

Hannu Uusitalo (toim.)

**STAKES SOSIAALI- JA TERVEYSALAN
INFORMAATIO-OHJAAJANA
KOKEMUKSIA JA KEHITYSNÄKYMÄ**

Aiheita 11/1999



Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

ISBN 951-33-0924-X (verkkojulkaisu)
Stakes, Helsinki 1999

ISBN 951-33-0719-9 (moniste)
ISSN 1236-9845
Stakesin monistamo, Helsinki 1999

KUVAILELEHTI

Julkaisun päivämäärä 25.2.1999

Tekijät Hannu Uusitalo (toim.)		Julkaisija Stakes
		Kustantaja Stakes
Julkaisun nimi STAKES SOSIAALI- JA TERVEYSALAN INFORMAATIO-OHJAAJANA Kokemuksia ja kehitysnäkymiä		
Julkaisun sarja ja numero Aiheita-monistesarja 11/1999. Stakes		
Tiivistelmä Suomessa on 1980-luvun puolivälistä lähtien, osin jo 1970-luvulta alkaen, purettu sosiaali- ja terveydenhuollon yksityiskohtaista sääntelyä ja määräyksiä, hajautettu hallintoa ja luovuttu keskusjohtoisesta kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta. Ohjaus on painottunut normi- ja resurssiohjauksesta informaatio- ja asiakasohjauksen suuntaan. Stakesilla on keskeinen asema sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjauksessa. Stakesilla ei ole normi- tai resurssiohjaukseen liittyviä tehtäviä, vaan sen tehtävät liittyvät informaatio-ohjaukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan seuranta ja arviointi, alan kotimaisen ja kansainvälisen tiedon ja osaamisen tuottaminen, hankkiminen ja välittäminen, tilastojen, tiedostojen ja rekisterien ylläpitäminen, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä alan koulutuksen edistäminen ja toteuttaminen ovat Stakesin keskeistä työarkaa. Tässä julkaisussa Stakesin tutkijat, kehittäjät ja tilastonpitäjät tarkastelevat omaa toimintaansa informaatio-ohjauksen näkökulmasta. Kirjoittajat kysyvät, mitä informaatio-ohjaus Stakesin työvälteenä on, mitä se voisi olla ja miten sitä voidaan käyttää nykyistä paremmin. Verrattuna normi- ja resurssiohjaukseen informaatio-ohjaus on kaksisuuntaista. Se on dialogista ja kommunikatiivista vuorovaikutusta. Palvelujen tuottaja- ja kuntatasolla syntyvä tieto välittyy valtakunnalliselle tasolle ja ohjaa sen toimintaa, valtakunnallisella ja alueellisella tasolla syntyvä tieto välittyy paikalliselle tasolle ja palveluiden tuottajille ja ohjaa niiden toimintaa. Informaatio-ohjauksessa kerätään, jalostetaan ja välitetään eri toimijatasojen kannalta merkityksellistä tietoa ja osaamista sekä "ylhäältä alas" että "alhaalta ylös". Stakesin informaatio-ohjauksella on myös horisontaalinen, samalla toimijatasolla olevien vuorovaikutuksellinen luonne. Horisontaalisessa toiminnassa Stakesin rooli on tyyppillisesti toimijoita tukeva, yhteistyötä mahdollistava ja vahvistava. Stakesin informaatio-ohjauksen "kivijalkoja" ovat tutkimus, kehittämistyö ja tietovarannot (tilasto- ja rekisteritoimi). Korkeatasoisen tutkimuksen tuottamaa tietoa informaatio-ohjaus ontuu. Stakes pyrkii eri tavoin kehittämään tutkimuksen merkitystä ja relevanssia sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjauksen kannalta. Kehittämistoiminta on ohjauksen välineenä moni-ilmeinen. Stakesin saamien kokemusten tarkastelun kautta tuodaan esiin kehittämisen menetelmiä ja niiden kehittämistarpeita. Yhteistoiminnalliset kehittämisprojektit, konsultoinnit, pääasiassa projekteihin liittyvä koulutus, laatutyö ja hyvien käytäntöjen edistäminen ovat Stakesin kehittämisen menetelmiä. Tilastot ja rekisterit ovat olennainen osa informaatio-ohjausta. Niiden hyödyntäminen ja kehittäminen lähtee liikkeelle asiakkaiden tarpeista. Stakesin vahvuus ja myös kehittämispotentiaali informaatio-ohjaajana nojaa tutkimuksen, kehittämisen ja tietovarantojen keskinäiseen vuorovaikutukseen. Tiedonvälityksen erilaisten menetelmien ja erilaisten asiakkaiden tarpeiden mukaan kytkeminen tutkimus- ja kehittämisprojektien alkuvaiheessa on Stakesissa voimakkaassa kehittämisvaiheessa.		
Avainsanat Informaatio-ohjaus, sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjaus, informaatio-ohjauksen keinot		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)		
ISSN 1236-9845	ISBN 951-33-0719-0	
Kokonaissivumäärä 50	Kieli Suomi	Hinta 49 mk (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh. (09) 3967 2190 ja (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

Esipuhe

Normi- ja resurssiohjaus on saanut rinnalleen ja osin syrjäytynekin informaatio-ohjauksella. Tietoa on toki käytetty iät ja ajat niin sosiaali- ja terveydenhuollon kuin muunkin yhteiskuntapolitiikan kehittämisen välineenä – enemmän tai vähemmän. Silti on oikein sanoa, että informaatio-ohjaus on verraten uusi ja muotojaan etsivä ohjauksen tapa.

Ohjauksen käsitteen laajennus normi- ja resurssiohjauksesta informaatio-ohjauksen suuntaan ei ole aivan ongelmaton. 'Ohjaus' pitää ensinnäkin sisällään valtakunnallisesti hyväksytyjä menettelyjä, joilla sosiaali- ja terveyspolitiikka kulkeutuu kentän toiminnaksi. Lainsäädäntö, säännökset, määräykset ja ohjeet ovat esimerkkejä tällaisesta normiohjauksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen suunnitelma edustaa ”pehmeämpää” valtioneuvoston ohjausta. Valtion toimitelimenä Stakes osallistuu valtakunnallisesti hyväksytyjen sosiaali- ja terveydenhuollon linjausten toteuttamiseen niillä informaatio-ohjauksen keinoilla, joita tässä muistiossa kuvataan. Kyse on informaatio-ohjauksesta ”ylhäältä alas”, valtioneuvoston dokumenteista käytännön toimintaan.

Jotta ohjaus ”ylhäältä alas” voisi onnistua, se vaatii ajankohtaista ja luotettavaa tietoa siitä, mitkä olosuhteet, voimavarat ja ongelmat sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä ovat. Stakes toimii tässä merkityksessä informaatio-ohjaajana ”alhaalta ylös”: tuo valtakunnalliselle tasolle tietoa siitä, mikä sosiaali- ja terveydenhuollon kentän tilanne ja ongelmat oikeastaan ovat.

Merkittävä osa informaatio-ohjausta muodostuu monenlaisista menettelytavoista, joilla jokin ulkopuolinen asiantuntijataho – esimerkiksi Stakes - arvioi jokin toiminnan kehityssuuntia, tarkoituksenmukaisuutta tai tehokkuutta sekä toteuttaa kehittämishankkeita. Tällainen informaatio-ohjaus perustuu ”ohjattavien” vapaaehtoisuuteen ja edellyttää dialogista suhdetta. Puhetta on horisontaalisesta informaatio-ohjauksesta. Käytännön toiminnasta ja sen ongelmista muodostuva kuva ohjaa valtakunnallista tavoitteiden asettelua, joka puolestaan muuntuu kentän toiminnassa vuorovaikutukselliseksi prosessiksi 'ohjaajan' ja 'ohjattavan' välillä. Ohjauksen käsite ei luontevasti tuo esiin tätä dialogista informaatio-ohjauksen piirrettä. Informaatio-ohjauksen sijasta voitaisiinkin puhua vuorovaikutuksesta.

Ohjaus voidaan ymmärtää myös menettelynä, jolla valtiovalta varmistaa palveluita koskevan lainsäädännön ja muun normiston toteutumisen. Lähestytään valvontaa, jota varten valtiolla on omat toimivaltaiset elimensä myös sosiaali- ja terveydenhuollon alueella. Stakes kohtaa näitä kysymyksiä kehittämistyönsä yhteydessä, mutta sen toimenkuva ei ulotu valvontaan.

Tässä julkaisussa Stakesin tutkijat, kehittäjät ja tilastonpitäjät tarkastelevat omaa toimintaansa informaatio-ohjauksen näkökulmasta. Kirjoittajat kysyvät, mitä informaatio-ohjaus Stakesin työvälineenä on, mitä se voisi olla ja miten sitä voidaan käyttää nykyistä paremmin. Tavoitteena on tuoda esiin informaatio-ohjauksen keinoja sekä tehdä ehdotuksia niiden parantamiseksi.

Uutena toimintatapana informaatio-ohjaus kehittyy ja sitä kehitetään palvelemaan sosiaali- ja terveysalan eri tasoja valtakunnan tasolta toimipaikkatasolle saakka. Uskomme että informaatio-ohjaus on tietoyhteiskuntaan hyvin soveltua ohjauksen muoto.

Hannu Uusitalo

Sisällys

Esipuhe.....	1
1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus (Hannu Uusitalo ja Terhi Lönnfors)	5
Normiohjaus.....	5
Resurssiohjaus.....	5
Asiakasohjaus.....	6
Informaatio-ohjaus	6
2 Mitä informaatio-ohjaus on (Riitta Seppänen-Järvelä)	7
Informaatio-ohjaus kulkee ”ylhäältä alas” ja ”alhaalta ylös”	7
Horisontaalinen ulottuvuus	7
Avoimemmin ohjaavaan informaatio-ohjaukseen?	9
3 Miten tutkimus ohjaa sosiaali- ja terveyspalveluja? (Juha Teperi ja Hannu Valtonen)	9
3.1 Menetelmien arviointi ohjauskeinona (Virpi Semberg, Mikko Mäntysaari ja Tuija Lindqvist)	12
Terveydenhuollon menetelmien arviointi	12
Sosiaalihuollon menetelmien arviointi	14
Arviointitieto ohjauksen keinona	16
4 Kehittämistoiminta ohjauskeinona (Tom Erik Arnkil).....	17
Projektien kirjosta ohjelmiin.....	17
Kehittämissykljen kesto	18
Projektit osana ohjelmia tai ryppäitä.....	18
Moniäänisyys, intressineuvottelut ja vaihtosuhteet	18
Kunta- ja kaupunkipolitiikka	19
Kansalaisyhteiskunta.....	20
Julkisuustyöskentely	21
Kehittämistoiminnan tulosten hyödynnettävyys ja yleistäminen.....	21
Kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arviointi.....	22
Kehittämisen ja tutkimuksen vuorovaikutus.....	22
4.1 Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen arviointi- ja kehittämiskonsultoinnit - ohjausta vai ohjauksen sijasta? (Juhani Lehto ja Simo Kokko).....	23
Miksi ulkopuolinen konsultti?	23
Käytännön kokemuksia.....	24
Konsultti ulkopuolisena asiantuntijana	25
Konsultti välittäjänä	27
4.2 Koulutus informaatio-ohjauksen keinona (Timo Sinervo ja Marko Elovainio)	28
4.3 Laatuöskentely ja hyvät käytännöt (Maarit Outinen ja Marjukka Mäkelä).....	30
Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa.....	30
Arvioinnit (auditoinnit) laadunhallinnassa.....	31
Hyvät toiminta- tai hoitokäytännöt	32
Millä keinoilla edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauskeinona?	33

5 Tilastot ja rekisterit ohjauksen välineenä (Olli Nylander ja Mikko Nenonen).....	35
Normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen	35
Suomalainen tilasto- ja rekisteripohja.....	37
Valtiollisesta suunnitelmasta sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan.....	38
Tilastojen ja rekisterien hyödyntäminen, nykytila ja tulevaisuus	39
Indikaattoreiden seuranta paikallisesti ja valtakunnan tasolla	41
Ohjausmahdollisuuksien arviointi: johtopäätöksiä	42
6 Tiedonvälitys ohjauksen välineenä (Sirikka Mäkeläinen)	43
Media- ja asiakasviestintä	44
Verkkoviestintä	44
Lehdet ja julkaisut.....	44
Julkaisutoiminta	45
7. Terveyspalvelujen ohjauskeinoista muissa maissa (Mauno Konttinen)	46

1 Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus (Hannu Uusitalo ja Terhi Lönnfors)

Suomessa on 1980-luvun puolivälistä lähtien, osin jo 1970-luvulta alkaen, purettu sosiaali- ja terveydenhuollon yksityiskohtaista sääntelyä ja määräyksiä, hajautettu hallintoa ja luovuttu keskusjohtoisesta kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta. Ohjaus on painottunut normi- ja resurssiohjauksesta informaatio- ja asiakasohjauksen suuntaan.

Normiohjaus

Lainsäädäntö edustaa normiohjausta. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä on kunnilla. Se hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja laissa sille säädetyt tehtävät. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuuseen liittyviä lakeja tai asetuksia on runsaat kolmekymmentä. Viime vuosikymmeninä lainsäädäntö on kehittynyt yksityiskohtaisesta sääntelystä väljäköksi puitelainsäädännöksi. Kuntia sitovat ministeriöiden ja keskusvirastojen antamat lakeja ja asetuksia alemmanasteiset normit, määräykset, ohjekirjeet ja yleiskirjeet kumottiin vuosina 1986-91. Poikkeuksen muodostavat ns. subjektiiviset oikeudet. Vaikeavammaisten oikeudet eräisiin vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin toteutettiin asteittain vuosina 1988-1994 siten, että kunnille asetettiin erityinen velvollisuus turvata näiden oikeuksien toteutuminen. Subjektiivinen oikeus lasten päivähoitoon tuli asteittain voimaan vuodesta 1990 lähtien. Se ulottui kaikkiin alle kouluikäisiin vuoden 1996 alusta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, ja läänin alueella lääninhallitukselle. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöstöä ja lääkelaitos lääkehuoltoa, veripalvelutoimintaa ja lääkkeiden ja terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käytön turvallisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen tehtävänä alkoholi- ja tupakkaelinkeinoihin liittyvä lupahallinto ja valvonta.

Resurssiohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut rahoitetaan pääosin kuntien ja valtion keräämien verojen avulla. Valtio osallistuu kunnallisten palveluiden rahoittamiseen laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta sekä tukemalla sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankkeita. Vuonna 1993 toteutetun valtionosuusuudistuksen jälkeen valtio ei enää ohjaa resursseja tiettyihin tehtäviin tai virkoihin. Lähes kaikki kuntia sitoneet yksityiskohtaiset hal-

linnon järjestämistä tai toiminnan laajuutta tai laatua määrittäneet säännökset kumottiin. Vuonna 1995 voimaan tulleessa uudessa kuntalaissa kuntien itsehallintoa korostetaan entistä enemmän.

Asiakasohjaus

Normien purkamisen ja sitovan ohjauksen vähentymisen myötä on ollut tarpeen kehittää uusia ohjauksen muotoja. Asiakasohjauksen käsitteeseen voidaan tiivistää monia pyrkimyksiä asiakkaiden aseman ja oikeuksien sekä palvelujen laadun korostamiseen. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki tuli voimaan vuonna 1993, ja vastaava sosiaalihuollon laki on tekeillä. Perusoikeusuudistus tuli voimaan 1.8.1995, jolloin hallitusmuotoon sisällytettiin säännökset taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä perusoikeuksista sekä täsmennettiin perustuslain yhdenvertaisuutta, oikeusturvaa ja hyvää hallintoa koskevia säännöksiä.

Vuonna 1995 voimaan tullut uusi kuntalaki samoin kuin valtioneuvoston hallinnon kehittämistä koskevat linjaukset korostavat asiakaslähtöisyyttä, kuntalaisten todellisten vaikutusmahdollisuuksien parantamista sekä hallinnon ja palvelutoiminnan näkyvyyttä. Asiakkaiden tarpeiden tulee olla palvelujen järjestämisen lähtökohta. Kuntalaisten palveluista saamat kokemukset muodostavat pohjan julkisten palvelujen laadun kehittämiseksi. Asiakasohjaus edellyttää asiakaspalautejärjestelmien käyttöönottoa ja hyödyntämistä, erilaisten asiakas- ja asukaspaneelien toteuttamista sekä erilaisten palvelusitoumusmallien kehittämistä ja kokeilua.

Informaatio-ohjaus

Normi- ja resurssiohjausta on osittain korvannut myös informaatio-ohjaus. Stakesilla on keskeinen asema sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjauksessa. Stakesilla ei ole normi- tai resurssiohjaukseen liittyviä tehtäviä, vaan sen tehtävät liittyvät informaatio-ohjaukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan seuranta ja arviointi, alan kotimaisen ja kansainvälisen tiedon ja osaamisen tuottaminen hankkiminen ja välittäminen, tilastojen, tiedostojen ja rekisterien ylläpitäminen, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä alan koulutuksen edistäminen ja toteuttaminen ovat Stakesin keskeistä työ-
sarkaa.

Informaatio-ohjauksen tulee perustua koeteltuun ja käyttökelpoiseen tietoon. Stakesin harjoittaman informaatio-ohjauksen kivijalka muodostuu luotettavista rekistereistä, tilastoista ja muista tietovarannoista, sekä uutta tietoa tuottavasta tutkimuksesta ja kehittämistyöstä. Stakesin toteuttama informaatio-ohjaus on moni-ilmeistä, mutta perustuu näiden ydintoimintojen tuottamaan tietoon.

2 Mitä informaatio-ohjaus on (Riitta Seppänen-Järvelä)

Informaatio-ohjaus kulkee ”ylhäältä alas” ja ”alhaalta ylös”

Verrattuna normi- ja resurssiohjaukseen informaatio-ohjauksessa korostuu kaksisuuntaisuus. Normiohjaus perustuu hallinnon organisaatioiden hierarkisiin suhteisiin, jossa eri tasojen toimivaltasuhteet oli tarkasti määritelty. Informaatio-ohjauksen ajatuksena on rikkoa tätä asetelmaa ja aiemmin direktiiviset ohjausviestit muovautuvat vuorovaikutukselliseen muotoon. Ohjauskanava avataan kaksisuuntaiseksi. Alkaa rakentua dialoginen tai kommunikatiivinen vuorovaikutus. Palvelujen tuottaja- ja kuntatasolla syntyvä tieto välittyy valtakunnalliselle tasolle ja ohjaa sen toimintaa, valtakunnallisella ja alueellisella tasolla syntyvä tieto välittyy paikalliselle tasolle ja palveluiden tuottajille ja ohjaa niiden toimintaa. Informaatio-ohjauksessa kerätään, jalostetaan ja välitetään eri toimijatasojen kannalta merkityksellistä tietoa ja osaamista sekä ”ylhäältä alas” että ”alhaalta ylös”.

