

EIJA HILTUNEN (toim.)

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006

Yksilö vai rakenteet
Kuopio 5.–6.10.2006
Tutkimuspaperit



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus,
Sosiaalilääketieteen yhdistys, Kuopion yliopiston Terveystieteiden ja -talouden laitos
ja Suomen Akatemian Terttu-ohjelma

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006
Yksilö vai rakenteet. Kuopio 5.–6.10.2006. Tutkimuspaperit
Stakes. Työpapereita 26/2006
148 sivua, hinta 22 €. Helsinki 2006

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Raili Silius
Kuviot: Seija Puro

ISBN 951-33-1868-0 (nid.)
ISSN 1795-8091 (nid.)
ISBN 951-33-1869-9 (PDF)
ISSN 1795-8105 (PDF)

Valopaino Oy
Helsinki 2006

Terveydenhuoltotutkimus 2006

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät järjestetään 5.–6.10.2006 Kuopiossa ja tämä julkaisu sisältää päivien esitelmien lyhennelmät. Termi 'terveydenhuoltotutkimus' tarkoittaa hyvin monia erilaisia lähestymistapoja ja näkökulmia, mutta yhteistä niille on ihmisen toiminnan tutkimus terveydenhuollon työntekijän ja asiakkaan kohtaamisesta aina terveystieteiden muotoutumiseen asti. Terveydenhuoltotutkimus on välttämätöntä, jotta voimme ymmärtää terveyttä ja terveydenhuoltoa sosiaalisena faktana - ihmisen toiminnan tuloksena ja ihmisen toimintaa ohjaavana tosiseikkana. Terveydenhuoltotutkimuksen monimuotoisuus näkyy päivien ohjelmassa, jossa käsitellään lääketoimialaa, vanhuspalveluja, johtamista ja organisointia, lisääntymisterveyttä ja terveydenhuollon käytäntöjen sosiaalista muotoutumista.

Päivien yleisesitelmässä 5.10. kysytään, mikä on yksilön ja rakenteiden merkitys terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmän määräytymisessä. Kysymys yksilön vapaudesta tai rakenteiden määräävästä voimasta yksilöiden kohtalon määrittämisessä on yhteiskuntatieteen ikuisuuskiisymiä. Hieman kärjistäen 1960-luvun vauhdikkaina vuosina korostettiin rakenteiden merkitystä ja viime aikoina on taas korostettu yksilön omaa vapautta määrätä terveytensä ja hyvinvointinsa. Kun jokin ilmiö on vilkkaan poliittisen keskustelun kohteena, on syytä pysähtyä miettimään, millaista teoreettista ja empiiristä evidenssiä ilmiöstä on olemassa.

Päivien toisena päivänä, 6.10., esittäytyvät Suomen Akatemian TERTTU -ohjelman tutkimusprojektit - tutkijat kertovat, millaisia tuloksia TERTTU -tutkimuksissa on saatu. Keskustelua pohjustetaan mietinnöillä suomalaisen hyvinvointivaltion mallin tulevaisuudesta.

Päivien järjestäjinä toimivat Sosiaalilääketieteen yhdistys ja Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja -talouden laitos.

Järjestäjien puolesta, Kuopiossa 5.10.2006

Hannu Valtonen, professori
Terveyshallinnon ja -talouden laitos
Kuopion yliopisto

Sisällys

Torstai 5.10.

Sessio 1. Vanhuspalvelut ja kuntoutus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kuolemaa lähestyvillä ja muilla vanhuksilla.....	8
<i>Forma Leena, Jylhä Marja, Raitanen Jani ja Rissanen Pekka</i>	
Vanhusten pitkäaikaishoidon palvelurakenteiden muutoskehitys 1995–2005.....	12
<i>Kokko Simo</i>	
Vanhusten pitkäaikaishoidon rakenteen yhteydet kunnan kustannuksiin.....	16
<i>Kokko Simo ja Valtonen Hannu</i>	
Suomen kuntoutusjärjestelmä asiakirjoissa ja lainsäädännössä	21
<i>Purhonen Sari, Ashorn Ulla, Viitanen Elina ja Lehto Juhani</i>	
Alueellinen kuntoutusjärjestelmä asiantuntijoiden näkökulmasta.....	24
<i>Suuranta Jutta, Viitanen Elina, Ashorn Ulla ja Rissanen Pekka</i>	
IKÄ-kuntoutus lisää kunnallisten palvelujen käyttöä	27
<i>Ollonqvist Kirsi, Aaltonen Tuula, Karppi Sirkka-Liisa, Hinkka Katariina ja Pöntinen Seppo</i>	
Geriatrisen laitospalvelun asiakkaat, kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö: Fysio- terapeuttien käsityksiä	30
<i>Wallin Marjo, Talvitie Ulla, Cattan Mima ja Karppi Sirkka-Liisa</i>	

