiden suhteen alueilla ei ollut muutoshalukkuutta tai joihin tarpeellisia resursseja ei vielä hankkeen aikana ollut irrotettavissa.

Keskushallinnon samaan aikaan toimeenpano-ohjelman puitteissa toteuttamat kehittämis- ja lainsäädäntötoimet eivät juurikaan käytännössä vaikutta-

neet alueellista toimintaa tukevasti tai häiritsevästi. Kuitenkin monien lähes samannimisten valtakunnallisten terveyshankkeiden samanaikainen olemassaolo sekä hämäsi toimijoita, että jakoi keskeisten keskushallinnon toimijoiden huomiota. Toimeenpanon loppupuolella TH 2000-luvulle –hanke jäi uuden suunnitteilla olevan kansallisen terveydenhuoltoprojektin varjoon.

Hankkeen aikana yhteistyöalueiden ponnisteluja vastaan vaikuttivat monet tekijät, joihin yhteistyöryhmät tai terveydenhuollon toimijat pystyivät huonosti vaikuttamaan. Hankkeen aikana kärjistyi muun muassa taloudellinen ahdinko monissa kunnissa. Lääkäreiden ja eräiden muiden ammattiryhmien siirtyminen haja-asutusalueilta kasvukeskuksiin ja yksityissektorille pahensi terveydenhuollon henkilöstöpulaa, josta kärsivät erityisesti pienet haja-asutusalueiden kunnat. Toimeenpano-ohjelman eräät toimenpiteet olisivat siten mahdollisesti vaatineet myös keskustasolta jonkinlaista asiaan puuttamista. Pahenevan lääkäripulan uhka oli mainittu jo toimeenpano-ohjelman asiakirjassa, mutta sen puitteissa ei ohjelmaan kuitenkaan määritelty keskushallinnon tason toimenpiteitä.

### **Valittujen arviointimenetelmien vahvuuksista ja rajoituksista**

Valtakunnallisten kehittämishankkeiden arviointia on tehty vähän. Vaikka hankkeiden vaikutusten arviointia pidetäänkin tärkeänä, on hankesuunnitelmassa harvoin mietitty ja resurssoitu niiden arviointia. Jos arvioinnin suunnittelu ja toteutus käynnistyy vasta kehittämishankkeen jälkeen, menetetään oleellista informaatiota.

Tämän arvioinnin toteutustavan vahvuutena oli, että se suunniteltiin ja se käynnistyi TH 2000-luvulle –hankkeen varhaisessa käynnistymisvaiheessa ja tietoa kerättiin koko toimeenpanoprosessin ajan. Tiedonkeruussa myös hyödynnettiin erilaisia lähteitä ja menetelmiä (aineisto-, menetelmä- ja lähdetriangulaatio), joka tuotti kattavamman kuvan prosessista kuin jos olisi tyydytty vain hankkeen loppuvaiheessa tai sen päättymisen jälkeen kerättyyn tietoon. Eri aineistojen käytöllä pyrittiin erityisesti muodostamaan mahdollisimman todenmukainen kuva alueilla erityisesti yhteistyöryhmien toiminnan tuloksena syntyneistä ja edenneistä prosesseista ja niiden suunnasta ohjelman aikana. Arvioinnissa korostui prosessiarviointi (formatiivinen arviointi). Alueellisten yhteistyöryhmien tai muiden toimijoiden tekemien interventioiden vaikutuksia terveydenhuollon toimintatapoihin ei evaluaatiotutkimuksen keinoin ollut mahdollista osoittaa.