Normi- ja resurssiohjauksen osittain korvautuminen informaatio-ohjauksella herättää kysymyksen tämän ohjausmenetelmän vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta suhteessa normi- ja resurssiohjaukseen. Missä tilanteissa ja minkä laatuissa kysymyksissä se toimii perinteisiä ohjausmuotoja paremmin, missä asioissa taas huonommin? Onko vertikaalinen informaatio-ohjaus löytänyt tai löytämässä oikeita keinoja tuottaa valtakunnan tason päätöksentekijöille relevanttia tietoa sosiaali- ja terveysalan kehityksestä, ongelmista ja hyvistä käytännöistä? Saavatko kunnalliset päätöksentekijät ja toimintayksiköt tarvitsemaansa tietoa ja osaamisen tukea?

Horisontaalinen ulottuvuus

Stakesin informaatio-ohjauksella on vahva horisontaalinen, samalla toimijatasolla olevien vuorovaikutuksellinen luonne. Sen taustalla on kuntien ja muiden sosiaali- ja terveysalan toimijoiden itsenäisyyden vahvistuminen ja normiohjauksen mureneminen. Malleja toiminnan ohjaamiseksi etsitään toimijatasolta esimerkiksi hyvien työ- ja hoitokäytäntöjen muodossa. Horisontaalisessa toiminnassa Stakesin rooli on tyypillisesti toimijoita tukeva, yhteistyötä mahdollistava ja vahvistava. Se on yksi toimija muiden joukossa. Palvelutuottajien ja toimijoiden kirjo on laajentunut, mikä on vaikuttanut myös horisontaalisten yhteistyösuhteiden luonteeseen.

Millaisia keinoja informaatio-ohjauksella on hyödyntää horisontaalisia kanavia ja ruokkia toimijoiden välisiä yhteyksiä? Horisontaaliselle ulottuvuudelle asettuvat kaikki informaatio-ohjauksen keinot tutkimuksen tulok-

sista, tietovarantojen materiaaliin ja kehittämistoiminnan kokemuksiin, jotka tukevat toimijoiden kehittämistyötä itse- ja vertaisarvioinnin ja vertais-työskentelyn kautta.

Horisontaalinen toiminta perustuu vapaaehtoiseen sitoutumiseen. Toimijoiden itsenäisyyteen liittyy myös vastuu ja samalla valta toiminnan toteuttamisesta, informaation valikoimisesta ja käyttämisestä. Parhaassa tapauksessa toimijat osaavat valita ja käyttävät itselleen hyödyllisen informaation. Kuitenkin toimijoiden välillä on suuria eroja aktiivisuudessa ja kehittämismyönteisyydessä. Aktiiviset toimijat hakeutuvat yhteistyösuhteisiin ja toisaalta tutkijat ja kehittäjät motivoituivat yhteistyöhön innostuneiden kanssa. Vaarana on, että passiiviset toimijat jäävät usein projektien ulkopuolelle. Tarvitaan keinoja saavuttaa kirjava toimijakenttä paremmin.

Eräs informaatio-ohjauksen keino on verkostotoiminta ja -kehittäminen. Verkostotyypisessä työskentelytavassa paikallinen toimija saa tukea omille kehittämispyrkimyksilleen kiinnittymällä valtakunnalliseen hankkeeseen tai ohjelmaan ja toisaalta vertaisiinsa. Toimijat odottavat tutkimus- ja kehittämistyöltä soveltuvuutta ja hyödynnettävyyttä paikallisiin tilanteisiin, minkä vuoksi perinteinen keskushallinnon intressistä ja kysymyksenasettelusta lähtevä toiminta ei houkuttele. Kehitettävän teeman substanssiasiantuntemusta edustavat toimijat itse. Stakesin rooli on lähinnä prosesseja katalysoiva ja mahdollistava sekä toimijoiden kehittämispyrkimyksiä tukeva.

Verkostoivaan horisontaaliseen työskentelyyn voidaan liittää tehokkaampi informaatio-ohjauksen elementti, sillä toimijat odottavat tietoa ja välineitä palvelujen sisällön kehittämiseen. Tähän olisi vastattava uudistamalla tiedon jalostamista informaatio-ohjauksen keinona. Toimijalähtöisellä verkostomaisella työtavalla voidaan vastata toisaalta toimijoiden kehittämistarpeisiin ja jakaa tietoa sekä toisaalta tuoda esiin uusia ajattelutapoja. Tämä muotoilee myös Stakesin roolia enemmän tiedon kanavoimisen ja täsmällisen suuntaamisen tehtävään sekä prosesseja käynnistävään ja tukevaan rooliin. Verkostomaisella työtavalla saavutetaan laajempi toimijajoukko kuin rajatuilla tutkimus- ja kehittämishankkeilla sekä voidaan innostaa passiivisempia toimijoita uudistuksiin. Horisontaalisella toiminnalla varmistetaan informaation omaksumista ja tuetaan hyödyntämistä.

Stakesin roolin kannalta tärkeitä on horisontaalisen ja vertikaalisen ulottuvuuden kohtaamispiste. Tämä tarkoittaa roolin ja toimintatapojen muodostumista horisontaaliselle tasolle ja informaatiolla ohjaamista vertikaalisessa mielessä eli aktiivista roolia tiedon ja kokemusten (esim. hyvät käytännöt) kerääjänä, arvioijana, formuloijana, levittäjänä ja suuntaajana.

Stakesin näkökulmasta tärkeitä kehittämisalueita ovat:

- Verkostomaisen toimintatavan menetelmällinen sekä evaluatiivinen jäsentäminen. Toiminnan vaikuttavuutta on vaikeita hahmottaa ja se vaatii

erilaisia keinoja kuin asetelmaltaan rajatut hankkeet. Stakesin olisi kehitettävä keinoja informaatio-ohjauksen menetelmien kokonaisevaluu-
tion tarpeisiin.

- Tutkimuksen ja kehittämisen yhteisten linkkien vahvistaminen siten että tutkimus palvelisi paremmin horisontaalista ulottuvuutta.

Tiedon jalostamiseen ja informaatio-ohjauksen uusien muotojen hakemiseen kuuluva asia on työkäytäntöjen systemaattinen evaluointi ja levittäminen. Esimerkiksi hyvien työkäytäntöjen tietopankki edistäisi toisaalta toimijoita vertaistoimintaan ja nostaisi esille suositeltavia työtapoja.

Avoimemmin ohjaavaan informaatio-ohjaukseen?

Millainen on Stakesin erityisasema ohjaavan informaation tuottajana eli millainen mandaatti sillä on toimijoiden ohjaajana? Monen toimijan sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä on myös tuottajana moniääninen. On muitakin informaatio-ohjauksen tuottajia, kuten Kuntaliitto ja suuret järjestöt, joiden RAY:n tukema informaation tuotanto ei rajoitu vain omaan jäsenistöön. Stakesilla on lakiin perustuva tehtävä, mutta sen tuottaman tiedon erityistä ohjaavaa/sitovaa luonnetta ei ole täsmällisesti määritelty.

Voidaan kysyä, tulisiko Stakesin informaatio-ohjaukseen tarkoitettujen viestien olla selkeämpiä, toisin sanoen avoimemmin ohjaavia? Tähän suuntaan toimivat jo erilaiset suositukset. Olennaista on koeteltuun tietoon ja läpinäkyviin prosesseihin perustuvan tiedon formuloiminen horisontaalista ulottuvuutta tukevaksi.

3 Miten tutkimus ohjaa sosiaali- ja terveyspalveluja? (Juha Teperi ja Hannu Valtonen)

Tutkimustieto voi ohjata sosiaali- ja terveyspalveluita kolmella päätöksenteon tasolla: kansallisen sosiaali- ja terveystieteiden tasolla, paikallisessa ja organisaatioiden sisäisessä johtamisessa sekä yksittäisten asiakkaiden ja/tai palveluita tuottavien ammattilaisten tekemissä valinnoissa. Eri tasoilla tutkimustiedon merkitys voi vaihdella ongelmia koskevan puhutavan luomisesta vaihtoehtojen arviointiin, eli hyvin yleisluontoisesta vaikuttamisesta konkreettiseen ja selkeästi osoitettavissa olevaan vaikutukseen.

Erityisesti yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen vaikutuksesta politiikan luomisen tasolla on melko runsaasti tietoa. Tutkimusala virisi 1960-luvun USA:ssa, jossa aloitettiin useita mittavia yhteiskuntapoliittisia ohjelmia. Suomessa on 1970-luvulta lähtien tehty useita merkittäviä tutkimuksia. Näistä on lyhyt yhteenveto esimerkiksi Osmo Lampisen (1992) väitöskirjassa. Lampisen mukaan tutkimustieto voi vaikuttaa politiikan sisältöön eri

vaiheissa ja useita eri kanavia pitkin. Tutkimustiedon vaikutus riippuu monesta eri tekijästä:

- Jos muutos alkaa laajalla kansalaiskeskustelulla tutkimustiedon käytölle on hyvät edellytykset. Jos muutos taas politisoituu ja istutetaan olemassaoleviin käytäntöihin varhaisessa vaiheessa, tutkimustietoa hyödynnetään usein valikoivasti hakemalla tukea jo valituille linjauksille.
- Tutkijat käyttävät julkisen keskusteluvaiheen hyväkseen tuomalla aktiivisesti näkemyksiään.
- Tutkijat ovat mukana myös päätösten valmistelussa. Pelkästään tutkimuksen kautta vaikuttaminen on tehotonta. Muodollisen asiantuntijaroolin (esimerkiksi työryhmän jäsenyyden) kautta tutkijat pääsevät tasavertaiseen asemaan muiden päätöksentekoa valmistelevien toimijoiden kanssa ja siksi myös tutkimustiedon vaikutus on suurempi.
- Valmistelun aikana arvioidaan eri politiikkavaihtoehtoja. Tutkimusalan vakiintunut asema ja näkyvyys tukee tiedon käyttöä.

Tieteellisen tiedon hyödyntämisestä sosiaali- ja terveystieteiden johtamisessa tiedetään aika vähän. Vaikuttaa siltä, että ongelma on tiedostettu ja alan kansainvälinen tutkimus on lisääntymässä. Eri maiden palvelujärjestelmät ovat erilaisia, eikä yhdestä järjestelmästä saatua tietoa aina voi yleistää muihin. Suomessa asiaa on tutkittu vähän. Paikallisen päätöksenteon ymmärtäminen on ensiarvoisen tärkeää Suomen hajautetussa ja monia muutoksia kokeneessa järjestelmässä. Tämä on haaste palvelujärjestelmän kehittämistä palvelevalle tutkimukselle.

Yksittäisten asiakkaiden ja/tai ammattilaisten päätöksenteon suhdetta tieteelliseen tietoon on 1980- ja 1990 -luvuilla tutkittu paljon erityisesti terveydenhuollon piirissä. Tavallisesti on oletettu, että terveydenhuollon ammattilaisten toiminta on vahvasti tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa. Esimerkit laajoista vaihteluista hoitokäytännöissä sekä lääketieteellisen tietämyksen järjestelmällisestä huomiotta jättämisestä ovat horjuttaneet tätä kuvaa.

Tieto ei automaattisesti muutu käytännöksi edes lääketieteen ja terveydenhuollon huokoiseksi luullulla rajapinnalla. ”Näyttöön perustuvan lääketieteen” nimellä kulkevat uudet aloitteet ovat syntyneet tästä oivalluksesta. Keskeiseksi tutkimuksen ja kehittämisen kysymykseksi on noussut se, kuinka tutkimustieto voidaan viedä käytäntöön. Vaikka pääosa keskustelusta on käyty kliinisten käytäntöjen yhteydessä, sillä on runsaasti yhtymäkohtia organisaatioiden johtamisen kysymyksiin.

Tutkimuksen menestyksellinen käytäntöön soveltaminen edellyttää, että tiedon käyttäjälle on eduksi soveltaa tutkimustietoa omassa päätöksenteossään. Tämä merkitsee, että tiedon tulee olla merkityksellistä käyttäjälle. Hänen tavassaan hahmottaa työtään täytyy olla joku paikka, johon uuden tiedon voi ripustaa. Onnistunut tiedon soveltaminen tapahtuu vaiheittain. Näitä ovat tiedolle herkistyminen, varsinainen tiedon hyödyntäminen sekä tehtyjen va-

lintojen vahvistaminen uudella tutkimustiedolla. Nämä vaiheet voidaan toteuttaa useilla tavoilla. Hoitokäytäntöjen ohjaamisen kannalta menetelmiä ovat esitelleet esim. Hermanson ja Teperi (1994).

Yksittäistä menetelmää (esim. koulutus, palautetietojärjestelmät, auditointi, hallinnolliset toimenpiteet, taloudelliset yllykkeet, sosiaalisen vuorovaikutuksen menetelmät) tärkeämmältä näyttää se, että asiat tapahtuvat oikeassa järjestyksessä: tutkimustiedon käyttäjien tulisi olla mukana tutkimuksen tavoitteita asetettaessa ja käydä läpi herkistymisen, tiedon hyödyntämisen ja vahvistamisen vaiheet. Yksi lupaava tapa toteuttaa hyödyntämiseen tähtävä tutkimusta on saada tiedon käyttäjät mukaan koko (tutkimus)prosessiin sen suunnittelusta ja toteutuksesta lähtien. Näin hyödyntäminen voi alkaa ensimmäisenä vaiheena tutkimusta - prosessin aikana tiedon potentiaaliset käyttäjät sitoutuvat yhteiseen työhön sekä arvioivat ja hyödyntävät sitä.

Palvelujärjestelmään vaikuttavan tutkimuksen kehityssuuntana on pyrkimys selvittää toiminnan perimmäisiä tuloksia eli hyvinvointivaikutuksia. Eri aloilla tutkimus on eri kehitysvaiheissa, mutta suunta on sama. Hyvinvointivaikutusten tutkimus yhdistettynä toiminnan prosessien tutkimukseen tuottaa merkittävää tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ohjaamiseen.

Stakesissa tehtävän tutkimuksen tavoitteena on palvella sosiaali- ja terveysalan kehittämistä tutkimuksen keinoin. Korkeatasoinen tutkimus on välttämätön mutta ei riittävä edellytys menetykselliselle informaatio-ohjaukselle. Stakes pyrkii kehittämään tutkimuksen ohjaavaa roolia edelleen

- kohdentamalla tutkimusta kysymyksiin, joissa informaatio-ohjauksen tarve on suuri;
- kytkemällä tutkimus kehittämistyöhön silloin kun se on tarkoituksenmukaista;
- ottamalla asiakkaita mukaan tutkimushankkeiden kehittelyyn;
- huolehtimalla siitä, että tutkimus ja tietovarantotoiminnot toimivat yhteistyössä;
- kiinnittämällä merkittävää huomiota tutkimustulosten tiedonvälitykseen erilaisille asiakaskunnille.

Viitteet:

Hermanson Terhi, Teperi Juha. Miten ohjata terveydenhuollon hoitokäytäntöjä? Suomen Lääkärilehti 1994:49:3741-4.

Lampinen Osmo. The Utilization of Social Science Research in Public Policy. Suomen Akatemian julkaisu 4/92, VAPK-Kustannus, Helsinki 1992. ISBN951-37-0849-7.

3.1 Menetelmien arviointi ohjauskeinona (Virpi Semberg, Mikko Mäntysaari ja Tuija Lindqvist)

Arviointitutkimuksen ja –toiminnan nousu on jatkunut 1990-luvulla kaikissa kehittyneissä hyvinvointivaltioissa. Sosiaali- ja terveydenhuolto on arviointitiedon käyttäjänä monessa suhteessa edelläkävijä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat on hyödynnettävä mahdollisimman tarkkaan. Siksi olisi käytettävä sellaisia menetelmiä, jotka on tieteellisen tutkimuksen keinoin osoitettu tehokkaiksi ja vaikuttaviksi. Menetelmien arviointi tuottaa tällaista tietoa päätöksenteon tueksi. Menetelmien arviointitoiminta koostuu tutkimuksesta ja tutkimustiedon välittämisestä. Molemmat ovat yhtä tärkeitä. Arviointitoiminnalla ja käytännön toiminnalla tulee olla toinen toistaan tukeva vuorovaikutussuhde. Edistämällä vaikuttavuustiedon käyttöä jokapäiväisessä päätöksenteossa edistetään samalla koko terveyden- ja sosiaalihuoltojärjestelmän vaikuttavuutta.

Arviointitutkimusta tarvitaan erityisesti, jos jonkin menetelmän käytössä havaitaan merkittävää alueellista vaihtelua, jos menetelmän hankinta tai ylläpitokustannukset ovat suuret, jos kyse on kiistanalaisesta menetelmästä (esim. keinohedelmöitys, geeniseulonnat, sijaiskotisijoitus), jos menetelmä on monimutkainen ja jos menetelmä on uusi tai menetelmää koskeva paras mahdollinen tutkimustieto puuttuu. Tutkimustietoa tarvitsevat paitsi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattilaiset jokapäiväisessä työssään, myös valtakunnan tason päätöksentekijät voimavarojen kohdentamispäätöksiä tehdessään. Luotettavaa tutkimustietoa tarvitsevat maallikkopäätäjät niin valtakunnallisella kuin paikallistasollakin. Tietoa menetelmien vaikuttavuudesta tarvitsevat yhä enemmän myös palvelujärjestelmien asiakkaat, koska asiakkaan rooli hoitopäätöstä tehtäessä on entistä tärkeämpi. Koska arviointitietoa käyttävät monet erilaiset päätöksentekijät tulee tutkimustuloksista tiedotettaessa kiinnittää erityistä huomiota tekstin räätälöintiin kullekin käyttäjäryhmälle sopivaksi.

Terveydenhuollon menetelmien arviointi

Stakesissa terveydenhuollon menetelmien arviointitoimintaan keskittyvä yksikkö on FinOHTA (Finnish Office for Health Care Technology Assessment).

Terveydenhuollon menetelmä -käsite on laaja kattaen diagnostiset menetelmät, erilaiset hoitomenetelmät, lääkkeet, lääkintälaitteet, ehkäisevät ja kuntouttavat toimenpiteet sekä hallinnolliset ja organisatoriset toimenpiteet ja ratkaisut. Arviointitutkimus on monitieteistä ja -ammattillista. Tutkittavasta menetelmästä pyritään selvittämään seuraavia seikkoja:

- tekninen tehokkuus ja turvallisuus,
- kliininen turvallisuus, teho ja vaikuttavuus

- kustannukset ja kustannusvaikuttavuus
- organisatoriset vaikutukset
- sosiaaliset ja eettiset näkökohdat ja seuraamukset
- kulttuuriset ulottuvuudet.

Jokaisella menetelmällä on elinkaarensa. Olisi tärkeää tehdä arviointia menetelmän elinkaaren alkuvaiheessa, jotta käyttöön ei vakiintuisi vaikuttamattomia tai jopa vahingollisia menetelmiä. Myös jo vakiintuneessa käytössä oleviin menetelmiin tulee kohdentaa arviointitutkimusta, jotta voitaisiin antaa perusteita luopua vaikuttamattomista menetelmistä.