Sessio 2. Lääketoimiala ja lääkkeiden arviointi

Apteekki osana lääkkeiden tuotanto- ja jakeluketjua	34
<i>Ahonen Riitta</i>	
Statiinien keskimääräiset hoitopäivähinnat Suomessa vuosina 1993–2005.....	36
<i>Jormanainen Vesa, Sintonen Sari ja Juvonen Hannu</i>	
Sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa atorvastatiini säästää terveydenhuollon kustannuksia Suomessa pravastatiiniin verrattuna.....	40
<i>Kotomäki Teija ja Jormanainen Vesa</i>	
Statiinille määritelty vuorokausiannos ei ole keskimäärin käytetty annos Suomessa.....	44
<i>Pudas Hanna ja Jormanainen Vesa</i>	

Sessio 3. Johtaminen ja organisointi

Henkilöstöjohtaminen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa	48
<i>Kokkinen Lauri, Konu Anne ja Viitanen Elina</i>	
Jaettua johtajuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa?.....	51
<i>Viitanen Elina ja Konu Anne</i>	
Osastofarmasia/kliininen farmasia – uusi työnjaollinen paikka farmaseuteille ja proviisoreille sairaalassa ja terveyskeskuksessa.....	54
<i>Virkkunen Eila</i>	
Tietolähteet sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien päätöksenteossa	58
<i>Simonen Outi, Viitanen Elina ja Lehto Juhani</i>	
TedBM-hanke: Haasteena toimipaikkakohtainen terveydenedistämisaktiivisuutta (health promotion capacity) kuvaava vertaistietojärjestelmä.....	62
<i>Rimpelä Matti, Wiss Kirsi ja Rigoff Anne-Marie</i>	
Erytyypiset työterveyspalvelujen tuottajat ja markkinarakenne.....	65
<i>Kankaanpää Eila, Valtonen Hannu ja Linnosmaa Ismo</i>	
Kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset ja johtaminen kymmenessä suurim- massa kaupungissa 2005.....	69
<i>Rimpelä Matti ja Wiss Kirsi</i>	

Sessio 4. Terveydenhuollon käytäntöjen sosiaalinen muotoutuminen

Raskaudenkeskeytys pietarilaisilla naistenklinikoilla: Gynekologien asenteita ja työkäytäntöjä	74
<i>Larivaara Meri</i>	
Ennaltaehkäisykeinosta elämää säilyttäväksi tekniikaksi: sikiödiagnostiikan käytännöt 1970- ja 80-luvuilla.....	78
<i>Meskus Mianna</i>	
Journalistinen sairaala – kulttuurinen näkökulma terveydenhuollon ja median suhteisiin	79
<i>Torkkola Sinikka</i>	
Hoitokäytännöt ja kokemustieto harvinaisesta sairaudesta	83
<i>Nupponen Terttu</i>	

Sessio 5. Lisääntymisterveys

Oikeudenmukaisuus koeputkihedelmöityshoitojen käytössä ja resurssien jaossa	88
<i>Klemetti Reija, Gissler Mika, Sevón Tiina ja Hemminki Elina</i>	
Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen terveyskeskuksissa	90
<i>Sannisto Tuire, Mattila Kari ja Kosunen Elise</i>	
Seksuaalielämän palautuminen ja raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen	92
<i>Kosunen Elise ja Kaltiala-Heino Riittakerttu</i>	
Attitudes and religious beliefs of the Somali men's condom and the women's contraceptive use in Finland.....	94
<i>Degni Filio</i>	
Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa (NELLI): pilottitutkimuksen tuloksia	95
<i>Luoto Riitta ja Nelli-tutkimusryhmä</i>	

Perjantai 6.10.