Käytetyillä aineistoilla ja tietolähteillä oli omat rajoituksensa. Tiedonkeruu kohdistui laaja-alaisuudestaan huolimatta vain tiettyihin toimijoihin, ja monitoimijaisessa ja -tasoisessa ohjelmassa toteutettuna se ei tehnyt oikeutta kaikille toimijoille. Esimerkiksi sairaanhoitopiirien toiminnasta saatiin vain välillistä tietoa, vaikkakin kahdesta lähteestä. Yhteistyöryhmiltä kerätyllä tiedolla päästiin prosessikuvauksessa vain sille tasolle, että alueellisia hankkeita tai projektiryhmiä oli tai syntyi, tarkempaa kuvausta alueellisten hankkeiden tai työryhmien sisäisistä prosesseista ei muodostunut. Esimerkiksi sairaanhoitopiirikohtaisten alueryhmien valitsemista menetelmistä

ohjelman toimenpidekohtien priorisoimiseksi ei saatu tietoa. Myös jotkut terveyskeskuskyselyn kohdat kuvasivat välillisesti sairaanhoitopiirien toimintaa niiden terveyskeskustasolle heijastuvien vaikutusten raportoinnin kautta.

Kerätyn tiedon laatu asetti myös rajoituksia. Terveyskeskuskysely oli poikileikkauskysely, jossa kuitenkin myös kysyttiin toimenpidekohtaisesti tilanteessa tapahtunutta muutosta verrattuna vuoteen 1998. Muutoksen mittaaminen jälkikäteen muistelemiseen perustuen ei ole yhtä luotettavaa kuin kaksi peräkkäistä mittausta, ja tuloksia onkin tältä osin tulkittava erityisen varovasti. Toisaalta myös ohjelman toimenpiteiden paikallinen tulkinta sekä terveyskeskuksen tilanteeseen vaikuttaneet muut kuin hankkeesta johtuvat tekijät vaikeuttavat myös tilanteessa todettujen muutosten tulkintaa. Terveyskeskusten vastausprosentit myös vaihtelivat alueittain, jonka vuoksi niiden keskinäiseen vertailuun on suhtauduttava varoen.

Terveyskeskuksille tehty kysely antoi yleiskuvan kehittämistoiminnasta. Terveyskeskusten toimijat eivät kuitenkaan välttämättä osanneet mieltää alueensa kehittämistyötä TH 2000-luvulle –hankkeeseen kuuluvana. Olettavasti toiminta liitettiin ensisijaisesti alueelliseen taustaorganisaatioon, kuten lääninhallitukseen, sairaanhoitopiiriin tai yliopistoon. Arvioinnissa käytettävissä olleesta aineistosta saatiin siksi vain suuntaa-antavaa tietoa siitä, missä määrin terveyskeskusten kehittämistoiminta liittyi TH 2000-luvulle –hankkeeseen.

TH 2000-luvulle –hankkeessa, joka sisälsi hyvin erityyppisiä toimenpiteitä, joiden toimeenpano johti hyvin erilaisiin projekteihin, varsinaista koko hankkeen lopputulosarviointia (summatiivinen arviointi) ei olisi ollut mahdollista tehdä. Hankkeen vaikuttavuuden osoittimena voitiin kuitenkin arvioida sitä, miten alueryhmien toiminta edisti hankkeiden käynnistymistä TH 2000-luvulle –hankkeen toimenpidealueilla, miten hanke tunnettiin yhteistyöalueilla ja millaisia suunnitelmia, ohjelmia tai malleja hankkeen vaikutuksesta käynnistyi.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

### **Valtakunnallisten ohjelmien rakennetta ja toimeenpanon periaatteita koskevia suosituksia**

Terveydenhuolto 2000-luvulle toimeenpano-ohjelma oli laaja, tavoitteiltaan eritasoisista ja väljästi määritellyistä toimenpiteistä yhdistelty ja useille toimijoille vastuutettu valtakunnallinen ohjelma, jota pyrittiin toteuttamaan lyhyellä aikavälillä, kevyellä organisaatiolla ja terveydenhuollon organisaatioiden omin resurssein.