Terveystieteiden käyttämä teknologia on maailmanlaajuisesti pääosin samanlaista ja terveydenhuollon tieteellinen tietopohja (tieteellinen tutkimustieto) on yhteinen. Myös terveydenhuollon menetelmien arvioinnin teoreettinen pohja on yleismaailmallisesti sama. Siksi on luonnollista, että myös menetelmiin kohdistuvia arviointituloksia hyödynnetään yli kansallisrajojen ja tehdään myös ylikansallisia arviointitutkimuksia. Terveystieteiden vaikutavuutta Suomessa voidaan siten edistää merkittävästi hyödyntämällä tehokkaasti kansainvälistä yhteistyötä menetelmien arvioinnin alalla. Kansainvälinen yhteistyö nähdäänkin välttämättömyytenä, joka voi estää paitsi turhan, päällekkäisen tutkimustyön se myös auttaa suuntaamaan arviointitutkimusta sellaisiin kohteisiin, joista laadukas tutkimus puuttuu.

Perustamalla tähän toimintaan keskittyvän yksikön (FinOHTAn) Suomi on seurannut maailmanlaajuisia kehityksiä. Aktiviteetti alkoi 1970-luvulla Yhdysvalloissa ja on juuri tällä hetkellä voimakkaasti kasvamassa eri maissa. Ruotsi on tällä alueella edelläkävijä Pohjoismaissa. Kun parin viimevuoden aikana perustettiin myös Norjaan ja Tanskaan vastaavat, pelkästään terveydenhuollon menetelmien arviointiin keskittyvät organisaatiot myös konkreettinen pohjoismainen yhteistyön kehittäminen vauhdittui vuonna 1998. Selvimmin menetelmien arviointitietoa myös terveystieteiden makrotason päätösten pohjaksi vaaditaan ja käytetään Britanniassa ja Hollannissa. Näissä maissa arviointi-tutkimustietoa käytetään mm. pohjana päätöksille siitä, mitä menetelmiä otetaan julkisen tuen piiriin. Tähän käytäntöön tulisi edetä myös suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Arviointitieto helpottaa voimavarojen uudelleenkohdentamisessa ja vähentää siten osaltaan perusteetonta priorisointitarvetta.

Arviointitoimintaan kuuluu monitieteisen tutkimusotteen lisäksi olennaisena tutkimuksen ja käytännön toiminnan yhteys. Tutkimustiedon odotetaan aiheuttavan muutoksia käytännön toiminnassa ja siten arviointiyksiköitten toiminnassa tiedon levittämällä on keskeinen merkitys. Tutkimustulosten käyttöä pyritään edistämään ja seuraamaan aktiivisesti. Ruotsissa on tietoa levittämään luotu alueellinen ns. "ambassadör" -järjestelmä. Englanti panostaa voimakkaasti tutkimustiedon käyttäjäkohtaiseen muokkaamiseen ja myös kuluttajille tiedottamiseen.

Arviointiosaamisen edistämiseen (tutkimusosaaminen, tiedon käytön soveltaminen) kiinnitetään voimakasta huomiota kaikissa niissä maissa, joissa on arviointitoimintaa keskittynyt organisaatio. Koulutusta järjestetään paitsi kirjallisuuden kriittiseen arviointiin myös varsinaisten tutkimusmenetelmien soveltamiseen.

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA on toimintansa alusta lähtien osallistunut kansainväliseen yhteistyöhön, jotta se saa nopeasti ja joustavasti käyttöönsä uusimman tiedon jo valmistuneista ja tekeillä olevista tutkimuksista sekä arviointitoiminnan menetelmistä ja kansainvälisistä painoalueista. Lisäksi FinOHTA edistää suomalaisten tutkimusryhmien osallistumista kansainväliseen tutkimusyhteistyöhön.

Arviointiorganisaatioiden kansainväliseen verkostoon (INAHTA International Network of Agencies for Health Technology Assessment) kuuluu tällä hetkellä 27 organisaatioita 15 maasta. INAHTA pitää yllä tietokantaa jäsenorganisaatioissaan tehtävistä arviointitutkimuksista sekä koordinoi joi-takin yhteishankkeita. Kansainvälisen arviointiseura ISTAHC (International Network of Agencies for Health Technology Assessment) on pääosin henkilöjärjestö ja avoin myös kaupallisille arviointiorganisaatioille. Pääasiallis-in toimintamuoto on tieteellisen lehden julkaiseminen sekä vuosittain jär-jestettävä mittava tieteellinen kongressi. Eurooppalaisten arviointiorgani-saatioiden yhteistyö on jatkunut Euroopan Unionin tukemissa projekteissa jo muutaman vuoden ajan.

Sosiaalihuollon menetelmien arviointi

Stakesissa sosiaalihuollon menetelmien arviointia kehittää Palvelut ja laatu-tulosyksikössä vuonna 1997 käynnistynyt Sosiaalihuollon menetelmien ar-viointiprojekti (FinSoc).

Sosiaalihuollossa menetelmä voidaan määritellä tavoitteellisesti sovelletuk-si, toistettavaksi ja siirrettävissä olevaksi toimenpiteeksi tai tekniikaksi. Me-netelmät voivat tarkoittaa mm. palvelujen käyttäjän elämäntilanteen arvi-oinnissa sovellettuja toimintatapoja, palvelujen tuottamisessa käytettyjä toimintatapoja, teknologiaa ja organisatorisia ratkaisuja.

Arviointitiedon entistä parempaan hyödyntämiseen sosiaalihuollossa on hy-viä edellytyksiä. Kunnallisella sosiaalijohdolla on myönteinen perusasenne arviointiin, mikä johtuu tulos- ja laatujohtamisesta saaduista myönteisistä kokemuksista. Kunnallistalouden vaikeudet aiheuttavat priorisointipaineita, joihin vastaaminen nähdään mahdolliseksi arviointitiedon avulla.

EU:n jäsenyyden myötä projektimainen työskentely on levinnyt kunnalli-seen mutta ennen kaikkea sosiaalialan järjestöjen palvelujen tuotantoon. Ul-kopuoliset projekti-hankkeiden rahoittajat vaativat yhä enemmän myös

hankkeiden arviointia. Tämä koskee jo nyt EU:n rahoittamia hankkeita ja tätä linjaa Suomessa jatkaa myös Raha-automaattiyhdistys. Erityisesti järjestöillä on vahvaa kiinnostusta arviointien toteuttamiseen.

Käytännön sosiaalityöntekijöillä ja muilla ammattilaisilla on vahvaa kiinnostusta työn vaikutusten selvittämiseen. Ammattilaisten kannalta on tärkeä seurata tehdyn työn vaikuttavuutta myös ammattieettisistä syistä. Ainakin lastensuojelussa tehdyillä ratkaisuilla on aina erittäin suuria vaikutuksia lasten elämään. Myös kansalaiset sosiaalihuollon palvelujen käyttäjinä ja rahoittajina ovat yhä kiinnostuneempia sosiaalityön tuloksellisuudesta (esim. huostaanotot, sijaiskotitoiminta, huoltoriippuvuuden ongelmat, joista kaikista on viime vuosina julkisuudessa keskusteltu).

Kaikki sosiaalihuollossa tehtävä arviointitoiminta ei ole menetelmien arviointia. Arviointitoiminnalle yleensä onkin ehkä suurempi tilaus kuin erityisesti menetelmien arvioinnille. Esimerkiksi projektiarviointi tai hallinnon arviointi ovat tätä yleistä arviointitiedon tuottamista.

Menetelmien arvioinnin pulmana sosiaalihuollon alalla on siirrettävissä olevien, systemaattisesti ja tavoitteellisesti sovellettavien menetelmien vähäinen määrä. Kyse ei ole vain suomalaisesta ongelmasta: tuore ruotsalainen laaja kartoitus osoitti sosiaalityön työmenetelmien vähäisyyden sekä ruotsalaisessa yliopisto-opetuksessa että käytännön työssä.

Tarkasti rajattujen menetelmien pieni määrä kytkeytyy toiseen sosiaalihuollon arviointitoiminnan ominaispiirteeseen: arviointiin tähtäävän tutkimuksen vähäisyyteen. Vaikka sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen yliopistolaisessa tutkimuksessa kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomiota tutkimustiedon sovellettavuuteen, suhtautuvat monet vakiintuneet tutkimussuuntaukset edelleen epäillen arviointiin. Sosiaalihuollon arviointitutkimus joutuu vastaamaan metodologisiin haasteisiin: Kausaalisuhteiden osoittaminen on sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen tutkimuksessa usein vaikeaa tai jopa mahdotonta. Terveystieteiden menetelmien arvioinnissa yleinen satunnaistettu koeasetelma on sosiaalihuollon tutkimuksessa hyvin harvinainen tutkimusasetelma. Arviointitutkimuksen menetelmällisten ongelmien ratkaisemisessa FinSoc tekee aktiivista yhteistyötä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

Arviointitiedon soveltamiseen liittyvään varovaisuuteen on vahvat perusteet: sosiaalihuollon tutkimuksessa on vakiintunut ymmärrys ammatillisen osaamisen hitaasta kasvusta. Ammatillinen osaaminen syntyy perusopetuksen, tutkimustiedon soveltamisen ja oman ammatillisen kokemuksen vuorovaikutuksessa, oppimisprosessissa joka kestää pitkään. Pitkään alalla toimineen ammattilaisen ja vasta perustutkinnon suorittaneen aloittelijan tapaan käyttää tutkimustietoa ja myös menetelmiä koskevaa arviointitietoa on luonnollisesti varsin erilainen. Sosiaalityön tutkimuksen piirissä tunnustetaan yleisesti ns. refleksiivisen tiedon ja "hiljaisen tiedon" merkitys ammat-

tilaisen työssä. Siksi sosiaalihuollon asiantuntijuuden erityisluonteeseen kohdistuvalla tutkimuksella on merkitystä myös menetelmien arviointitoiminnan tuottaman tiedon kannalta.

Haasteena on siten - ei vain menetelmien arviointi - vaan myös arvioitavissa olevien interventiomenetelmien kehittäminen. Kokonaisvaltaiseen ja systemaattiseen, kaikkien arvioitavissa olevien menetelmien kartoittamiseen ei sosiaalihuollossa ole mahdollisuuksia eikä ehkä tarvettakaan. Sosiaalihuollossa sovellettavan tiedon erityisluonteesta johtuen myös aktiivi yhteistyö ammattilaisten kanssa on tärkeää. Tästä FinSoc on saanut hyviä kokemuksia vuonna 1998 järjestetyillä Arviointitutkimuksen päivillä, joilla sosiaalihuollon ammattilaiset ovat mukana keskustelemassa ja kehittämässä sosiaalihuollon arviointitutkimusta.

Sosiaalityön menetelmien systemaattinen arviointi on alkanut USA:ssa 1970-luvun alkuvuosina. 1980-luvulla Britanniassa ilmestyi joukko empiirisiä tutkimuksia sosiaalityön menetelmien vaikuttavuudesta. 1990-luvun kuluessa sosiaalihuollon menetelmien arviointi on levinnyt Pohjoismaissa. Sosiaalityön arviointi on vahvasti kontekstisidonnaista, mikä merkitsee sitä, että interventioiden vaikuttavuutta on tutkittava pääsääntöisesti kasallisesti. Menetelmä, jonka soveltamisesta on esimerkiksi USA:ssa saavutettu hyviä tuloksia, ei välttämättä toimi suomalaisessa kontekstissa samalla tavalla. Silti kansainvälisellä yhteistyöllä on tärkeä sija myös sosiaalihuollon menetelmien arvioinnissa. Arviointitutkimuksen eurooppalainen järjestö, European Evaluation Society, on FinSocille tärkeä tieteellinen ja käytännöllinen foorumi. EES järjestää vuosittain laajan konferenssin, jossa ovat esillä yhä enemmän myös hyvinvointipalvelujen tuottamiseen liittyvät kysymykset. FinSocin kannalta tärkeä pohjoismaainen yhteistyötaho on Ruotsin Socialstyrelsensissä toimiva Center för utvärdering av socialt arbete (CUS). Menetelmien arviointitutkimusten tulokset ovat luonnollisesti Pohjoismaiden sisällä - järjestelmien yhtäläisyyksistä johtuen - paremmin hyödynnettävissä.

Arviointitieto ohjauksen keinona

Laadukas, monitieteinen tutkimustieto menetelmävalinnan perusteena niin tarjonta- kuin kysyntätilanteessakin ohjaa koko palvelujärjestelmää. Arviointitiedon avulla voidaan edistää palvelujärjestelmien vaikuttavuutta, taloudellisuutta ja palvelujen käyttäjien tasavertaisuutta.

Sekä terveyden- että sosiaalihuollossa arviointitiedon kysyntä Suomessa on kasvanut vaikkakin tiedon käyttö on vielä suhteellisen vähäistä. Toimenpiteitä tarvitaankin tiedon sovellettavuuden ja käyttökelpoisuuden sekä käytön edistämiseksi niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin. Suomessakin tulisi esimerkiksi rakentaa järjestelmä, jossa uusien menetelmien käyttöönotto tapahtuisi tutkimusohjelmien puitteissa.

4 Kehittämistoiminta ohjauksena (Tom Erik Arnkil)

Projektien kirjosta ohjelmiin

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kohdatut ongelmat ulottuvat yli hallinnollisten sektorirajojen ja ammattilaisten reviirien. Tällaisiin ongelmiin eivät sovellu kapea-alaiset, yhden sektorin tai yhden ammattikunnan kehittämishankkeet.

Kun kunnissa pyritään vastaamaan useisiin kehittämishaasteisiin yhtä aikaa, muodostuu tilanteita, joissa on samanaikaisesti meneillään läheisesti toisiinsa liittyviä, jopa päällekkäisiä, mutta heikosti toisiaan hyödyttäviä projekteja. Suomessa kehittämistoiminta on ollut painotetusti projektimuotoista. Yhdessä projektien kapea-alaisuuden kanssa tämä tuottaa tietynlaista projektien kaaosta. Yksittäisten projektien sijaan tarvitaan ohjelmia, synergisiä hankekokonaisuuksia, joiden osat tukevat toisiaan.

Potentiaalisen projektikaaoksen olosuhteissa kunnat ja niiden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö suhtautuvat entistä valikoivammin projektitarjouksiin. Stakesinkin kehittämispäätöksiä arvioidaan sekä voimavarana että mahdollisena kaaostekijänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta on viime vuosina ollut jatkuvien rakenteellishallinnollisten muutosten pyörteessä. Stakesin projektiehdotuksiin suhtauduttaneen pääasiassa vakauttavana tekijänä, mutta myös uuvuttavien uudelleenorganisointikokemusten pohjalta.

Stakes astuu projektitarjouksineen maastoon, jossa on muitakin kehittämisagentteja - kuntien omia projekteja, järjestöjen hankkeita ja yksityistä konsultaatiota. Parhaimmillaan Stakesin hankkeet edesauttavat synergisten kokonaisuuksien muodostamista, pahimmillaan Stakes aloittaa projekteja havaitsematta, että ao. kunnassa on jo meneillään lähiteemaa käsittelevä Stakesin projekti.

Stakesin kehittämistyötä voitaisiin nykyisestä parantaa mm. seuraavin askelein

- vahvistamalla uusien projektien hyväksymismenettelyssä synergiakykyisten käsittelyä,
- järjestämällä areenoita projektien väliselle kokemustenvaihdolle,
- verkostoimalla sisällöllisesti, metodisesti tai yhteistyötahoiltaan potentiaalisesti toisiaan täydentäviä hankkeita, sekä
- lisäämällä vuorovaikutusta kolmansien tahojen (järjestöjen jne.) kanssa "yhteisissä" kunnissa.

Kehittämissykljen kesto

Kehittämissyklit ovat pitkäkestoisia, pikemminkin vuosikymmenen kuin vuoden tai kahden mittaisia. Kehittämissyklit ovat siihen nähden usein kovin lyhyitä. Projekteissa huomattava aika menee edellytysten luomiseen ja -kehittämisen kannalta elintärkeiden - yhteistyösuhteiden muodostamiseen. Varsinaiset kehittämistoimet muodostavat vain pienen osan projekteista - ja ajallisesti kehittämissyklejä ajatellen hyvin lyhyen jakson. Tämä tekee ongelmalliseksi sekä lyhytkestoiset hankkeet että lyhyen aikavälin seurannan.

Parhaimmillaan Stakesin kehittämishankkeet tukevat ja tuottavat uusien käytäntöjen vakiintumista kuntiin, pahimmillaan kehittämishankkeet katoavat pian projektin päätyttyä. Parhaimmillaan Stakes seuraa kehittämistoimiensa vaikuttavuutta myös pitkällä aikavälillä, pahimmillaan seuranta ei ole tai se koskee vain välittömiä vaikutuksia ja vaikutelmia.

Stakesin tulisikin

- lisätä tukea pitkäkestoisten projektiryppäiden muodostamiselle
- tukea jatkuvaa kehittämistä, esim. kokeilemalla “lumipallomaisia” menettelyjä, joissa liitetään toimiviin projekteihin ja yhteistyösuhteisiin uusia aspekteja sen sijaan, että kullekin erityiskysymykselle perustetaan uusi projekti ja rakennetaan uudet kenttäsuhteet, sekä
- liittää projekteihin lyhyen ja pitkän aikavälin seuranta.

Projektit osana ohjelmia tai ryppäitä

Laaja-alaisen ja pitkäkestoisten kehittämissykljen rinnalla tarvitaan myös erikoistuneita, kapea-alaisia kehittämishankkeita että lyhytkestoisia kehittämissykljenareenoita. Yksittäisiä projekteja ei kannata pakottaa niille vieraisiin kokonaisuuksiin tai yhteistyökuvioihin.

Stakesin haasteena on edesauttaa sellaisten projektiryppäiden tai ohjelmien muodostumista, joiden puitteissa kapea-alaiset ja/tai lyhytkestoiset projektit hyödyttävät laajempaa kokonaisuutta ja voivat hyötyä laajemmista yhteyksistä. Stakesin tulisikin vahvistaa projektien välisiä vuoropuhelumahdollisuuksia ja ohjata uudet projektit vuorovaikutukseen meneillään olevien kanssa.

Moniäänisyys, intressineuvottelut ja vaihtosuhteet

Kuntien kasvanut autonomia sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvä monitoimijaisuus problematisoivat “ylhäältä alas” -tyyppisen kehittämisen.

Kehittämishankkeisiin suhtaudutaan valikoivammin ja niihin liittyy moniääninen intressien kirjo.