Ryhmä 1

Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomen terveydenhuollossa: Kansalliset politiikka-toimijat jäsenyyden reunaehtojen muovaajina	98
<i>Nieminen Suvi</i>	
Sosioekonomisen aseman vaikutus terveystalouselämyksen valintaan.....	102
<i>Vuori Jari ja Hurri Jaana</i>	
Mitä kansalaiset odottavat julkisilta ja yksityisiltä terveystalueilta?	104
<i>Vuori Jari ja Savolainen Tarja</i>	
DONAU (Do need for and use of hospital care meet?) – Kohtaavatko hoidon tarve ja käyttö?	106
<i>Vuorma Sirkku, Keskinen Siru, Aromaa Arpo, Lehtonen Olli-Pekka ja DONAU-työryhmä</i>	
Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa	108
<i>Kivinen Tuula</i>	
Käytä hoito -suositukset kroonisten tautien ehkäisyssä: elintapamuutosten edistäminen terveydenhuollossa – Valtit-hanke.....	110
<i>Kuronen Risto, Jallinoja Piia ja Patja Kristiina</i>	
Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus.....	114
<i>Poskiparta Marita</i>	
Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveystaluelämyksen kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseista	118
<i>Willberg Mirja</i>	

Ryhmä 2

Koulutetut sairaanhoitajat lamatyömarkkinoilla: kokemuksia lähimenneisyydestä.....	122
<i>Santamäki Kirsti</i>	
Terveyskeskuslääkäriyden hahmottaminen suhteessa vanhan hyvän ajan kunnan- lääkäriin ja nuoreen keikkalääkäriin	125
<i>Löyttyniemi Varpu</i>	
Johtamisen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa.....	128
<i>Taskinen Helena</i>	
Yksityisen sairausvakuutuksen, iän ja tulojen vaikutus julkisen ja yksityisen lääkäripalvelun valinnassa.....	131
<i>Jäntti Satu, Linnosmaa Ismo ja Vuori Jari</i>	
Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa.....	134
<i>Wiss Kirsi, Kivimäki Hanne, Kosunen Elise, Rimpelä Arja, Saaristo Vesa ja Rimpelä Matti</i>	
Terveyspalvelujen käytön oikeudenmukaisuuden alueelliset erot – tilastollinen analyysimenetelmä	135
<i>Lumme Sonja, Leyland Alastair ja Keskimäki Ilmo</i>	
Kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947–2004.....	136
<i>Rimpelä Matti, Kivimäki Hanne, Wiss Kirsi, Kosunen Elise, Saaristo Vesa ja Rimpelä Arja</i>	
Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto osaksi hoitoa: Esimerkki psykiatrisen hoitotyön alueelta	139
<i>Hätönen Heli, Välimäki Maritta, Koivunen Marita, Jakobsson Tiina, Pitkänen Anneli ja Kuosmanen Lauri</i>	
Artikkelit tekijöittäin	143
Ohjelma	145

TUTKIMUSPAPERIT

Torstai 5.10.2006

SESSIO 1

Vanhuspalvelut
ja
kuntoutus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kuolemaa lähestyvillä ja muilla vanhuksilla

Leena Forma, Marja Jylhä, Jani Raitanen ja Pekka Rissanen
Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos
leena.forma@uta.fi

Johdanto

Yleisesti uskotaan, että vanhuksat käyttävät sosiaali- ja terveyspalveluja enemmän kuin muu väestö. Samoin oletetaan, että vanhusväestön lisääntyessä palvelujen kysyntä kasvaa merkittävästi. Kuolemaa lähestyvillä vanhuksilla on todettu huomattavia ikäryhmien välisiä eroja palvelujen käytössä (esim. Bird ym. 2002, Forma ym. 2006). Toisaalta on esitetty, että iän lisäksi myös kuoleman läheisyys lisää palvelujen käyttöä, esim. kuolemaa lähestyvillä vanhuksilla on raportoitu olleen enemmän kuin kaksinkertainen määrä sairaalajaksoja muihin saman ikäisiin vanhuksiin verrattuna (Wolinsky ym. 1995). Iän ja kuoleman läheisyyden suhde on monimutkainen, eikä niiden yhteisvaikutusta tunneta hyvin.