*Toimeenpantavuuden varmistamiseksi ohjelmat tulee suunnitella kokonaisuuksina, joissa tavoitteet, ohjausmenettelyt, työtavat, resurssit ja toimeenpanon aikajänne ovat loogisessa suhteessa toisiinsa.*

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hanke toteutettiin kuntiin hajautetun terveydenhuollon päättävällän oloissa. Hankkeen toimeenpanossa oli valittu osallistava lähestymistapa, jossa alueiden tuli itse valita laajasta ohjelmasta omat prioriteettinsa sekä määrittellä tarvittavat toimenpiteet. Tämä oli alueiden sitoutumisen kannalta sen selvä vahvuus. Alueellisten toimijoiden oli helpompaa sitoutua niiden itsensä muotoilemiin alueella tärkeäksi koettuihin tavoitteisiin kuin valtakunnallisesti määrättyihin tehtäviin. Omien tavoitteiden kautta pystyttiin myös vahvistamaan alueellista yhteishenkeä. Yhteisten tavoitteiden muotoilu kuitenkin vaatii aikaa, tilanneanalyysia ja neuvotte- luita, mutta ohjelmassa asetettu aikataulu ei mahdollistanut pitkällistä valmisteluprosessia.

*Valtakunnallisten terveydenhuollon kehittämishankkeiden toimeenpanossa on tärkeää saada aikaan paikallisten toimijoiden sitoutuminen ja omistajuus. Tässä hankkeessa saatuja positiivisia kokemuksia voidaan hyödyntää muun muassa erilaisissa seutukunnittaiseen kehittämiseen pyrkivissä hankkeissa.*

*Jo suunnitteluvaiheessa on tarpeen selkiyttää eri tahojen vastuut kehittämistoiminnassa. Pitkäjänteiseen kehittämiseen tähtäävässä toiminnassa väliaikaisen hankeorganisaation rooli voi olla korkeintaan varsinaisia toimijoita tukeva.*

*Alueellisiin tarpeisiin pohjautuvien kehittämistavoitteiden määrittämiselle tulee hankkeen toimeenpanossa varata riittävästi aikaa ja resursseja.*

TH 2000-luvulle –hankkeessa lähestymistapana oli 'toiminnan kehittäminen organisaatioiden normaalina toimintana'. Lähestymistapa on perusteltu pysyvän muutoksen aikaansaamisessa, mutta se on kehittämisen lähestymistä-

voista hitain ja haasteellisin toteuttaa. TH 2000-luvulle –hankkeen toteutus-aikataulu ja voimavarat eivät tukeneet tätä lähestymistapaa parhaalla mahdollisella tavalla. Kentän toimijoiden mahdollisuudet allokoida resursseja kehittämistyöhön osoittautuivat rajallisiksi.

*Osana omaa toimintaa tapahtuvalle kehittämiselle on varattava hankkeissa riittävän pitkä aikajänne. Myös tällainen kehittäminen vaatii resursseja, joiden varmistamisen tulee olla osa hankkeen suunnittelua. Terveysthuollon yksiköillä tulee olla tukeaan taroituksenmukaista tietoa eri ratkaisumalleista. Tieto voi kuitenkin lisätä turhautumista, jos kehittämiseen ei ole allokoitavissa henkilövoimavaroja.*

### **Alueellisen toimeenpanon organisoimista koskevia suosituksia**

Toimeenpanosta vastaavien yhteistyöryhmien osallisuusaktiiviteetissa oli suuria alueellisia eroja. Alueryhmien kokoonpanossa pyrittiin sekä terveydenhuollon eri toimijoiden että poliittiseen edustuksellisuuteen. Kuitenkin varsinkin luottamustehtävän perusteella valittujen ryhmän jäsenten osallisuusaktiivisuus jäi heikoksi. Alueiden toiminta profiloitui usein keskeisten toimijoiden näköiseksi.

*Henkilövalintoihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota toimeenpano-organisaatioita rakennettaessa. Etenkin keskeisten johtohahmojen valinnassa asiantuntijuus ja alueellinen hyväksyttävyyys ovat tärkeitä kriteereitä. Keskeisiin taustaorganisaatioihin liittyvät myönteiset mielikuvat ovat merkityksellisiä alueellisen sitoutumisen edistämisen kannalta.*

*Toimenpiteiden eteenpäin viemiseksi on tärkeää, että toimeenpanoa johtavassa alueellisessa ryhmässä ovat mukana sellaiset keskeiset henkilöt, joilla on toimivaltaa omissa organisaatioissaan. Toteutusta tehostaa myös, jos alueellisissa alatyöryhmissä on edustettuina myös kehittämistyötä käytännössä tekeviä henkilöitä sekä näiden lähi- ja keskijohtoa.*

### **Alueellisen kehittämisen strategioita koskevia suosituksia**

Ohjelman toteutuksessa korostuivat erilaiset informaatio-ohjauksen keinot, joilla alueellisia toimijoita pyrittiin sitouttamaan hankkeen tavoitteisiin, ja ottamaan ne omiksi kehittämistavoitteikseen. Alueelliset yhteistyöryhmät joutuivat kehittämään informaatio-ohjauksen keinot itse ilman merkittävää tukea keskushallinnon taholta, ja ne onnistuivat ohjaustehtävässään vaihtelevasti. Toimiviksi osoittautuivat keinot, jotka palvelivat alueen kehittämistoiminnasta vastaavia tahoja tarkoituksenmukaisella tiedolla, kehittämismenetelmillä tai ratkaisuehdotuksilla tai mahdollistamalla keskustelun ja kokemusten vaihdon muiden samassa tilanteessa olevien tahojen kanssa. Myös

keskusteluyhteyksien avautuminen yli organisaatorajojen koettiin hyödylliseksi. Informaatio-ohjauksen menetelmät korostuvat erityisesti, kun pyritään vaikuttamaan autonomisten toimijoiden päätöksiin kehittämistoiminnan suunnasta ilman resurssiallokaatioita.

*Ennen uusien ohjelmien käynnistämistä on tarpeen koota ja dokumentoida keskitetysti tietoa informaatio-ohjauksen mahdollisuuksista ja rajoista. Tämän hankkeen positiivisia kokemuksia toimivista ja innovatiivisista menetelmistä on syytä hyödyntää ja jalostaa muissa hankkeissa.*

Alueelliset yhteistyöryhmät pystyivät parhaiten vauhdittamaan kehitystä niiden toimeenpano-ohjelman tavoitteiden suuntaan, jotka olivat jo alueilla hyväksytyjä ja joiden kehittämiseen oli jo käynnistetty hankkeita tai sellaisia uusia kehittämiskohteita, joille alueellinen 'tilaus' oli jo olemassa. Alueiden toimijoiden intressien kannalta ristiriitaiset tai syvällistä muutosta edellyttävät toimenpiteet eivät juurikaan edenneet, mutta niitä pidettiin esillä keskustelussa.

*Terveydenhuoltojärjestelmän suurten rakenteellisten muutosten toteuttamiseen tarvitaan alueellinen tahtotila, selkeästi rajatut tavoitteet, riittävä resurssointi ja riittävän pitkä aikajänne.*

### **Hankkeen tuloksista ja terveyskeskusten tilanteesta nousevia suosituksia**

Yhteistyöryhmien toiminta loi uusia kontaktipintoja organisaatioiden ja toimijoiden välille erilaisten verkostojen, neuvottelujen ja seminaarien kautta. Lisäksi yhteistyöryhmät tuottivat toimeenpano-ohjelmien puitteissa runsaasti selvityksiä, suunnitelmia, raportteja ja suosituksia alueelliseksi toiminnaksi. Monet konkreettiset kehittämistoimet ovat vasta alkuvaiheessa tai odottavat toimeenpanoa. Niiden vaikutukset alueelliseen toimintaan tulevat vasta hankkeen toimikauden jälkeen.