Kehittämishankkeisiin liittyy rahoittajien ja toimeksiantajien intressejä, kuntien intressejä ja Stakesin intressejä. Mikään näistä ei ole yksiulotteinen tai -ääninen. Toimintapolitiikan kannalta merkittävää kehittämistyötä varten Stakes tarvitsee resursseja, kehittämisen areenoita ja riittävän autonomian. Parhaimmillaan Stakesin kehittämistoiminnassa toteutuu neuvottelu toimeksiantaja-/rahoittajatahon kanssa sekä neuvottelu niiden käyttäjätahojen kanssa, jotka tarjoavat kehittämisen areenat.

Stakesin intresseissä ei ole vain paikallinen kehittäminen vaan pilottien ja prototyyppien työstäminen sekä tulosten yleistäminen (myös käytännöllisesti). Paikallistoimijoiden intressit ovat pääasiassa paikallisia. Näiden yhdistäminen vaatii vuoropuhelua ja neuvottelua.

Kehittämishankkeiden maksullisuus ei ole vain taloudellinen kysymys. Kokonaiskustannukset kattava maksullisuus asettaa Stakesin kilpailuun kaupallisten konsulttien kanssa. Tämä ratkaisu ei sovellu hyvin hankkeisiin, joihin sisältyy pilotti- ja prototyyppityöskentelyn piirteitä. Sekään, että Stakes vastaa täysin kehittämisprojektin kustannuksista ei ole onnistunut ratkaisu: Muidenkin kuin projektikuntien oletetaan tekevänä sen, mitä projektikunnat tekivät, mutta ilman vastaavaa tukea.

Stakesin haasteena on tuottaa sellainen perusta projektiyhteistyölle, että saadaan aikaan aidot neuvottelut vaihtosuhteista, hankkeen laajuudesta ja rajoista sekä tarvittava sitoutuneisuus. Tähän suuntaan voidaan edetä esimerkiksi:

- toteuttamalla toimeksiantajan/rahoittajan kanssa neuvottelut, jossa voidaan turvata ko. tahon intressit asettamatta Stakesia epäitsenäiseen toteuttajan asemaan;
- toteuttamalla mallia, jossa kehittämisareenan tarjoava taho sitoutuu kantamaan osan kustannuksista ja Stakes tarjoaa kehittämispanostaan työskentelyn pilottiluonteen mukaisesti hinnoiteltuna.

Kunta- ja kaupunkipolitiikka

Kunnallisen päätöksenteon asema sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä on yhtäältä vahvistunut, toisaalta sektorijohdon asema on suhteellisesti heikentynyt. Siirtymä valtionosuuksilla ja normeilla ohjaamisesta kuntien laajempaan autonomiaan on lisännyt kuntien mahdollisuuksia kehittää omintakeisia ratkaisuja. Samalla se on suhteellisesti heikentänyt sosiaali- ja terveydenhuollon sektorijohdon neuvotteluasemia kunnissa. Samalla kun se on vapaampi valtion keskushallinnon ohjailusta, se on myös vailla samasta ohjailusta saatua tukea sosiaali- ja terveystalouden turvaamiselle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen on potentiaalisesti yhä selvemmin osa ylisektorista kunta- ja kaupunkipolitiikkaa. Parhaimmillaan Stakesin kehittämishankkeista avautuu siihen näköala, pahimmillaan kehittämishankkeissa sivuutetaan kunnallisen päätöksenteon ulottuvuus. Tiivis kytkeä kunnallispolitiikkaan edesauttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden juurruttamista uusiksi käytännöiksi ja avaa ylisektorisen perspektiivin, kunhan pidetään mielessä, että vastuu on paikallisella tasolla.

Jotta Stakes voi tukea sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen liittymistä kunnissa osaksi kunta- ja kaupunkipolitiikkaa, sen on kyettävä muodostamaan (kehittämishankkeissa) kunnalliseen päätöksentekoon riittävä kommunikoiva läheisyys ja riittävä kriittinen etäisyys. Tätä voidaan edistää

- Suunnittelemalla ja neuvottelemalla projekteja, joissa on sisällöllinen kytkeä kunta- ja kaupunkipolitiikkaan ja organisatoriset kosketuskohdat kunnalliseen päätöksentekoon.
- Suuntautumalla kunnallisen päätöksenteon kannalta relevantin tiedon tuottamiseen. Tätä tarkoittaa mm. “laadun muuttamista markoiksi - ja päinvastoin”, ts. kehittämiskysymysten tarkastelemista kunta- ja kaupunkipoliittisina investointeina.
- Kehittelemällä Stakesissa osaamista kehittämistoiminnan ja kunnallispolitiikan/-talouden kytkennöistä, mm. järjestämällä teemasta vuoropuhelua ja kokemuksen vaihtoa.
- Rohkaisemalla Stakesissa sosiaali- ja terveystalouden tutkimusta tuottamaan (mm. liittyneinä kehittämishankkeisiin) välineitä kehittämistoimien arvioimiseksi ja raportoinniksi investointeina.

Kansalaisyhteiskunta

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet kohtaavat kysymyksen kolmannen sektorin ja yleisemminkin kansalaisyhteiskunnan voimavaroista. Voimavarojen yhdistämispyrkimykset madaltavat raja-aitaa ammatillisten ja ei-ammattillisten resurssien välillä. Parhaimmillaan Stakes laajentaa kommunikaatiotaan myös kansalaisyhteiskuntaan ja mieltää kehittämistoiminnan tässä mielessä empowerment-tehtäväksi.

Pahimmillaan Stakes on sosiaali- ja lääkintöhallitusten “jatke” siinä mielessä, että kommunikaatiopartnereiksi kehittämistoiminnassa mielletään vain tai ensisijaisesti alan päätöksentekojärjestelmä ja ammattiväestö.

Stakesin haasteena on toteuttaa kehittämishankkeita, jotka kytkeytyvät kansalaisyhteiskunnan aktiviteetteihin ja tukevat sen itseorganisoitumista:

- Suunnittelemalla projektit alunalkaen niin, että niissä huomioidaan myös kolmas sektori;
- suuntautumalla tuottamaan empowerment-hakuista aineistoa myös muulle kuin sektoreiden päätöksenteko- ja ammattilaisyleisöille;

- viemällä kehittämishankkeiden tulokset kansalaiskeskusteluihin mm. mediaa hyödyntäen.

Julkisuustyöskentely

Julkiset palvelut tulevat kansalaisten vaativampaan tarkasteluun. Palvelusten vastaanottaja-orientaatio muuttuu kuluttajatietoisemmaksi. Tämä tietoisuus artikuloiduu aiempaa selvemmin ja tukeutuu mediaan. Muotoutuu uudenlainen kehittämissympäristö. Aiemmin ammatillisen arvion dominoimille teema-alueille muotoutuu intressi- ja vaatimusliikkeitä, jotka artikuloiduvat yksittäismielipiteitä voimakkaammin. Kehittämistoiminnan aihepiireistä muodostuu jopa kohuaiheita mediassa. Parhaimmillaan vuoropuhelut ovat osa kehittämistoimintaa, pahimmillaan julkisuustyöskentely jätetään niukan raportoinnin varaan.

Stakesin haasteena on tukea sosiaali- ja terveystieteistä käytävän intressivuoropuhelun artikuloidumista - ja erityisesti tukea erilaisten “vaimeiden äänten” (dominoivan diskurssin hiljentämien teemojen ja ryhmien) voimistumista:

- Kiinnittämällä huomiota projektin alusta alkaen eri vaiheiden tuottaman tiedon hyödynnettävyyteen myös ns. suuren yleisön kannalta;
- tarjoamalla kehittämishankkeissa forumeita syrjäytyville ryhmille ja edistämällä niissä “vaimeiden äänten” artikuloidumista.

Kehittämistoiminnan tulosten hyödynnettävyys ja yleistäminen

Kehittämistoiminta toteutuu ainutkertaisissa oloissa. Kuitenkin osa tuotoksista voidaan yleistää muihinkin yhteyksiin. Se, mikä lopulta on yleistettävissä, ratkeaa hyvin käytännöllisesti: Jää nähtäväksi yleistyykö uusi käytäntö, organisointitapa, metodi tai muu sosiaalinen innovaatio. Tätä yleistymistä voi kuitenkin edistää, erityisesti kohdentamalla tulosten “saataavuutta” - raportoidessa niistä monimuotoisesti ja yleistettävyyttä silmälläpitäen, sellaisia kanavia käyttäen, että tavoitellut yleisöt ovat periaatteessa saavutettavissa.

Kehittämistoiminnan tulokset ovat vain poikkeustapauksessa “siirrettävissä” sellaisinaan. Osa kehittämistoiminnan tuloksista on vain vaikein siirrettävissä raporttien muodossa. Kehittämistoiminta on prosessiluontoista - ja myös tulokset ovat osin prosessiluontoisia. Niiden “siirtämiseen” tarvitaan tälle luonteelle sensitiivisiä keinoja. Niiden hyödyntäminen on soveltavaa, muokkaavaa ja kehittävästä. Parhaimmillaan Stakesin projekteihin sisältyy tai liittyy vaihe, jossa tuotosten hyödynnettävyyttä kehitellään vuorovaikutuksessa käyttäjätahojen kanssa, pahimmillaan hyödynnettävyyttä ei pidetä silmämääränä. Stakesin projektit ovat usein niin lyhytkestoisia, että hyvään tulosten kanssa tehtävään vuorovaikutukseen ei ole varauduttu. Projektien

hyväksymisprosessi Stakesissa saattaa tuottaa asetelmaa, jossa resurssien varmistamiseksi on suuntauduttava uusiin projekteihin ennen kuin edellisen tulosten hyödynnettävyyttä on huolellisesti työstetty.

Stakesin haasteena on tukea kehittämistoiminnan tulosten yleistettävyyttä ja prosessiluontoisten tulosten kommunikoitavuutta:

- Tukemalla projektien vuorovaikutusta käyttäjätahojen kanssa tulosten hyödynnettävyyden kohdentamiseksi;
- tukemalla projektien suuntautumista monipuoliseen, räätälöivään ja vuorovaikutteiseen tulostensa “levittämiseen”;
- kehittelemällä prosessiluontoisen ja kokemuksellisten tulosten “siirtoa” mm. koulutuksen ja ohjauksen keinoin;
- järjestämällä Stakesissa kokemuksenvaihtoa ja tutkimusta kehittämistoiminnan tulosten ja hyvien käytäntöjen yleistymisestä.

Kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arviointi

Kehittämistoiminnan vaikuttavuus on usein heikosti seurattua, dokumentoitua ja eriteltyä - etenkin pitkällä aikavälillä. Kehittämisen interventioiden vaikutusta on lähes mahdotonta eristää muista ilmiöön vaikuttaneista tekijöistä. Keskeisiä ovat mm. ovat paikalliset taloudelliset ja poliittiset olosuhteet ja niiden muutokset. Parhaimmillaan Stakesin projekteissa on evaluaatio-osuudet (joita mm. EU-rahoitus tervehdyttävästi vaatii), pahimmillaan vaikutukset jätetään arvioimatta. Parhaimmillaan Stakesissa tapahtuva evaluoinnin kehittäminen kytkeytyy Stakesin projekteissa tarvittavan evaluointitietoisuuden kohentamiseen, pahimmillaan kehittämishankkeet ja evaluoinnin kehittäminen tapahtuvat talossa erillisinä - tai kussakin projektissa kehitellään toisistaan tietämättä samantapaisiakin evaluointiosioita.

Stakesin haasteena on tukea kehittämistoiminnan evaluoinnin kehittelyä:

- Sisällyttämällä projektien suunnitelmiin evaluointiosuudet - myös lyhyttä pitimmällä aikavälillä;
- systematisoimalla Stakesissa toteutuvaa evaluoinnin kehittämistä niin, että se kumuloituu ja saadaan hyödyttämään myös kehittämissuunnitelmia.

Kehittämisen ja tutkimuksen vuorovaikutus

Kehittämisen interventiot ovat luonteeltaan kokeita ja tuottavat tutkimuksellisesti kiinnostavaa materiaalia. Tutkimus on mm. menetelmien kehittämistä - ja lähenee näin kehittämistoiminnan keskeisiä tehtäviä. Kehittämistoiminnassa on “puhtaammin” tutkimuksellisia osioita ja tutkimuksessa “selvästi” kehittämissuunnitelmia. Parhaimmillaan kehittäminen ja tutkiminen nähdään erilaisten ongelmanratkaisutapojen vuorovaikutuksena, pahimmillaan tyystin erillisinä. Parhaimmillaan Stakesin projekteissa ja projektien välillä tahi projektien ryppäissä muodostuu toisiaan täydentäviä tutkimus- ja kehittä-

misosioita, pahimmillaan tutkimusta ja kehittämistä toteutetaan vailla vuorovaikutusta jopa samoilla kohdealueilla.

Stakesin haasteena on tukea kehittämisen ja tutkimuksen vuoropuhelua - yksittäisissä hankkeissa, projektien ryppäissä ja Stakesin perustehtävien pohdinnan tasolla:

- kokoamalla ja erittelemällä Stakesiin kertynyttä kokemusta tutkimuksen ja kehittämisen vuorovaikutuksesta;
- tukemalla alkavien projektien suuntautumista tutkimuksen ja kehittämisen vuorovaikutukseen.

4.1 Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen arviointi- ja kehittämiskonsultoinnit - ohjausta vai ohjauksen sijasta? (Juhani Lehto ja Simo Kokko)

Kuntien, kuntayhtymien ja kuntaryhmien pyytämät ja tilaamat konsultaatiot tilaajan sosiaali- ja terveystalvelujen rakenteen ja toiminnan tehokkuuden, laadun ja muun tarkoituksenmukaisuuden arvioimiseksi ja muutosvaihtoehtojen esittämiseksi ovat olleet keskeinen Stakesin Palvelut ja laatu -yksikön työmuoto viimeisten 5 vuoden aikana. Kaikkiaan konsultaatiopainotteisiin projekteihin on osallistunut yli 60 kuntaa, lukuisia kuntayhtymiä ja useita kuntien yhteistyöryhmiä.

Konsultaatio lähtee siitä, että kunta itse haluaa ulkopuolisen tahon mukaan arvioimaan ja /tai kehittämään palvelujaan. Konsultin pitäisi olla pikemminkin palvelija kuin herra. On turha kiistää konsulttien käyttämää asiantuntijavaltaa, mutta tämänkin vallan heille delegoi ensisijaisesti tilaaja - kunta tai kuntayhtymä -, eikä jokin kunnan yläpuolella oleva taho. Jos kunta ei halua tällaista omasta suorasta päätösvallastaan irrallaan olevaa asiantuntijavaltaa asioihinsa puuttumaan, sen ei tarvitse kutsua konsulttia. Ja tilaajalla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, minkälaista asiantuntijavaltaa se saa: se voi valita konsultin. Kun Stakesin Palvelut ja laatu -yksikön palvelujärjestelmäkonsultoinnit aloitettiin, oli kuntakentässä jo kokemuksia laman paineissa kutsutuista ”saneerausksulteista”, jotka pääasiassa hakivat kustannusten välittömiä leikkauksia, mutta joilla ei juurikaan ollut asiantuntemusta palvelujen tehokkuuden, toimivuuden ja pitemmän aikavälin rakennemuutosten edistämisestä. Stakesilta on haettu konsultaatiota, jossa taloudelliset arvot ja palvelujen laatu sekä toimivuus ovat paremmassa tasapainossa.

Miksi ulkopuolinen konsultti?

Konsulttien käyttämistä voi pitää jopa eräänlaisena muotina, joka alkoi isoista kaupungeista ja kuntayhtymistä ja joka on levinnyt myös pienempiin kuntiin ja kuntayhtymiin. Konsultoinnin yleistymisen voi liittää aiempien valtionosuuksien myöntämiseen liittyneiden viranomaisohjeiden vähenemi-

seen tai poistumiseen, jotka varsinkin uusien investointien ja uusien virkojen perustamisen yhteydessä olivat kunnan tai kuntayhtymän palvelujärjestelmän ulkoista arviointia ja kehittämissuuntaan vaikuttamista. Eräs syy konsulttien käytön lisääntymiseen lienee se, että laman aikana palvelujen hallintoa ”leikattaessa” ei ehkä onnistuttu niinkään vähentämään johtajia kuin organisaatioiden ”sisäisiä konsultteja”, suunnittelijoita, kouluttajia, kehittäjiä. Nyt näitä palveluja on ostettava ulkopuolelta.

Erittäin tärkeä - ehkä kaikkein tärkein - syy konsulttien tarpeeseen palvelujärjestelmän arviointi- ja muokkaustehtävissä on siirtyminen kehittämisestä palvelujärjestelmää kasvattamalla varsin nopeasti palvelujärjestelmän kehittämiseen voimavaroja uudelleen organisoimalla. Edelleen laajenevaa lasten päivähoitojärjestelmää lukuun ottamatta sosiaali- ja terveystalouden muuttuviin, uusiin ja esimerkiksi väestön vanhetessa lisääntyviin tarpeisiin ollaan pääasiassa vastaamassa muuttamalla olemassa olevien voimavarojen käyttöä. Organisoidaan uudelleen, kohdennetaan uudella tavalla, tehostetaan, tehdään rakennemuutoksia ja niin edelleen. Kasvattamalla muuttaminen sujuu ilman ulkopuolisiakin, koska siinä ei tarvitse uhata vakavasti kenenkään olemassa olevaa toimintatapaa tai asemaa. Uudelleen organisoitaessa on asetettava kriittiseen tarkasteluun olemassa oleva ja myös niihin liittyvät valtasuhteet. Kriittisessä tarkastelussa tarvitaan usein ”ulkopuolista katsetta” ja valtasuhteiden muutosta arvioitaessa myös ”ulkopuolista välittäjää”.

Käytännön kokemuksia

Konsultointipyyntö voi syntyä varsin monenlaisista tilanteista. Erittäin yleisenä taustana on kuitenkin ollut kuntien talouden tiukkeneminen ja yleisesti esitetty käsitys, että sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmissä on merkittävästi tehostamisen varaa. Varsin yleinen lähtökohta on myös ollut kuntien välinen sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen vertailu, joista useimmat kunnat löytävät itselleen sellaisia verrokkikuntia, joissa menot ovat omaa kuntaa alhaisemmat. Kun kuntien väliset erot on lisäksi useissa yhteyksissä varsin yksinkertaistaen tulkittu osoittavan suoraan tehokkuuseroja, on miltei aina myös löydettävissä numeroilla esitetty perustelu oman kunnan palvelujen tehostamisen mahdollisuudesta.

Talouden ja tehokkuuden ollessa yleisenä lähtökohtana, liittyy pyyntöön usein myös kunnan yleisjohdon ja sosiaali- ja terveysjohdon tai terveydenhuollon kuntayhtymän tai johdon ja henkilöstöryhmien välinen mahdollinen näkemysero. Palveluiden tuottamisesta vastaavat saattavat kokea, että heiltä odotetaan mahdottomia kustannussäästöjä, että on jo jouduttu tinkimisessä ääri rajoille. Kunnan yleisjohdossa taas näkemysero voi johtaa ajatuksiin ongelmien ratkaisemisesta hallinnon ja johtosuhteiden muutoksilla. Kun kyse on poliittisesta päätöksenteosta, pyyntöjen taustalla on usein myös erilaisia näkemyksiä esimerkiksi yksityisten palvelutuottajien laajemman käytön

mahdollisuuksista ja eduista ja haitoista sekä eri ammattiryhmien ja palvelutuottajien paineen vaikutuksesta poliittisessa päätöksenteossa.

Konsultin tarve ei kuitenkaan läheskään aina synny vain talouden ja näkemyserojen paineessa. Varsin keskeinen on myös tarve saada ulkopuolista arviointia mukaan hahmoteltaessa palvelujärjestelmän kehittämisstrategiaa pidemmällä kuin normaalin budjettivalmistelun ja kuntasuunnittelun aikavälillä. On tarve katsoa pitemmälle tulevaisuuteen, arvioida, ollaanko oikealla kehittämistiellä ja mitä vaihtoehtoja on valittavana. Voidaan myös haluta ulkopuolista arviota siitä, mitkä ovat sellaisia ”kipupisteitä”, joiden alueille kehittämistyötä olisi erityisesti suunnattava.

Konsultti ulkopuolisena asiantuntijana

Kunnissa ja kuntayhtymissä on koulutettuja ja usein varsin kokeneita palvelujärjestelmän vetäjiä ja muita asiantuntijoita. Varsin usein konsultaatioprojektin lopussa voidaan todeta, ettei ulkopuolinen näkökulma tuonutkaan mitään täysin uutta tietoa tai linjanvetoa. Tai sitten se uusi on jotakin, mikä on tullut esiin konsultin perehtyessä varsin yksityiskohtaisesti paikallisiin olosuhteisiin ja ratkaisuihin - ei jotakin, jonka konsultti voisi kantaa salkussaan ja päässään jostakin ulkopuolisesta ohjausinstanssista ”informaatio-ohjauksena”. Jos ohjaus nähdään valtakunnallisen, sosiaali- ja terveysministeriön määrittämän palveluiden kehittämislinjan tunnetuksi tekemiseksi, niin tältäkin osin useimmista kunnista ja kuntayhtymistä löytyy asiantuntivia virkamiehiä, jotka tuntevat linjaukset riittävän hyvin.

Yksi ensimmäisiä asioita, joita Stakesin konsultoinneista voidaan tehdä, on etsiä kuntien väliselle kustannusvertailulle jotakin paremmin yhteisesti hyväksyttävää ilmaisutapaa. Usein kuntien johdoille on esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon menovertailut laskemalla menot mk/asukas kunnittain. Kun esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon sektorijohto on vedonnut siihen, että kunnan väestörakenne on erilainen ja sairastavuus on erilainen ja aikanaan rakennettua palvelurakennetta ei voi hetkessä muuttaa, ei ole syntynyt yhteistä pohjaa arvioida tilannetta. Julkaistut tilastotiedot eivät sinänsä auta. Kysymys on siitä, miten tiedot tehdään siten vertailukelpoiksi, että niistä on todellista hyötyä palvelujärjestelmän kehittämispotentiaalien arvioimiseksi. Tässä on näyttänyt ainakin toistaiseksi olevan konsultin tarvetta: muuttaa SOTKAN ja HILMON sinänsä kaikille saatavilla olevat tilastotiedot kuntavertailuun soveltuviksi. Keskeistä ovat tietojen ikävakiointit, tarvevakiointit ja palvelujärjestelmän erilaisista rakenteista johtuvien virhetulkin-tojen välttäminen.

Tilastotietojärjestelmät eivät myöskään riitä kovin pitkälle esimerkiksi vanhusten tai pitkäaikaisten mielenterveyspotilaiden hoito- ja hoivajärjestelmien kuntavertailuihin. Niistä ei ole myöskään ollut paljon apua tarkempien henkilöstömitoitustilastojen tekemisessä. Siksi on jouduttu kehittämään

tarkempia - ja konsultoiville kunnille lisätyötä vaativia - tiedonkeruuvälineitä, esimerkiksi Pitkääikaishoidon ja -hoivan tutkimukseksi nimetyin välinein.

Tilastolliset vertailut voivat olla myös hyödyllisiä välineitä osoittamaan palvelujärjestelmän eri osien toiminnan välisiä yhteyksiä - esimerkiksi huonosti toimivan terveyskeskuslääkärivastaanottopalvelun yhteyden erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Näissäkään eivät auta tilastotiedot sinänsä, tarvitaan myös niiden paikkakuntaan ja palvelujärjestelmään sidottua tulkintaa, Tällaista tulkintaa tarvitaan myös valittaessa verrokkikuntia. Vertailu tuottaa hyödyllisiä johtopäätöksiä vasta, kun numeroiden taustalla olevat paikkakunta-kohtaiset ratkaisutkin tiedetään. Muuten ei tiedetä, mistä erot - hyvään tai huonoon suuntaan - johtuvat.

Varsin paljon konsultaatioissa on nojattu edellä kuvatulla tavalla tarkennuksia, vakioiteja ja tulkintoja vaativiin tilastovertailuihin. Toinen tärkeä palvelujärjestelmäkonsultoinnin tiedollinen aspekti on välittää kokemuksia erilaisten rakenne-, johtamis-, kehittämis- ja toimintamallien toimivuudesta kuntien välillä. Esimerkiksi vanhusten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyömuodot ovat varsin erilaisia ja niistä on monenlaisia kokemuksia. Paperilla samanlaisilta näyttävät päiväkeskukset voivat olla palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta varsin erilaisia. Jonkin ratkaisun tai kehittämismallin toimivuus voi riippua paikallisista olosuhteista, toimijoista ja palvelurakenteesta. Varsin usein konsultin asiantuntemus on sitä, että hän välittää ratkaisuja ja toimintamalleja kunnasta toiseen. Tämän välittämisen ammattitaitovaatimus on varsin monipuolinen: usein vaatii tutkijan asennoitumista, jotta kriittisesti löytää ne tekijät, joista hyvät ratkaisut muodostuvat ja ne edellytykset, joilla ne ovat siirrettävissä. Toisaalta kokemuksen välittämiseen liittyy myös paljon kirjoittamatonta ja enemmän kokemukseen ja intuitioon kuin tutkittuun tietoon perustuvaa analyysia.

Vertailevien analyysien ja kokemusten arvioinnin ja välittämisen lisäksi konsultin keskeinen tietolähde on konsultoitavassa kunnassa tai kuntayhtymässä jo oleva tietämys ongelmista, mahdollisuuksista, ehdotuksista ja kehittämideoista. Monet tärkeät konsultin raporteissaan esittämät ongelmat ja kehittämisvaihtoehdot ovat vähintään ituna eläneet konsultoitavassa organisaatiossa. Konsultti tuo näitä esiin, antaa niille ehkä uusia perusteluja, tulkitsee niitä uudella tavalla, kehittää omalta osaltaan niitä. Tärkeämpää kuin oman asiantuntemuksen tuominen ulkoa voikin olla konsultoivan organisaation sisällä olevan asiantuntemuksen ja näkemyksen esiin nostaminen, vahvistaminen ja tukeminen. Ammattitaitona se vaatii kykyä kuunnella, löytää, yhdistää erillään olleita ehdotuksia ja ideoita, antaa niille tulkinta palvelujärjestelmän kokonaisuuden perspektiivistä.

Kokonaisuudessaan näyttää siltä, että konsultoinnissa on varsin paljon kysymys tiedon löytämisessä, tulkinnassa ja työstämisessä avustamisesta. Sen

kutsuminen ohjaukseksi tai informaatio-ohjaukseksi sivuuttaa helposti tämän prosessin dialogisen ja tutkivan olemuksen.

Konsultti välittäjänä

Kun puhutaan ”kuntien ohjauksesta” syyllistytään helposti yksinkertaistuksiin siinä, mitä kunta on - samoin kuin siitä, miten yksioikoinen on ”ohjaavan valtion poliittinen tahto”.

Suhteessa kuntiin valtio puhuu eri puolueiden suulla, joskin puolueiden erot sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikassa ovat suhteellisen pienet. Paljon suuremmat erot ovat valtionhallinnon eri osien puheen välillä. Valtiovarainministeriö puhuu julkistalouden ja erityisesti valtiontalouden kurissa pitämisen näkökulmasta. Sisäministeriö hoitaa valtion paikallishallintosuhteita yleensä. Molemmat ovat enemmän yhteydessä kuntien talous- ja yleisjohtoon kuin sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset valtion viranomaiset taas huolehtivat sosiaali- ja terveyspolitiikan sisällöstä, muun muassa kansalaisten oikeuksista palveluihinsa. Hallinnon sisällä voidaan painottaa eri yksiköissä ja eri virkamiestenkin toimesta eri asioita - yleensä yhteisen yleislinjan sisällä pysyen. Ei siis ole vain yhtä valtion ohjausta sen suhteen, mitä kuntien pitäisi sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdä. Vaikka kuinka yritettäisiin koordinoita, valtio puhuu monella eri suulla ja antaa erilaisia ohjeita.

Myös kuntien ja kuntayhtymien sisällä on monia tahoja, jotka vastaanottavat ja haluavat vastaanottaa erilaisia ohjeita tai ideoita. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ”ohjauksessa” merkittäviä erilaisia tahoja ovat esimerkiksi kuntien yleinen talousjohto, kunnanjohtajat ja kunnanhallituksen ydin, sosiaali- ja terveydenhuollon luottamusmiehet ja sektorijohto tai sektorijohdot, eri toimintayksiköiden johdot, eri ammattikunnat ja henkilöstöryhmät, aktiiviset asiakasryhmät ja passiivisemmat asiakkaat sekä kaikki kuntalaiset.

Konsultoinnissa on varsin usein ollut kysymys joidenkin edellä mainittujen tahojen näkemyseroista. Jos kaikki tahot ovat yksimielisiä tilannearviosta ja tehtävistä, konsulttia tuskin tarvitaan muuhun kuin korkeintaan tukemaan päätettyjä kehittämistehtäviä. Näkemyserojen vähentämisessä keskeistä on ollut hakea yhteistä tietopohjaa tilannearviolle. Siinä suhteessa aiemmin kuvatut konsulttipalvelut tilastotietojen vertailukelpoisuuden ja vertailujen tulokinnan suhteen ovat olleet keskeisessä asemassa. Tässäkään ei konsultti yleensä ole ollut liikkeellä yksinään ”oikean totuuden esittäjänä”. Konsultointiprosesseissa on usein ollut keskeistä erilaisten laajojen arvioseminaarien tai vastaavien yhteisten tilaisuuksien järjestäminen. Niiden tarkoituksena on tuottaa yhteistä - eikä vain konsultin - arviota tilanteesta ja kehittämistehtävistä.

Konsultointiprosessi voi olla myös foorumi, joka mahdollistaa muuten vaikeutuneiden yhteisten arviokeskustelujen käymisen sellaisten osapuolten kesken, jotka ilman ulkopuolista osapuolta eivät kykene riittävän kriittiseen ja rakentavaan keskusteluun.

Luonnollisesti konsultointi ei kuitenkaan poista osapuolten erilaisista valtaressurseista johtuvia vaikutusvallan eroja. Ja koska konsultin tilaajana on se, jolla on valta tehdä tilauspäätöksiä, on myös konsultin valinta, konsultin toimeksianto, konsultointiprosessin ohjaus ja konsultoinnin tulosten hyödyntäminen ensisijaisesti organisaatioissa suurinta valtaa käyttävien osapuolten käsissä.

Voi väittää, että konsultointi voi saavuttaa palveluista vastaavien kuntien tasolla suuremman toiminnallisen yksimielisyyden kuin aiempi normi- ja valtionosuusohjaus. Nehän eivät vaatineet yksimielisyyttä ja aiheuttivatkin usein erimielisyyksiä kuntatason toimijoiden kesken. Milloin valtionosuusohjaus antoi talousjohdolle liikaa vaikutusvaltaa, milloin ohjaus minimoi poliittisen päätöksentekijän vaikutusvallan ja milloin normiohjaus antoi tämän tai tuon ammattikunnan näkemyksille liian suuren merkityksen. Ei kunta ollut monoliittinen ykseys ennenkään, mutta ohjauskeinot olettivat tällaisen ykseyden.

4.2 Koulutus informaatio-ohjauksen keinona (Timo Sinervo ja Marko Elovainio)

Koulutus lienee perinteisin informaatio-ohjauksen muoto ja samalla yksi tehokkaimmista. Tavallisesti koulutus jaetaan peruskoulutukseen (yleissivistävään ja ammatilliseen) sekä jatko- ja täydennyskoulutukseen. Yleissivistävää koulutusta ei tässä käsitellä.

Tarkasteltaessa ammatillista peruskoulutusta informaatio-ohjauksen näkökulmasta, voidaan sen hyvänä puolena pitää koulutettavien hyvää tavoitettavuutta, voimakasta sitouttamista ammattikulttuuriin sekä melko hyvää vaikuttavuutta sekä tietojen, taitojen että asenteiden oppimisessa. Ammatillisen koulutuksen ongelmana voidaan kuitenkin pitää sitä, että informaatio-ohjauksen keinona sen vaikutukset näkyvät hitaasti käytännön toiminnassa. Tähän on syynä toisaalta se, että opetussisällöt muuttuvat hitaasti (koulutusorganisaatiot joutuvat läpikäymään oman kulttuurisen muutoksensa) ja koulutus kestää melko pitkään. Lisäksi ongelmana on se, että vaikka uudet ammatillaiset tuovatkin työelämään siirtyessään aina uutta informaatiota organisaatioon, joutuu työntekijä mukauttamaan tavoitteensa ja tietonsa vallitsevaan toimintakulttuuriin. Koska perusopinnoissa kuitenkin luodaan tulevien työntekijöiden tietoperusta, jonka ympärille tuleva tieto ja asenteet rakentuvat, on perusopintoihin vaikuttaminen erittäin keskeinen informaatio-ohjauksen keino. Perusopinnoissa onkin siksi tärkeä luoda hyvä perusta uu-

den tiedon vastaanottamiselle ja toiminnan kehittämiseksi. Stakesin roolina on peruskoulutuksen osalta yleisimmin toimia tiedon tuottajana ja asiantuntijana koulutuksen suunnittelussa. Peruskoulutuksen tuottamisessa Stakesilla ei ole varsinaista roolia, vaikkakin yksittäiset asiantuntijat toimivat luennoitsijoina, yleisimmin korkea-asteella. Yhtenä mahdollisena ja varsin lupaavana haasteena voidaan pitää työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittämistä.

Lyhyemmällä tähtäimellä voidaan sosiaali- ja terveysalan kehittämiseen vaikuttaa jatko- ja täydennyskoulutuksen avulla. Uuden tiedon välittäminen voidaan toteuttaa varsin joustavasti ja tehokkaasti näillä keinoilla. Silloin, kun halutaan systemaattisesti välittää tietoa, voi jatkokoulutusmallien kehittäminen ja ohjattu jatkokoulutus olla varsin tehokas informaatio-ohjauksen keino. Jatkokoulutuksen ongelmana on kuitenkin sen saavutettavuus ja keskittyminen yksilöiden tiedon, osaamisen tai asenteiden kehittämiseen. Jatkokoulutukseen hakeutuminen on jossakin määrin sattumanvaraista, mutta parhaimmillaan jatkokoulutuksella voidaan kouluttaa organisaatioihin erittäin tehokkaita muutosagentteja. Jatkokoulutuksessa Stakes toimii aktiivisena koulutusohjelmien suunnittelijana ja yksittäiset asiantuntijat myös kouluttajina.

Täydennyskoulutusta käytetään erittäin laajasti informaatio-ohjauksen keinona. Täydennyskoulutus voidaan jakaa kurssimuotoiseen sekä tiettyjä organisaatioita tai hankkeita silmälläpitäen räätälöityyn koulutukseen. 'Perinteinen' kurssimuotoinen koulutus on suhteellisen halpa ja puhtaan yksilöllisen tiedonvälityksen kannalta käyttökelpoinen ja tehokas menetelmä. Kurssimuotoisen täydennyskoulutuksen ongelmana voidaan kuitenkin pitää sen saavutettavuutta, sen vastaavuutta suhteessa koulutustarpeeseen ja eräissä tapauksissa sen tehokkuutta. Koulutustarjonta on erittäin laajaa, mutta samalla etenkin työntekijätason osallistumismahdollisuudet ovat usein rajoitettuja. Lama-aikana - silloin kun koulutusta erityisesti tarvittaisiin - koulutusmäärärahoja on entisestäänkin supistettu. Kurssimuotoisen koulutuksen riskinä on myös se, että koulutukseen hakeutuvat ne, jotka jo lähtötasoltaan ovat paremmassa asemassa ja samalla ne, joille koulutus olisi tarpeen, eivät hakeudu tai pääse koulutukseen (ajatellen niin yksilöitä kuin organisaatioitakin). Edelleen koulutustarjonta määräytyy pitkälti markkinoiden (sekä erilaisten tukimuotojen) mukaisesti, eikä siten toimi tavoitteellisen informaatio-ohjauksen välineenä. Kurssimuotoisessa koulutuksessa voidaan parhaimmillaan välittää tietoa tehokkaasti melko laajalle ryhmälle, mutta asenteiden ja osaamisen kehittäminen on rajallista. Toisaalta kurssimuotoista koulutusta on kritisoitu siitä, että se pikemminkin vahvistaa koulutettavien nykyisiä tietoja kuin muuttaa niitä uudellaisiksi. Silloin, kun työntekijä tai esimies voivat suhteellisen itsenäisesti ohjata työtään, voi perinteinen kurssimuotoinen koulutus toimia melko tehokkaana muutoksen välineenä. Tiedon siirtyminen käytäntöön voi olla tehokasta - edellyttäen että koulutus vastaa koulutustarpeeseen ja on muodoiltaan onnistuneesti toteutettu. Kurssimuotoisen koulutuksen rajoituksena on kuitenkin sen suuntautuminen yk-

silöön. Organisaatioiden muutoksessa kurssimuotoisella koulutuksella on varsin rajalliset mahdollisuudet.

Täydennyskoulutusta käytetään yhä laajemmin räätälöitynä työyhteisön, organisaation tai laadun kehittämisen välineenä tai muun kehittämisen rinnalla. Tällöin koulutuksen vaikuttavuus ja vastaavuus todelliseen koulutustarpeeseen on usein huomattavasti parempi ja uuden tiedon tai kulttuurin siirtyminen käytäntöön voi olla tehokasta (vrt. organisaation oppiminen). Vaikka uuden tiedon käyttöönotto on kehittämisen yhteydessäkin vaikeaa, on se huomattavasti todennäköisempää, jos koulutukseen osallistuu joko suuri osa työyhteisöstä tai koko työyhteisö. Oleellista on myös se, että koulutuksella on suora yhteys käytännön toimintaan, jolloin omaa toimintaa voidaan arvioida koulutuksen valossa. Tällöin koulutus toimii kehittämistyön resurssina ja antaa mahdollisuuksia - koulutuksen organisoinnista ja sisällöstä riippuen - niin tietojen, taitojen kuin asenteidenkin kehittämiseen. Vaikuttavien hankkeiden läpivienti edellyttää kuitenkin niiden täsmällistä rajausta ja huolellista suunniteltua asiakasorganisaatioiden kanssa yhteistyössä. Samoin on tärkeää ottaa huomioon se, että tieto, osaaminen ja asenteet määrittävät vain osan työn sisällöstä; myös työn organisointi ja rakenteet on otettava huomioon.