*Lyhyen aikavälin ohjelman aikana syntyneiden kehittämissponnistusten tulosten siirtyminen käytännöiksi vaatii suunnitelmallista tukea myös varsinaisen ohjelmakauden jälkeen. Väliaikaisesta hankeorganisaatiosta riippuvien uusien hyviksi koettujen toimintatapojen käyttöönotolle tulee suunnata tukea.*

Terveyskeskusten tilanne hahmottui pääosin myönteisenä, mutta hoitoon pääsyn tilanne vaikeutui hankkeen toimeenpanoaikana kaikilla alueilla. Terveyskeskukset myös kehittivät toimintojaan aktiivisesti, vaikka resurssit olivat niukat. Hankkeessa ilmennyt terveyskeskusten kiinnostus vertaistietoon ja verkostoihin muiden toimijoiden kanssa ilmentäneet kuntatason kehittäjien tuen tarvetta.



*Valtakunnallisissa kehittämishankkeissa tulee kiinnittää erityishuomiota perusterveydenhuollon kehittämisedellytysten parantamiseen.*

### **Suosituksia hankkeiden arvioinnista**

Ohjelman toimeenpanon arvioinnin tiedonkeruu toteutettiin samanaikaisesti hankkeen toteutuksen kanssa, mikä mahdollisti monipuolisen lähteiden käytön ja prosessien tarkan kuvauksen. Toteutuksesta saatujen kokemusten jatkohyödyntämisen kannalta on tärkeää, että hankkeen toteutus on arvioitu ja että toimeenpanijat itse ovat tuottaneet tiedon arviointia varten. Järjestelmällinen hankkeiden arviointi tukee informaatio-ohjausta.

*Kehittämishankkeiden suunnitelmiin tulee sisällyttää myös niiden arvioinnin suunnitelma ja varata resursseja myös sitä varten. Arvioinnin varhainen suunnittelu ja toteutus jo hankkeen kuluessa lisää tuotetun tiedon luotettavuutta.*

## LÄHTEET

- 1 Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16.
- 2 Terveydenhuollon kehittämisprojektin selvitysmiesraportit:
 

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön Työryhmämuistioita 1998:1. Helsinki.

Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Sosiaali- ja terveysministeriön Työryhmämuistioita 1998:2. Helsinki.
3. Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1998:5. 2. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.
4. Alueellisten yhteistyöryhmien asettamispäätökset:
 

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon alueellisen yhteistyöryhmän asettaminen Etelä-Suomen yhteistyöalueelle. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon alueellisen yhteistyöryhmän asettaminen Länsi-Suomen yhteistyöalueelle. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon alueellisen yhteistyöryhmän asettaminen Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yhteistyöalueelle. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon alueellisen yhteistyöryhmän asettaminen Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalueelle. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon alueellisen yhteistyöryhmän asettaminen Pohjois-Suomen yhteistyöalueelle. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.
5. Ohjaus- ja valmisteluryhmien asettamispäätökset:
 

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Valtakunnallisen ohjausryhmän asettaminen. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Valmisteluryhmän asettaminen. Asettamispäätös STM0517:00/15/02/1998.
6. Arvioinnin menetelmiä:
 

Alan Clarke: Evaluation Research: An introduction to principles, methods and practice. Sage Publications 1999.

Jan-Erik Lane: The Public Sector. Concepts, models and approaches. Sage, London 1993.

Jan-Erik Lane: Implementation, accountability and trust. European Journal of Political Research 15:527-546 (1987).

Hannu Leskinen: Kunta Vastuuseen; Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepoliittikan toimeenpano ja sen arviointi. Acta-väitöskirjasarja 1/2001, Helsinki.

Paul Sabtier, Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy* 6:1:21-48.

8. Arviointiryhmän raportit:

Kauttonen Juha, Kinnunen Juha: Terveydenhuolto 2000-luvulle. Lähtötilanteen kartoitus ja arviointisuunnitelma 2000 – 2002. Tammikuu 2000. Julkaisematon raportti.

Kauttonen Juha, Kinnunen Juha, Teperi Juha, Perälä Marja-Leena, Viisainen Kirsi: Terveydenhuolto 2000-luvulle –ohjelman alueellinen toimeenpano 1999. Yhteenvedo alueellisten yhteistyöryhmien vuosikertomuksista. 4.5.2000. Julkaisematon raportti.