Stakes toimii täydennyskoulutuksessa niin kurssimuotoisen koulutuksen järjestäjänä (esim. TERVE-SOS) ja kouluttajanakin, mutta laajinta on erilaisiin hankkeisiin integroitu koulutus. Stakesin tuottaman tiedon välittämisessä täydennyskoulutusta voidaan käyttää tehokkaasti. Stakesille on kuitenkin keskeistä pitää yllä ja luoda yhteyksiä muihin koulutuksen tuottajiin.

4.3 Laatuhyöskentely ja hyvät käytännöt (Maarit Outinen ja Marjukka Mäkelä)

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa

Laadunhallinta on sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden - niin palveluja tuottavien kuin viranomaisorganisaatioidenkin - sisäistä toimintaa. Laadunhallinnan taustalla oleva ajattelutapa on nostanut keskeisiksi kehittämistavoitteiksi asiakaslähtöisyyden parantamisen, prosessiajattelun omaksumisen (toiminnan muuttaminen prosessien kautta; prosessien suunnittelu, mittaaminen ja arviointi sekä kehittäminen), johtamisen ja henkilöstön kehittämisen sekä toiminnan tehokkuuden ja tuloksellisuuden. Laadunhallinnan motiivit organisaatioissa ovat ennen kaikkea sisäisiä: halutaan parantaa toimintaa. Ulkoisilla paineilla on kuitenkin yhä enemmän merkitystä palveluja tuottavissa organisaatioissa, kun niiden välinen kilpailu kiristyy. Myös palvelujen tilaajat vaativat tuottajilta laadun osoittamista ja palvelusopimukseen liitetään yhä useammin laatukriteerejä. Muille sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville organisaatioille laadunhallinta on sisäisen kehittämisen lisäksi uskottavuuskysymys.

Organisaatioiden laadunhallintaan sisältyy sekä laadun johtaminen (laatu-politiikan määrittely, siitä tavoitteiden johtaminen) että erilaiset keinot, joilla asetettuihin tavoitteisiin päästään. Erilaiset laadunhallinnassa tarvittavat organisaatorakenteet, vastuut, voimavarat, keinot ja ohjeistot varmistavat, että toiminnalla saavutetaan halutut tulokset. Ydinajatus on toimintajärjestelmän kehittäminen 'laatu'järjestelmäksi eli laadukkaaksi järjestelmäksi.

Liikkeelle voi lähteä erilaisilla tavoilla. Tyypillisiä esimerkkejä ovat:

- Lähdetään liikkeelle laatu-koulutuksesta ja erilaisista yksittäisistä 'laatu-projekteista' ja edetään vähitellen kohti kokonaisvaltaisuutta ja systemaattisuutta (tällä tavalla saavutetaan laajaa osallistumista ja sitoutumista; vaarana on se, että koordinaation puutteessa projektit eivät enää palvele organisaation yhteisiä laatutavoitteita).
- Kehitetään ja rakennetaan erilaisia 'osajärjestelmiä' (esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmat, asiakaspalautejärjestelmä, laboratorion laatu-järjestelmä, ammattiryhmän sisäinen vertaisarviointi) ja kootaan niistä vähitellen kokonaisvaltaisempi järjestelmä.
- Lähdetään liikkeelle kokonaisvaltaisen viitekehyksen valinnasta ja vie-dään se vähitellen käytännön työn tasolle kaikkiin yksikköihin.

Laatujärjestelmän dokumentointi on keskeinen osa laatutyötä ja liittyy mm. toiminnan läpinäkyvyyden parantamiseen. Dokumentoinnin tulos esitetään usein laatu-käsikirjassa. Laadunhallinnan kokonaisuutta organisaatiossa voidaan täydentää monenlaisilla yksittäisillä laadun kehittämisen menetelmillä ja välineillä: laatumittareilla ja -indikaattoreilla, asiakaspalautemenetelmillä, palvelusitoumusten laatimisella, benchmarking-vertaiskehittämisellä, työil-mapiirikartoituksilla ja kehityskeskusteluilla.

Arvioinnit (auditoinnit) laadunhallinnassa

Laadunhallinnan kehittämisessä käytetään apuna sisäisiä ja ulkoisia arviointeja. Kun organisaatio arvioi itse omaa laadunhallintaansa ja toimintajärjestelmäänsä, puhutaan itsearviointista tai sisäisestä arvioinnista (tai usein auditoinnista). Itsearviointissa käytetään joko itse määriteltäviä kriteerejä tai jotain olemassaolevaa kriteeristöä. Niistä keskeisimmät ovat Suomen Kuntaliiton kehittämä työyksikön itsearviointimenetelmä (ITE), King's Fund-menetelmä, Suomen Lautupalkinto ja ISO 9000 - laatujärjestelmä-standardisto.

Ulkoista arviointia (auditointia) on kahta päätyyppiä: arvioinnin voi tehdä joko asiakas/ostaja (ns. toisen osapuolen arviointi) tai riippumaton ulkopuolinen arvioija tai toimielin (ns. kolmannen osapuolen arviointi). Asiakas/ostaja voi käyttää itse määrittelemiään kriteerejä (esimerkiksi Kelan laatustandardi, yhden kunnan ostopalvelukriteeristö). Joskus organisaatio

haluaa osoittaa muille tunnuksella tai todistuksella, että toimintajärjestelmä on vaatimusten mukainen eli täyttää tietyt kriteerit. Käytetty kriteeristö vaihtelee tarpeen ja arvioijan mukaan. Tällä hetkellä ulkoisen arvioinnin perusteella myönnetään ISO 9000-laaturajajärjestelmästandardin mukaisuudesta sertifikaatti, King's Fund -kriteeristön mukaisuudesta laaduntunnustus ja Patologian laaturajajärjestelmän mukaisuudesta. Suomen Laaturajajärjestelmän kriteeristöä käytetään laaturajajärjestelmän osallistuneiden organisaatioiden arvioinnissa.

Sertifiointitoiminnan luotettavuuden ja uskottavuuden kannalta on suositeltavaa, että sertifikaatteja tai muuta tunnuksia myöntävät elimet osoittavat pätevyytensä eli akkreditoituvat. Toistaiseksi akkreditointitodistus on Suomen Standardisoimisliitto SFS ry:n omistamalla SFS-Sertifiointi Oy:llä ja Det Norske Veritaksella. Suomessa akkreditointi on asetuksella säädetty Mittatekniikan keskuksen tehtäväksi. Se käyttää akkreditointitoiminnassaan nimeä FINAS (Finnish Accreditation Service). FINAS myöntää akkreditointitodistukset myös kliinisille laboratorioille.

Hyvät toiminta- tai hoitokäytännöt

Kliiniset hoitosuositukset ovat tieteelliseen tutkimukseen ja sen kriittiseen arviointiin perustuvia suosituksia tutkimus- ja hoitomenettelyistä. Ne ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti perusteltuja kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen ja voivat olla pohjoismaisia, kansallisia jne. Suomessa Käypä hoito-projekti tukee hoitosuosituksen laatimista. Hoito-ohjelmat ovat paikallisesti tai alueellisesti laadittuja ja paikallisiin olosuhteisiin sovellettuja, hoitosuositukseen perustuvia kannanottoja tai hoitoketjun kuvauksia.

Hoitokäytännöt ovat tapoja, joilla todellisuudessa tehdään työtä. Ideaalita-pauksessa valtakunnallinen hoitosuositus ja oma hoitokäytäntö ovat yhtenevät. Hoitokäytännöt toteutuvat hoitolinjoissa (palvelulinja), jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa sisäisten palveluntuottajien välisestä toiminnasta syntyviä asiakkaan/potilaan saamien palvelujen kokonaisuuksia. Hoitoketju (palveluketju) taas on sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioiden yhteistoiminnan kautta syntyvä asiakkaan/potilaan palvelukokonaisuus, joka muodostuu samaan ongelmaan, vaivaan tai sairauteen liittyvistä palveluista. Hoito-ohjelmat toimivat luontevasti hoitoketjujen runkoina ja voivat myös osaltaan antaa pohjaa priorisoinnille.

Millä keinoilla edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauskeinona?

Lainsäädäntö, viranomaisvalvonta, valitusmenettelyt

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa ei ole säädetty erillisessä laissa (kuten esimerkiksi USA:ssa ja Hollannissa). Moniin lakeihin sisältyy säännöksiä, jotka ilmaisevat suoraan tai välillisesti toiminnan laadulle asetettavia kriteerejä. Asiakkaan vaikutuskanavia ovat potilasasiamiestointi ja valitusmenettely lääninhallitukseen tai Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen. Näitä väyliä pitkin kertyvän tiedon välittymistä organisaatioiden laadunhallinnan käyttöön voi nykyisestään vielä kehittää. Lääninhallitusten valvontatoiminnan kautta voidaan nostaa esille laatupuutteita. Lääkelaitoksen tehtäviin kuuluu mm. terveydenhuollon tarvikkeiden ja laitteiden käytön turvallisuuden edistäminen ja valvonta. Valtakunnalliseen suunnitelmaan on sisällytetty laatutavoitteita, ja sitä mahdollisesti kehitetään tässä suhteessa.

Valtakunnalliset laadunhallintasuositukset

Laadunhallinnan suhteen Suomessa on otettu selkeä kanta, että sitä edistetään informaatio-ohjauksella. Selvitysmiesten ehdotusten toimeenpano-ohjelmassa on kuitenkin maininta, että selvitetään, onko tarpeen edistää laadunhallintaa lakisääteisesti.

Ensimmäinen valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta julkaistiin vuonna 1995 (Stakes) ja uudistettu suositus maaliskuussa 1999 (STM, Suomen Kuntaliitto ja Stakes). Sama 'edistämisen- ja suosituspoliittinen' linja on omaksuttu Euroopan Unionissa ja koko Suomen julkisella sektorilla. Julkisten palvelujen laatustrategia ilmestyi maaliskuussa 1998 ja sen poliittista painoarvoa lisäävä Valtioneuvoston periaatepäätös hallintopolitiikan suuntalinjoista huhtikuussa 1998. Suositukset ohjauskeinona kuvaavat konkreettisesti hyväksi miellettyä kokonaisuutta ja antavat suuntaa kunnille ja palveluja tuottaville organisaatioille. Suomen Kuntaliitto julkaisi keväällä 1998 suosituksen Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveyspalveluissa.

Muut suositukset

Laadunhallintaa koskevia suosituksia sisällytetään yhä useammin myös 'hyvä käytäntö'-tyyppisiin ohjeistoihin. Niiden päätarkoitus on yleensä ohjata työn ammatillista sisältöä. Esimerkkejä tällaisista ovat Hyvä työterveyshuoltokäytäntö (Työterveyslaitos ja STM), Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden hankinta, käyttö ja ylläpito (Lääkelaitos) sekä tulossa olevat Hyvän huostaanoton toimintaohjeet (Stakes ja Suomen Kuntaliitto) ja Hyvä terveydenhuollon rekisterikäytäntö (Stakes).

Suosittelava toimintakäytäntö saatetaan laatia myös kuvaamaan suppeamman joukon, esimerkiksi jonkun järjestön palveluja tuottavien yksiköiden toimintaa. Tästä esimerkkinä Invalidiliiton laatima Hyvä kuntoutuskäytäntö.

Laatukriteerit

Viime aikoina on käyty vilkasta keskustelua laatukriteerien tarpeesta. Lähi-vuosina tarvittaneen joko erillisiä toimintasuosituksia tai laatukriteerien laatimista vanhusten palveluille, mielenterveyspalveluille, päihdehuollon palveluille ja lapsiperheiden palveluille. Tärkeää olisi sitä ennen selkiyttää, mitä 'laatukriteeri' -termillä tarkoitetaan (valvonta-, minimi-, tavoitekriteeri). Laatukriteerien hyödyntämiseen sitoutumista parantaa se, että niiden laadintatyöhön osallistuu laaja joukko toimijoita. Näin taataan riittävän monipuolinen eri näkökulmien huomioonottaminen, asiantuntemus ja toimialan tuntemus. Esimerkkejä keskeistä toimijoista ovat asiakas-, potilas- ja kansanterveysjärjestöt, sosiaali-alan järjestöt, palvelujen tuottajat, ammatilliset järjestöt, kunnat ja muut palvelujen ostajat, STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto, lääninhallitukset, ammattikorkeakoulut, yliopistot ja tutkimuslaitokset.

Koulutus- ja konsultointipalvelut

Laadunhallintatiedot ja -taidot tulisi saada jo ammatillisen peruskoulutuksen yhteydessä (ammattioppilaitokset, ammattikorkeakoulut ja yliopistot). Tässä ollaan menossa parempaan suuntaan, mutta täydennys- ja jatkokoulutuksen tarve on vielä melkoinen. Koulutusta tuottavat yksityissektorin koulutuspalvelujen tuottajien lisäksi mm. Suomen Kuntaliiton tytäryhtiöt ja yliopistojen täydennyskoulutuskeskukset. Stakes osallistuu koulutukseen pääasiassa toimimalla asiantuntijana koulutustilaisuuksissa.

Laadunhallinnan ja laatuprojektien konsultointipalveluja on erittäin runsaasti tarjolla eikä konsultin valinta ole aina yksinkertaista. Stakes on panostanut pieniin työyksiköihin, yksin toimiviin ammatilaisiin ja perusterveydenhuollon yksiköihin.

Ulkoisen arvioinnin (auditoinnin) menettelyt

Ulkoisen arvioinnin (auditoinnin) menettelyillä on tällä hetkellä kova kysyntä. Usein siihen ryhdytään ulkoisista syistä, vaikka perusajatukseltaan ne ovat jo pitempään jatkuneen laatutyön tulosten arviointia. Arviointien perusteella myönnetään erilaisia sertifikaatteja ja tunnuksia. Sertifikaattien ja tunnustusten myöntäminen on vapaata kaupallista toimintaa. Sertifiointielimet voivat uskottavuuden takia hakea akkreditointia. Asetuksella on säädetty FINASista kansallisena akkreditointielimenä. Stakesin ei liene aiheellista pyrkiä tuottamaan arviointipalveluja (sertifiointeja).

Tiedon välittäminen kokemuksista ja hyvistä esimerkeistä, laatuverkostot

Informaatio-ohjauslinjaan liittyy kiinteästi tiedon välittäminen koti- ja ulkomaisista kokemuksista ja kehityshankkeista. Välineinä voivat toimia laatuverkostot ja niiden tiedotuslehdet, artikkelit, kirjallisuuskoonnokset, oppikirjatyyppiset julkaisut, muu materiaali, 'projektipankit' jne. Stakesin roo-

liin sopii hyvin toimiminen tällaisena informaatiokeskuksena. Tärkeää ovat myös erilaiset kartoitukset ja vertailut siitä, missä mennään.

Laadunhallinnan menetelmien ja työvälineiden kehittäminen, tutkimustoiminta

Laadunhallinnan käytäntöjä voidaan edistää myös kehittämällä uusia menetelmiä ja tekemällä muualla kokeilluista menetelmistä sovelluksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Yhtenä työvälineenä Stakesin Palvelut ja laatu –yksikkö tarjoaa asiakastytyväisyyttä mittaavia lomakkeita ja niiden tulostuspalvelua terveydenhuollon toimintayksiköille. Tällainen toiminta sopii hyvin Stakesiin, mutta edellyttää selkeitä linjauksia siitä, mihin panostetaan. Mielekästä on hakea kehittäjäyhteistyökumppaneita.

Laadunhallinnan menetelmien vaikutusten (vaikuttavuuden) tutkiminen on pääasiassa yliopistojen ja tutkimuslaitosten toimintaa. Näkökulma pitäisi kuitenkin ottaa huomioon kaikessa Stakesin toimesta tapahtuvassa laatu-työssä ja sen kehittämisessä.

Muut vaikuttavat tekijät

Edellä kuvattuja keinoja enemmän on vaikutusta ehkä vertaisiesimerkillä, sillä ‘kun muutkin tekevät’. Järjestöjen eettiset ohjeistot, laadunhallintaa koskevat linjaukset ja koulutus- ja työskentelymateriaali tukevat ja ohjaavat laadunhallintaa. Järjestön jäsenkunnan laatutietoisuutta ja -innostusta voidaan edistää myös laatupalkintokilpailuilla.

Asiakkaiden ja ostajien vaikutus

Laadunhallintaan vaikuttavat oletettavasti entistä enemmän palveluja käyttävät asiakkaat. Merkittäviä vaikuttajia ovat kuitenkin palvelujen tilaajat ja maksajat. Laadunhallintaa koskevia vaatimuksia voidaan kytkeä palvelusopimukseen. Terveydenhuolto 2000 -ohjelmassa on ehdotettu ostopalvelujen laatukriteerien laatimista.

5 Tilastot ja rekisterit ohjauksen välineenä (Olli Nylander ja Mikko Nenonen)

Normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen

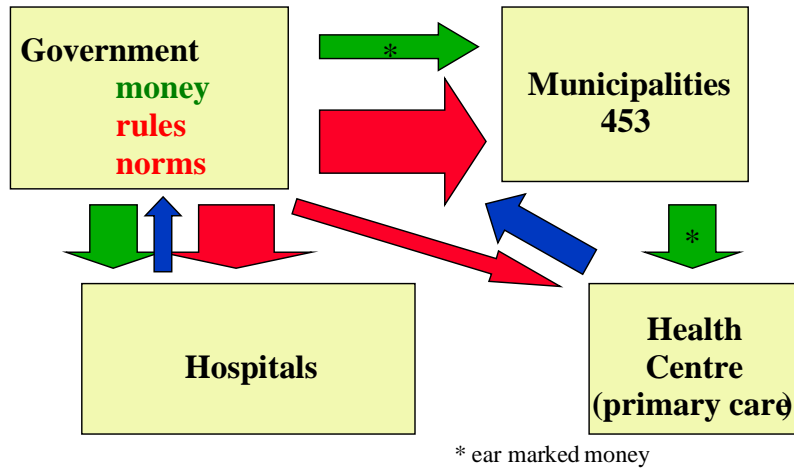
Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusuudistus muutti ratkaisevasti sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kentältä kerättävän että kentälle palautettavan informaation merkitystä (Kuva 1). Aikaisempi toimintalukujen käyttö normien asettamisen ja resurssien jaon pohjana menetti merkitystään päätösvalan ja järjestämisvastuun siirtyessä kuntatasolle. Samalla kuitenkin jäätiin jälkeen sekä kentän että keskushallinnon tarpeita tyydyttävän informaatiojärjestelmän luomisessa. Informaatiota kyllä edelleen kerättiin ja Stakesin rekisteripohjaisten tietovarantojen laatua ja käytettävyyttä on pystytty edel-

leen kehittämään, mutta informaatiolla ei ole ollut esimerkiksi muiden Pohjoismaiden kaltaista seuranta- ja valvontafunktioita. Informaation käyttö jäi paljolti vapaaehtoisen, paikallisesta mielenkiinnosta riippuvan harrastuksen varaan.

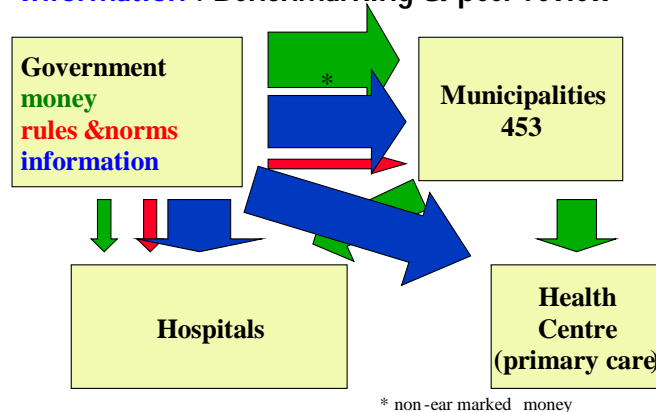
Stakesin tietovarannoista vastaava Tilastot ja rekisterit – yksikkö (Tilre) on pyrkinyt jatkuvasti tehostamaan tiedonkeruuprosesseja (nopeus, laatu), kehittämään tietosisältöjä vastaamaan mahdollisimman hyvin sosiaali- ja terveyspalvelujen todellisuutta sekä kehittämään indikaattoreita, joiden avulla benchmarkingia (huipputasovertailua) ja vertaisarviointia (peer review) voitaisiin mahdollisimman hyvin toteuttaa.¹ Tilre on pyrkinyt aktiivisesti vaikuttamaan, että ministeriön erilaisissa suunnittelun, seurannan ja arvioinnin hankkeissa tilastonäkökulma tulisi esiin. Erityisen aktiivinen panos on ollut mm. valtakunnallisen suunnitelman, peruspalvelujen arvioinnin, selvitysmieshankkeiden tarvitsemien tilastotietojen tuottamisessa. Samoin on tuettu läänien toimintaa (mm. yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut, peruspalveluiden arviointi). Edelleen on luotu tilastotuotteita ja uusia käytäntöjä kuntien suuntaan. Kuitenkaan nämä palaset eivät ole muodostaneet toimivan informaatio-ohjausjärjestelmän kokonaisuutta. Tällaiseen järjestelmään tulisi kuulua toisaalta valtakunnallisten ja paikallisten tavoitteiden asettaminen sekä niiden toteutumisen seuraaminen hyväksytyjä indikaattoreita käyttäen sekä poikkeavuuksiin reagoiminen sekä paikallisesti että valtakunnan tasolla.

¹ ”**Benchmarking** tarkoittaa oman organisaation toiminnan vertailua ulkopuolisiin parhaisiin käytäntöihin ja tämän tiedon hyödyntämistä oman liiketoiminnan kehittämisessä.” Kysymys on järjestelmällisestä oman organisaation ja ulkopuolisten suorituskyvyn ja siihen johtavien menestystekijöiden selvittämisestä analysoinnista ja parantamisesta. Suomessa benchmarkingista on käytetty mm. nimityksiä ”huipputasovertailu”, ”vertailut parhaisiin käytäntöihin”, ”esikuva-analyysi”, ”kilpailijavertailu”. (Kai Laamanen, Lauri Salonen, Anneli Valpola: Benchmarking, huipputasosta oppiminen, suomalaisia käytännön kokemuksia, MET-julkaisuja, Metalliteollisuuden keskusliitto, Tampere 1995, s. 10). **Vertaisarviointi (peer review)** puolestaan tarkoittaa ”vertailua samankaltaisiin tuotteisiin” purkamalla ne osiin. Vertailussa ei oteta lähtökohdaksi huipputasoa vaan samankaltaisuus, jolloin voidaan paikantaa oman toiminnan erityiset ominaisuudet verrattuna samankaltaiseen toimijaan. (soveltaen määritelmä otettu kirjasta Jouko Hannus. Projektijohtaminen, HM&V Research oy, neljäs painos, Jyväskylä 1997, s. 92).

Before: **Information** collected for setting **norms** and for **resource allocation**



Information : Benchmarking & peer review



Kuva 1.

Siirtyminen normiohjauksesta informaatio-ohjaukseen vuoden 1993 valtiopäätöksen yhteydessä. Samalla informaation rooli muuttui resurssien jaon ja valvonnan välineestä vertailu- ja kehitystyökaluksi. Painopiste myös siirtyi informaation keräämisestä informaation levitykseen.

Suomalainen tilasto- ja rekisteripohja

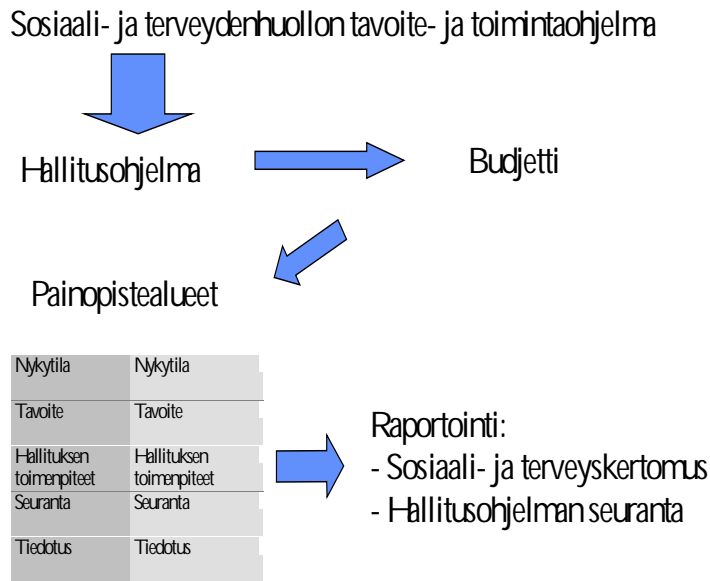
Suomalaiset sosiaali- ja terveydenhuollon tietovarannot kattavat sekä julkisen että yksityisen palvelusektorin. Osa tietovarannoista perustuu rekisteripohjaiseen toimintaan ja osa lukumäärätiedonkeruuseen. Rekisterit kattavat kustannuksiltaan kalleimman osan palvelujärjestelmämme. Koska rekisterijärjestelmä on henkilötunnuspohjainen ja sisältää palvelu-, hoito-, diagnoosi-, toimenpide- ja kustannustietoja se soveltuu hyvän toiminnan seu-

raamisen ja ohjauksen pohjaksi. Terveysthuollon avohoidon osalta tilastopohja on lukumäärätiedon varassa ja muutamilta tärkeiltä osa-alueilta kuten työterveyshuollosta puuttuu kuntakohtainen tieto. Terveysthuollon avohoidon tilastojen kehittäminen tarpeita vastaavaksi onkin lähivuosien suuria haasteita.

Käytettäessä valtakunnallisia rekistereitä ohjauksen välineinä, tulee ymmärtää niiden luonne: ne ovat vain tiukasti strukturoitu tiivistelmä paikallisista asiakastietojärjestelmistä, eikä niitä ole tarkoitettu yksityiskohtaisen tason päätöksentekoon. Rekisterit sisältävät myös aina virheitä ja epätarkkuuksia, tosin vain muutaman prosentin aineistosta. Tämä epätarkkuus on merkityksetöntä tilastokäytössä, mutta pyrittäessä johtopäätöksiin liian yksityiskohtaisella tasolla, ne voivat muodostua ongelmaksi. Siksi valtakunnalliset rekisterit soveltuvat laitos- ja kenties erikoisalatason tauti- ja potilasryhmäkohtaiseen tarkasteluun. Tätä yksityiskohtaisemmissa tiedoissa tulee tukeutua paikallisiin tietojärjestelmiin.

Valtiollisesta suunnitelmasta sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan

Sosiaali- ja terveydenhuollon kentän monimuotoisuuden lisääntyminen ja toisaalta palvelujen ja hoitomuotojen kehittymisen ja väestön ikääntymisen tuomat kustannuspaineet ovat lisänneet valtakunnallisen suunnittelun tarvetta. Tässä mielessä pyritään myös valtakunnalliselle suunnitelmalle (VALSU) antamaan enemmän sosiaali- ja terveystoliittista painoarvoa. Uudistetun valtakunnallisen suunnitelman tulisi tarjota kunnille tavoitteita ja kannusteita niiden toteuttamiseksi. Tavoitteena on myös, että lääninhallitukset ja Stakes työskentelevät yhdessä kuntien kanssa asetettujen sosiaali- ja terveystoliittisten painopisteiden toteuttamiseksi. Ohjelma on tarkoitus laatia koko hallituskauden ajaksi ja sen painopisteet pyritään kytkemään hallitusohjelmaan ”Hallituksen sosiaali- ja terveystoliittinen tavoiteohjelmaksi”. Uuden valtakunnallisen suunnitelman vaikutuksia ja toteutumista on tarkoitus arvioida indikaattoreiden avulla.



Kuva 2. VALSU-prosessi

Tilastojen ja rekisterien hyödyntäminen, nykytila ja tulevaisuus

Valtakunnalliset aktiviteetit liittyvät koko kuntakentän keskinäiseen vertailuun. Valtakunnallisen suunnitelman tilastoliite ja palvelukatsauksen tilastoliite ovat sisaria keskenään. Näiden valtakunnallisten aikasarjojen pohjalta on pääsääntöisesti mahdollista tuottaa myös kuntakohtaiset aikasarjat, mikäli ilmiön esiintyvyys on riittävän yleinen ottaen huomioon kuntien suuren kokovaihtelun. Valtakunnalliseen vertailuun on kehitetty erilaisia indikaattoreita, joista yleisimmät ovat asukaslukuun suhteutetut mittarit tai ikä- ja sukupuolivakioidut asukaslukupohjaiset mittarit.

Valtakunnallista vertailua on viety eteenpäin käytettävissä olevan tilastomateriaalin avulla eri tilastoraporteissa.

Sotka

Kuntatasolle on kehitetty SOTKA- tilastotietokanta, joka sisältää 3500 eri muuttujaa ja noin 200 valmista indikaattoria. Tietokanta on ministeriön ja Stakesin vakiokäytössä sekä tällä hetkellä noin 250 kunnalla käytössä. Viime vuonna on myös luotu Sotka-yhdyshenkilöverkosto, jossa on mukana yli 300 henkilöä. Sotkan rinnalle on kuntatason käyttöön kehitetty Stakesin kuntatilastot - julkaisu, joka on kuntakohtainen tietopaketti. Ko. tietopaketissa on sovellettu mahdollisimman monia käyttökelpoisia vertailutapoja. Kuntatilastoa voidaan pitää konkreettisena esimerkkinä vertailu –tuotteista.

Netti-Tietokannat

Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitustietoja on viety relaatiotietokantaan, mikä teknologia on mahdollistanut ko. tietojen entistä helpomman

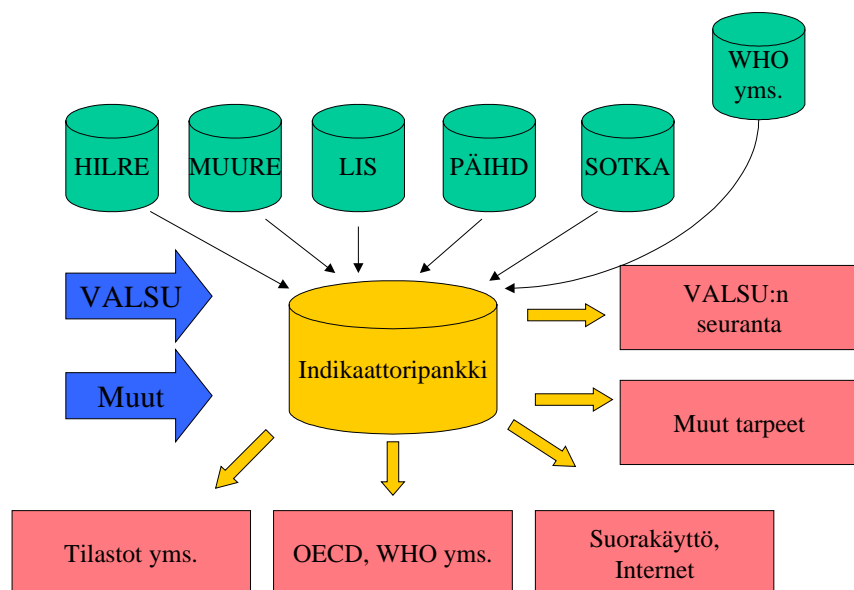
käytettävyyden. Raakatietojen pohjalta on luotu summatietokanta, joka on siirretty Internet-pohjaiseksi kaikille avoimeksi tiedonkäyttövälineeksi. Tämä ns. Terveys-Netti keskittyy terveydenhuollon laitoshoidon tietojen alueelliseen vertailuun ([HTTP://info.stakes.fi/](http://info.stakes.fi/)). Toinen julkinen ja maksuton tietokanta, ns. Teema-Netti, avaa palvelujen käytön vertailumahdollisuudet teemoittain: vanhustenhuolto, kehitysvammahuolto, mielenterveysongelmat, päihdeongelmat. Tämän lisäksi on toteutettu vielä sairaanhoitopiirikohtaiset spesifit tietopalvelut ja maakunnalliset spesifit tietopalvelut, jotka ovat käytössä maksullisina ja salasamalla suojattuina.

Benchmarking-toiminta

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien lisääntyntä vertailutarvetta tyydyttämään ovat sairaanhoitopiirit yhdessä Stakesin terveydenhuollon tutkimusyksikön sekä tilastot ja rekisterit yksikön kanssa kehittäneet sairaanhoitopiirien rahoittaman ”tuottavuus-vertailu” järjestelmän. Järjestelmässä verrataan sairaanhoitopiirien, sairaaloiden ja klinikoiden tuottavuutta episodipohjaisesti. Tämä toteutetaan liittämällä hoitajaksoja, avohoitokäyntejä ja toimenpiteitä loogisesti yhteen kuuluviksi kokonaisuuksiksi, episodeiksi. Järjestelmä pohjautuu hoitoilmoitusjärjestelmän kaltaiseen, vapaaehtoiseen rekisteritason tiedonkeruuseen laitosten tietojärjestelmistä. Tätä tiedonkeruuta täydennetään yhteisesti sovittuihin määrittelyihin perustuvilla kustannus ja resurssitiedoilla sekä avohoidon tiedoilla. Tietoja jaetaan sairaanhoitopiireille Netti-tietokantoina. Vakiintuessaan toiminta voisi muodostaa myös erikoissairaanhoidon avohoidon uuden tilastointipohjan. Nykyisellään se kattaa jo 70-80 % kaikesta ko. toiminnasta.

Indikaattoritietokanta

Tulevaisuudessa edellä kuvattujen tietotuotteiden rinnalle luodaan ”indikaattoritietopankki”, joka palvelee sekä indikaattoreiden tuottamisen, niiden varastoinnin ja jakelun välineenä. Kyseessä on rekistereiden (relaatiotietokannat) ja loppukäyttäjän väliin sijoittuva järjestelmä, johon on varastoitu indikaattoreiden tuottamiseksi tarvittavan informaatio.



Kuva 3.

Indikaattoripankki yhdistämässä tilastorekisterit (Hilre = hoitoilmoitusrekisteri, Muure = muut mm. sosiaalihuollon rekisterit, LIS = abortti-, sterilisaatio yms rekisterit, Päihd = päihderekisterit) ja muut tietokannat sekä tuottamassa VALSU:n ja muiden määrittelyjen mukaisia indikaattoreita erilaisiin tarpeisiin sekä myös suoraan (Internet)käyttöön.

Järjestelmään tulee alueellottuvuus, jolloin indikaattoria voidaan aluksi tarkastella valtakunnan tasolla, sitten aluetasolla ja lopulta paikallisesti, kenties vielä suurten kaupunkien kohdalla aluejaon mukaisesti. Kansainvälisten indikaattoreiden osalta valtakunnan tason yläpuolelle tulee vielä kansainvälinen taso ja mikäli päästään järjestelmäyhteensopivuuteen, myös mahdollisuus tarkastella muita valtioita ainakin jollakin aluetasolla. Tämän kaltainen työ on jo alkanut mm. WHO:n (itäinen Keski-Eurooppa) ja Eurostat (EU ja ETA-maat) sekä YK:n puitteissa. Myös NOMESKO:ssa ja NOSOSKOssa on kiinnostusta tämän kaltaiseen yhteistyöhön.

Indikaattoreiden seuranta paikallisesti ja valtakunnan tasolla

Benchmarkingia ja vertaisarviointia vaikeuttaa se, että nykyinen tiedonkeruu jättää tiettyjä aukkoja. Kaikilla toimintasektoreilla toimintoja ja resursseja ei ole mahdollista kytkeä yhteen.

Valtakunnallisen suunnitelman ja peruspalvelujen arvioinnin toteuttamisessa sosiaali- ja terveysministeriö, läänit ja kunnat ovat avainasemassa. Stakesin rooli voisi rakentua Stakesin kolmelle kivijalalle tietovarannot, tutkimus, kehittämistoiminta. Tietovarannoista voitaisiin tuottaa pysyvät vertailuanalyysit. Kehittämistoiminnan avulla voitaisiin löytää syvällisemmin ”huippumallit”, joihin kunnat ja palvelujen tuottajat voisivat verrata toi-

mintaansa. Tutkimustoiminta tuottaisi tausta-analyyseja sosiaali- ja terveyspalvelujen arvioinnille.

Pysyvät vertailuanalyysit voisivat rakentua toisaalta STM:n asiakirjoihin sisälle vietävistä tunnuslukupaketeista (Valsu, toimintakertomukset, arviointiraportit) sekä jatkossa Internet-pohjaisina vertailutietokantoina kunnittain ja palvelujen tuottajittain. Kehitystyö perustuisi Sotka-tilastotietokannan, Kansanterveyslaitoksen, Työterveyslaitoksen, Kansaneläkelaitoksen ja Tilastokeskuksen aluetietokantojen sekä hoitoilmoitustietokantojen saattamiselle Internet-pohjaisiksi vertailutietokantaperheeksi. Kyseessä on pitkälinen yhteistyössä ministeriön, Stakesin ja muiden tilastoviranomaisten sekä tutkimuslaitosten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kentän kanssa toteutettava kehityshanke. Työssä tullaan tarvitsemaan sosiaali- ja terveystieteellisen tavoitteidenasettelun lisäksi myös käytännön työn ja sen ongelmien tuntemusta. Toisaalta liian laajalle levitetty ja klinisiin yksityiskohtiin paneutuva hankkeessa voivat päälinjat hämärtyä. Siksi määrätietoinen ja tavoitteista lähtevä sekä kansainvälisen kehityksen huomioiva työskentelytapa lienee toimivin.