Kauttonen Juha: Kotona asumista tukevat palvelut ja mielenterveystyön kehittäminen sekä työssä jaksaminen –taustaselvitys. Joulukuu 2000. Julkaisematon raportti.

9. StakesTiedon julkaisut TH 2000-luvulle –hankkeen terveyskeskuskyselyn aineistosta:

Rintanen Hannu: Perusterveydenhuollon sähköiset potilastietojärjestelmät sekä tietojärjestelmien väliset yhteydet Suomessa. Tietojen käytettävyys eri toimintoihin ja tilastointiin. Avoterveydenhuollon tilastouudistuksen selvitysraportti 1. Julkaisematon raportti.

Nylander O, Nenonen M, Suominen T, Rintanen H: Datasta tietoon – Makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä. Osa 1. Aiheita 14/2002. Stakes. Helsinki 2002.

10. Yhteistyöalueiden kehittämissuunnitelmat 1999:

Etelä-Suomen yhteistyöalueen terveydenhuollon kehittämissuunnitelma 1999 – 2001. Terveydenhuolto 2000-luvulle Etelä-Suomen alueellinen yhteistyöryhmä. 13.4.1999.

Terveydenhuolto 2000-luvulle Terveydenhuollon kehittämissuunnitelman toimeenpano. Länsi-Suomen yhteistyöalueen alueellinen kehittämissuunnitelma. Länsi-Suomen alueen yhteistyöryhmä. 8.4.1999.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueellisen yhteistyöryhmän toimeenpano-ohjelma. 30.3.1999.

Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon alueellinen kehittämissuunnitelma. Keski- ja Itä-Suomen yhteistyöalue. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisu nro 17. 1999.

Terveydenhuolto 2000-luvulle, Pohjois-Suomen alueellinen kehittämissuunnitelma. Pohjois-Suomen yhteistyöryhmä. 30.3.1999.

11. Yhteistyöalueiden loppuraportit 2002:

Terveydenhuolto 2000-luvulle projektin loppuraportti. Terveydenhuolto 2000-luvulle Etelä-Suomen alueellinen yhteistyöryhmä. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisu nro 53. Hakapaino, Helsinki 2002.

Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen loppuraportti. Terveydenhuolto 2000-luvulle Länsi-Suomen alueellinen yhteistyöryhmä. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja nro 8/2002. Turku 2002.

Mattila, Kari, Niskanen, Tarja. Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuolto informatio-ohjauksessa. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan alueellisen yhteistyöryhmän loppu-

raportti. Tampereen yliopisto, yleislääketieteen raportteja 1:2002. Tampereen yliopistopaino Oy, Juves Print, Tampere 2002.

Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen loppuraportti. Keski- ja Itäsuomen alue. Julkaisematon raportti, huhtikuu 2002.

Pohjois-Suomen kehittämissohjelman loppuraportti. Terveydenhuolto 2000-luvulle. Pohjois-Suomen yhteistoiminta-alue. Oulun lääninhallituksen julkaisusarja julkaisu nro 85. Oulu 2002.



Tiedostonimi: TH2000 arviointiraportti.doc  
Hakemisto: K:\DATA  
Malli: C:\WINNT\Profiles\prount\Työpöytä\julkaisupohja2.dot  
Otsikko: 1  
Aihe:  
Tekijä: Pirjo Rousku  
Avainsanat:  
Kommentit:  
Luontipäivä: 14.08.02 14:09  
Version numero: 2  
Viimeksi tallennettu: 14.08.02 14:09  
Viimeksi tallentanut: Pirjo Rousku  
Kokonaismuokkaus aika: 3 minuuttia  
Viimeksi tulostettu: 14.08.02 14:23  
Viimeisestä täydestä tulostuksesta  
Sivuja: 109  
Sanoja: 38 680 (noin)  
Merkkejä: 220 477 (noin)