Ohjausmahdollisuuksien arviointi: johtopäätöksiä

Tilastot ja rekisterit –yksiköllä on tilastoviranomaisrooli, joka poikkeaa normin asettajan, ohjaajan, arvioijan roolista. Periaatteessa yksikön tulee tuottaa mahdollisimman ”arvovapaata” tietoa päätöksenteon, arvioinnin sekä ohjauksen pohjaksi. Varsinainen ohjaus- ja arviointitehtävä on ministeriöllä, lääneillä ja kunnilla. Stakesin tulee verkostoitua eri ohjaus- ja arviointiosapuolten kanssa, jotta tilastotieto saataisiin mahdollisimman hyvin ko. prosessin käyttöön.

Tästä seuraa tilastojen ja rekistereiden kehittämiseksi joukko haasteita:

- Aikasarjojen jatkuvuus on tärkeää, toisaalta tilastojärjestelmän on seurattava ympäristössä tapahtuvia nopeitakin muutoksia.
- Tilastot ja rekisterit kuvaavat joitain ilmiöitä varsin kattavasti, mutta ne jättävät jotkin ilmiöt varsin vähäiselle huomiolle. Erillisselvityksen ja tutkimuksen tarvitaan tietoa:
 - palvelujen tarpeesta
 - palveluihin hakeutumisesta ja valikoitumisesta
 - palvelujen kattavuudesta
 - avopalveluista (osittain)
 - voimavaroista, taloudellisuudesta ja tuottavuudesta.

6 Tiedonvälitys ohjauksen välineenä (Sirikka Mäkeläinen)

Stakesin tehtävä kotimaisen ja kansainvälisen tiedon tuottajana, hankkijana ja välittäjänä, tiedon määrän kasvu ja tuotetun tiedon laatuvaatimukset määrittelevät Stakesin tiedonvälitystä. Yleiset muutokset tiedonvälitysilmapiirissä, tiedon kansainvälistyminen ja elektronisten verkostojen vahvistuminen ohjaavat toimintaa.

Valtionhallinnon tiedotusohjeen mukaan ulkoinen tiedotus on osa valtionhallinnon palvelutoimintaa. Tehtävänä on antaa oikeata tietoa ymmärrettävällä tavalla valtion toiminnasta, myös valmisteilla olevista asioista. Tiedotus on avointa, nopeaa, luotettavaa. Sen on tasapuolista niin alueellisesti, poliittisesti kuin kielellisesti. Se on tasapuolista myös eri tiedotusvälineiden suhteen. Tiedotus on kaksisuuntaista eli tiedon vastaanottajan tarpeet ja reaktiot otetaan huomioon. Tiedotus ei lähtökohdiltaan ole suhdetoimintaa tai suopeuden hankintaa. Sen toimintatavat seuraavat yleistä kansainvälisen ja kansallisen tiedonvälityksen kehitystä niin teknisesti, toimintaperiaatteiltaan kuin -muodoiltaan.

Tiedonvälitys –yksikön strategia pohjautuu Stakesin strategiaan. Tiedonvälityksen yhteistyö kuntien ja palvelujärjestelmän kanssa on tehokkaan informaatio-ohjauksen kulmakiviä. Vuorovaikutteisuus toteutuu muun muassa erilaisten asiakaskyselyjen, yleisen palautteen sekä internetissä tapahtuvan keskustelun ja tietojen vaihdon kautta.

Tiedonvälitysmateriaalia kohdennetaan entistä selkeämmin erilaisten käyttäjäryhmien erityistarpeisiin. Painopiste on tiedon jalostuksessa; olennaisimman korostamisessa, tiivistämisessä, muokkaamisessa, toimittamisessa sekä vanhojen ja uusien tiedonvälityskanavien entistä tarkoituksenmukaisemmassa käytössä.

Tiedonvälitys on yhtäältä asiakkaan kysyntään suoraan reagoivaa, räätälöityä palvelua, toisaalta eri asiakasryhmille suunnattua eri muotoista toimintaa. Stakesin tiedonvälitystehtävä keskittyy tutkimus- ja kehittämisprojektien sekä tilastojen ja rekisterien tuottaman tiedon levittämiseen, mutta myös yleisempää sosiaali- ja terveysalaa koskevaa muulla tuotettua tietoa välitetään käyttäjille.

Tiedonvälitys on ohjauksen välttämätön mutta ei riittävä edellytys. On tunnettua, että tiedon kulku loppukäyttäjälle on usein monipolvista, useankin mielipidevaikuttajan kautta kulkevaa. Vielä hankalampaa on olettaa, että tiedonvälityksen kautta suoraan muutetaan käytäntöjä. Ohjauksen keinona tiedonvälitystä täytyy täydentää muilla menetelmillä.

Stakesissa on käynnissä hanke, jossa selvitetään erilaisten tiedon hyödyntämisen keinojen soveltuvuutta Stakesin käyttöön ja tuodaan tiedon hyödyn-

tämisen näkökulma ja menetelmät systemaattisesti mukaan tutkimus- ja kehittämiprojektien jokaiseen vaiheeseen sekä tilastojen ja rekisterien kehittämiseen ja niiden käyttöön.

Media- ja asiakasviestintä

Media- ja asiakasviestinnällä vaikutetaan yleiseen tietoisuuteen ja keskusteluun. Kohderyhmänä ovat erilaiset asiakkaat ja sidosryhmät, joista merkittävimmät ovat kunnat ja kuntien sosiaali- ja terveystoimet. Kansalaisille tiedotusmateriaali välitetään joukkotiedotusvälineiden sekä Stakesin www-sivujen kautta. Osin viestintää kohdistetaan myös erityisesti valikoiduille kohderyhmille erikseen suunnitelluin menetelmin. Julkisuuskuvaa hoidetaan suoraan ylimmän johdon alaisuudessa ja tiiviissä yhteistyössä toimintayksiköiden kanssa.

Tiedotteissa ja tiedotustilaisuuksissa uutisluontoisuus, ajankohtaisuus ja sanoman vaivaton omaksuttavuus ovat hallitsevia kriteerejä. Tiedottamisen laatukriteereitä tarkennetaan entisestään, kun yleinen tiedotushakuisuus on lisääntynyt merkittävästi.

Verkkoviestintä

Verkkoviestinnän merkitys on voimakkaassa kasvussa. Internetistä noudettavan ajankohtaistiedon tiedon määrä on Stakesin viestintäryhmän kartoituksen mukaan moninkertaistunut muutaman vuoden kuluessa. Verkkoviestinnässäkin informatiivisuus ja käyttäjäystävällisyys ovat keskeisiä kriteerejä.

WWW-sivustojen kehittäminen palvelee myös EU-yhteistyötä ja erityisesti puheenjohtajuuskauden viestintää. Tällä alueella hallinnonalan ja jopa koko julkisen alan yhteiset tiedonvälitykselliset linjaukset ovat työstettävänä.

Lehdet ja julkaisut

Yleislehti Dialogin tilaajakunnan kasvu kertoo, että journalistisella ja ajankohtaisella tiedonvälityksen foorumilla on kysyntää. Lehden kohderyhmistä sosiaali- ja terveysala, kuntien työntekijät ovat etusijalla. Lehteä suunnataan myös käytettäväksi oppilaitoksissa sekä erilaisissa tapahtumissa. Tiedotusvälineiden kautta Dialogi tavoittaa myös kansalaiset.

Tieteellisluontoinen Yhteiskuntapolitiikka –lehti tarjoaa artikkelimuotoisen väylän ensi sijassa Stakesissa mutta myös muualla tuotetulle tutkimustiedolle ja keskustelulle. Kohderyhminä ovat sosiaali-, terveys- ja hyvinvointipoliittisen tiedon tarvitsijat ja keskusteluun osallistujat, asiantuntijat, tutkijat, alan toimijat, päätöksenteon eri tasot sekä tiedotusvälineiden kautta kansalaiset.

Stakesin lehtiin kuuluu myös yhteispohjoismainen alkoholi- ja huumeutkimukseen keskittyvä aikakauslehti Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, jossa on tieteellisten artikkelien lisäksi keskustelua ja uutisluontoista aineistoa. Sen julkaisukielet ovat norja, ruotsi ja tanska, lisäksi julkaistaan englanninkielinen supplementti.

Julkaisutoiminta

Julkaisutoiminnassa keskitytään Stakesin strategian ja asiakaskunnan kannalta olennaisen tiedon julkistamiseen taloudellisesti mahdollisimman edullisella tavalla. Tavoitteena on sosiaali- ja terveysalan tutkimustiedon ja kehittämistoimien tulosten saattaminen selkeässä ja luettavassa muodossa käyttäjien ulottuville. Kohderyhmiä ovat palvelujärjestelmässä työskentelevät, sosiaali- ja terveystoimen asiakkaat, opiskelijat, tutkijat, poliittiset päättäjät, alan hallinnossa työskentelevät sekä tiedotusvälineiden kautta kansalaiset.

Julkaisujen sisällöllinen, kohderyhmät huomioonottava kehittäminen on tärkeää. Tiedon hyödynnettävyys on tärkeä kriteeri. Sähköisessä muodossa tapahtuvaa julkaisujen tuottaminen, jakelu ja käyttöä lisääntyy merkittävästi. Julkaisuja ilmestyy eri sarjoissa, suomenkielisten lisäksi ainakin ruotsiksi ja englanniksi, vuosittain runsaat kolmisenkymmentä. Lisäksi julkaistaan monistesarjaa suppeampia tarpeita varten.

Toimiva ja mahdollisimman kattava asiakaspalvelu ”yhden luukun periaatteella” täydentää edellä esiteltyjä tiedonvälityksen muotoja.

7. Terveyspalvelujen ohjauskeinoista muissa maissa (Mauno Konttinen)

Kansainvälisillä foorumeilla on viime vuosina keskusteltu laajalti valtiovalan mahdollisuuksista ylipäänsä ohjata lainsäädännön tavoitteiden ja kansallisten strategioiden toimeenpanoa ja toteutumista. Terveysterveyspalvelujen ohjauskeinoista ja niiden merkityksestä on yleisen tason keskustelua kuitenkin käyty verrattain niukasti; vaikuttaa siltä että terveysalan ammattihenkilöiden valvonta herättää yli kansallisten rajojen enemmän mielenkiintoa kuin ohjausmekanismit yleisellä tasolla.

Yhdysvalloissa puhutaan mielellään rahasta terveydenhuollon ohjauskeinona, kuten sikäläisiin moninaiisiin terveydenhuoltojärjestelmiin sopiikin. Esimerkkeinä mainittakoon vakuutuslaitosten käyttöön ottamat ”kliiniset” laskutusperusteet, kuten potilasryhmykset (tärkeimpänä DRG, Diagnosis Related Groups) ja erilaiset ”keittokirjat” yksityiskohtaisine hoito-ohjeineen. Maassa on lakisääteinen toimilupamenettely ja akkreditointi terveydenhuollon laitoksille. Niitä ja niiden ohjelmia arvioivista elimistä suurin on vuonna 1951 perustettu Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), joka on liittovaltiotasolla toimiva yksityinen yritys, jonka omistavat erilaiset liitot ja yhdistykset. Se on pääasiallinen akkreditoija 43/50:ssä osavaltiossa, ja sen arviointitoiminnan piiriin kuuluu lähes 11 000 sairaalaa ja yli 7 000 muuta terveydenhuollon palveluntuottajaa. JCAHO:n julkaisemat ohjeet ja oppaat ohjaavat palveluntuottajia voimakkaasti. Sen tytäryhtiö Joint Commission International (JCI) on viime vuosia pyrkinyt yhä voimakkaammin myös Länsi-Euroopan markkinoille. Osa-valtiokohtaiset ”lääkintölautakunnat” (Medical Boards) huolehtivat puolestaan lääkäreiden toimilupa-asioista, valvonnasta ja rangaistus-toimenpiteistä. Liittovaltiotasolla niillä on yhteinen liittonsa Federation of State Medical Boards (FSMB), joka mm. kokoaa tilastot lääkäreihin kohdistuneista rangaistus-toimenpiteistä. Viime aikoina on puhuttu terveydenhuollon laatustandardien luomisesta liittovaltiotasolle. On laadittu lakiesitys, jossa vuonna 1989 perustettu Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) laajentaisi toimintaansa tähän suuntaan ja sen nimeksi tulisi Agency for Health Care Quality. Ko. virasto on itse asiassa nykyäänkin liittovaltion tärkein terveydenhuollon tarkkailija. Se aloitti aikoinaan hoitosuosituksen laadinnan, mutta joutui luopumaan siitä muutama vuosi sitten, kun kongressin republikaanit väittivät hoitosuosituksista olevan enemmän haittaa kuin hyötyä ja uhkasivat lopettaa laitoksen rahoittamisen. Nyt viraston ohjelmaan liitettäisiin mm. lääkärin työn tarkkailuun soveltuvien ”evidence rating systems” -kaavojen laatiminen, perushoidon tutkimuskeskuksen perustaminen, teknisten laitteiden standardien kehittäminen sekä menetelmien kehittäminen potilaiden osallistumisen ja päätöksenteon tueksi. Presidentin neuvonantajat ja Amerikan lääkäriliitto kuitenkin katsovat, että yksityiset tarkkailu- ja laadunvalvontajärjestelmät riittävät liittovaltiotasolla.

Englannin kansallinen terveyspalvelu NHS, joka on valtiojohtoinen, verovaroin rahoitettu palvelujärjestelmä, ohjaa pitkälti itse itseään. Maan sata ter-

veyspiiriä (District Health Authorities, DHA) ovat tilivelvollisia kuudelle terveystoimiston aluetoimistolle (Regional Offices), jotka edustavat keskushallinnon ohjaus- ja valvontavaltaa. Näiden kahden järjestelmän keskinäisistä suhteista käydään ajoittain keskustelua, etenkin niiden pyrkimysten ristikkäisyyksistä. Thatcherin hallituksen vuonna 1991 toimeenpanema ”White Paper” synnytti tilaaja-tuottajamallin ostopalvelusopimukseen ja kilpailuttamiseen, eräänä päämääränä terveystoimistojen ohjaaminen näillä keinoin laadukkaampaan suuntaan. Koska tavoitteet eivät kaikilta osin toteutuneet, Tony Blairin johtama labour-hallitus julkisti syksyllä 1997 oman valkoisen paperinsa ”The New NHS: Modern, Dependable”. Sopimusohjausmallia kevennetään, ja kilpailun sijasta peräänkuulutetaan osapuolien kumppanuutta ja yhteistyötä. Terveystoimistojen asema ja vastuu korostuvat. Terveystoimistojen ohjauksen varten on perustettu kaksi uutta kansallista yksikköä: National Service Frameworks ja National Institute for Clinical Excellence (NICE). Edellinen laatii paikalliset standardit terveystoimistojen, jälkimmäinen puolestaan kliiniset hoitosuositukset. NICE tulee myös arvioimaan uusien lääkkeiden, hoitomenetelmien ja tarvikkeiden kliinisen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden. Standardeja ja niiden toteuttamista valvoo kolme eri mekanismia: Commission for Health Improvement, National Framework for Assessing Performance sekä vuotuinen National Survey of Patient and User Experience -tutkimus. Koko 1990-luvun ajan on ulkoinen ja sisäinen arviointi - auditointi - kuulunut brittisairaaloitten arkipäivään, joskin auditointimenetelmät ja niiden vaikuttavuus ovat saaneet lisääntyvää kritiikkiä osakseen. Viime aikoina englantilaiset ovat innostuneet akkreditoinnista, jolla he tarkoittavat lähinnä meidän sertifiointiamme, ja markkinoille on ilmaantunut runsaasti akkreditointia harjoittavia yrityksiä ja yhteisöjä. Akkreditointi nähdään hyödyllisenä työkaluna myös terveystoimistojen laadun kehittämisessä. Vuonna 1996 perustettu National Coordinating Centre for Health Technology Assessment Southamptonissa tukee NHS:n laajaa teknologian arviointiohjelmaa, jolla on suuri merkitys terveystoimistojen ohjauskeinona.

Pohjoismaissa terveystoimistojen ohjaus on katsottu valtion tehtäväksi, mutta menettelytavat poikkeavat toisistaan. 1990-luvulla joissakin maissa valtion ohjauksen suhteen on kiristetty, erityisesti Ruotsissa ja Norjassa, joissa käsite ”tillsyn” on korvaamassa aiemman, ehkä pehmeämmän ilmaisun ”aktiv uppföljning”. Ruotsin Socialstyrelsen ilmoittaa päätehtäväkseen 1) primär medicinsk tillsyn, 2) primär social tillsyn, 3) länsvis aktiv uppföljning, 4) nationell uppföljning och utvärdering sekä 5) utbildning och utveckling. Socialstyrelsen vastaa myös ammatinharjoittajien valvonnasta, ja sillä on kuusi toimipistettä Ruotsin eri alueilla. Kesällä 1996 Socialstyrelsen sai tillsyn-toimintaansa varten erillisen lain: Lag om tillsyn över hälso- och sjukvården, jossa määritellään myös sanktiomahdollisuudet. Ruotsin terveystoimistojen ohjaavat myös Landstingsförbundet ja Socialstyrelsenin yhteisesti omistama SPRI tutkimus- ja kehittämistoiminnallaan sekä suoraan valtioneuvoston kanslian alaisuuteen perustettu SBU terveystoimistojen menettelyjen arviointitoiminnallaan. Viimemainitun kannanotoilla näyttää olevan

yhä suurempi painoarvo maan terveydenhuollon kehittämisessä. Norjan Helsedirektoratet organisoitiin uudelleen 1.1.1994 ja se sai nimekseen Statens helsetillsyn. Se on riippumaton valvontaelin, joka perustaa kompetensinsa poikkitieteellisyyteen ja kokonaisvaltaiseen näkemykseen. Sille kuuluu myös ammatinharjoittajien valvonta. Organisaatioon kuuluu 19 kansankäräjälääkäriin toimistoa (vastaavat lääninlääkäreitä). Helsetillsyn näyttää suuntautuvan entistä enemmän terveydenhuollon laadun kehittämiseen varsinaisen valvontatoimen ohella. Tanskassa sekä terveydenhuollon valvonnasta että laadun kehittämisestä vastaa Sundhedsstyrelsen, johon vuonna 1997 perustettiin erillinen terveydenhuollon teknologian arviointiyksikkö. Pienessä Islannissa terveydenhuollon valvonta, ohjaus ja kehittäminen luonnistuu sikäläisen lääkintöhallituksen (Landlaeknisembaettid) toimesta.