Tämä tutkimus on osa laajempaa COCTEL-hanketta (Costs Of Care Towards the End of Life), joka kuuluu Suomen Akatemian Terveystutkimuksen tutkimusohjelmaan (TERTTU). Tässä raportoitavan tutkimuksen päätavoite oli arvioida sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä, joka on yhteydessä ikään ja kuoleman läheisyyteen. Yksityiskohtaiset tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäneiden osuus ja käytettyjen palvelujen määrä erosivat kuolemaa lähestyvillä ja muilla vanhuksilla ikäryhmissä 70–79, 80–89 ja ≥ 90 -vuotiaat?
2. Miten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vaihteli ajassa kahden vuoden tutkimusjaksolla kuolemaa lähestyvillä ja muilla vanhuksilla? Miten ikä oli yhteydessä tähän vaihteluun?

Aineisto ja menetelmät

Otos Suomessa asuneista vuosina 1998–2000 kuolleista ≥ 70 -vuotiaista ja heidän kaltaisetut verrokkinsa poimittiin väestön keskusrekisteristä (Tilastokeskus). Tässä aineistossa kuolemaa lähestyvät vanhuksat koostuivat kahdesta ryhmästä:

- (a) kaikki ne, jotka kuolivat vuonna 1998 ≥ 70 -vuotiaana
- (b) ne jotka kuuluivat 40 % satunnaisotokseen Suomessa asuvista ≥ 65 -vuotiaista, ja kuolivat vuosina 1999 tai 2000 vähintään 70-vuotiaana. Tämä otos poimittiin 31.12.1997 tilanteen mukaan.

Kuolemaa lähestyvistä ja muista vanhuksista muodostettiin kaltaisetut tapaus-verrokki-parit. Verrokkit poimittiin em. 40 % satunnaisotoksesta. Verrokkien tuli olla elossa vähintään kaksi vuotta parinsa kuoleman jälkeen, jotta heidän oma tuleva kuolemansa ei olisi vaikuttanut palvelujenkäyttöön. Tapaus-verrokki-parit kaltaistettiin iän (± 1 vuosi), sukupuolen ja asuinkunnan suhteen. 90,5 prosentille kuolemaa lähestyvistä vanhuksista löydettiin tällainen verrokki. Ne, joille ei kriteerit täyttävää verrokkia löytynyt jätettiin tarkastelun ulkopuolelle.

Tiedot otokseen kuuluvien sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä saatiin kansallisista rekistereistä: Tilastokeskuksen kuolinsyyrekisteristä, Stakesin terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä, sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä ja kotihoidon asiakaslaskennasta sekä Kansaneläkelaitoksen reseptitiedostosta.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitopäiviä sairaaloissa, vanhainkodeissa ja ympärivuorokautisessa vanhusten palveluasumisessa, säännöllistä kotihoitoa (vähintään kerran viikossa) ja reseptilääkkeiden käyttöä. Sairaalapalvelut sisälsivät yliopistosairaalat, yleissairaalat (keskus-, alue- ja yksityiset sairaalat) sekä terveyskeskusten vuodeosastot. Hoitopäivät vanhainkodeissa ja ympärivuorokautisessa vanhusten palveluasumisessa yhdistettiin, ja erikseen käsiteltiin julkinen ja yksityinen vanhusten pitkäaikaishoito. Kotihoito sisälsi sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun.

Palvelujen käyttöä analysoitiin 70–79, 80–89 ja ≥ 90 vuoden ikäryhmissä. Tulokset raportoitiin palveluja käyttäneiden prosenttiosuuksina ja käytön määrän keskiarvoina. Sairaalahoitopäivien jakauma oli voimakkaasti vino oikealle, ja pitkäaikaishoitopäivien jakauma oli kaksihuippuinen. Koska muuttajat eivät noudattaneet normaalijakaumaa, mediaanit, ala- ja yläkvartiilit raportoidaan. Mann-Whitneyn U-testiä käytettiin testaamaan eroja kuolemaa lähestyvien ja muiden vanhusten välillä. Palvelujen käytön kehitystä seurattujen 24 kuukauden aikana kuvataan ikäryhmittäisillä viivakuvilla.

Tulokset

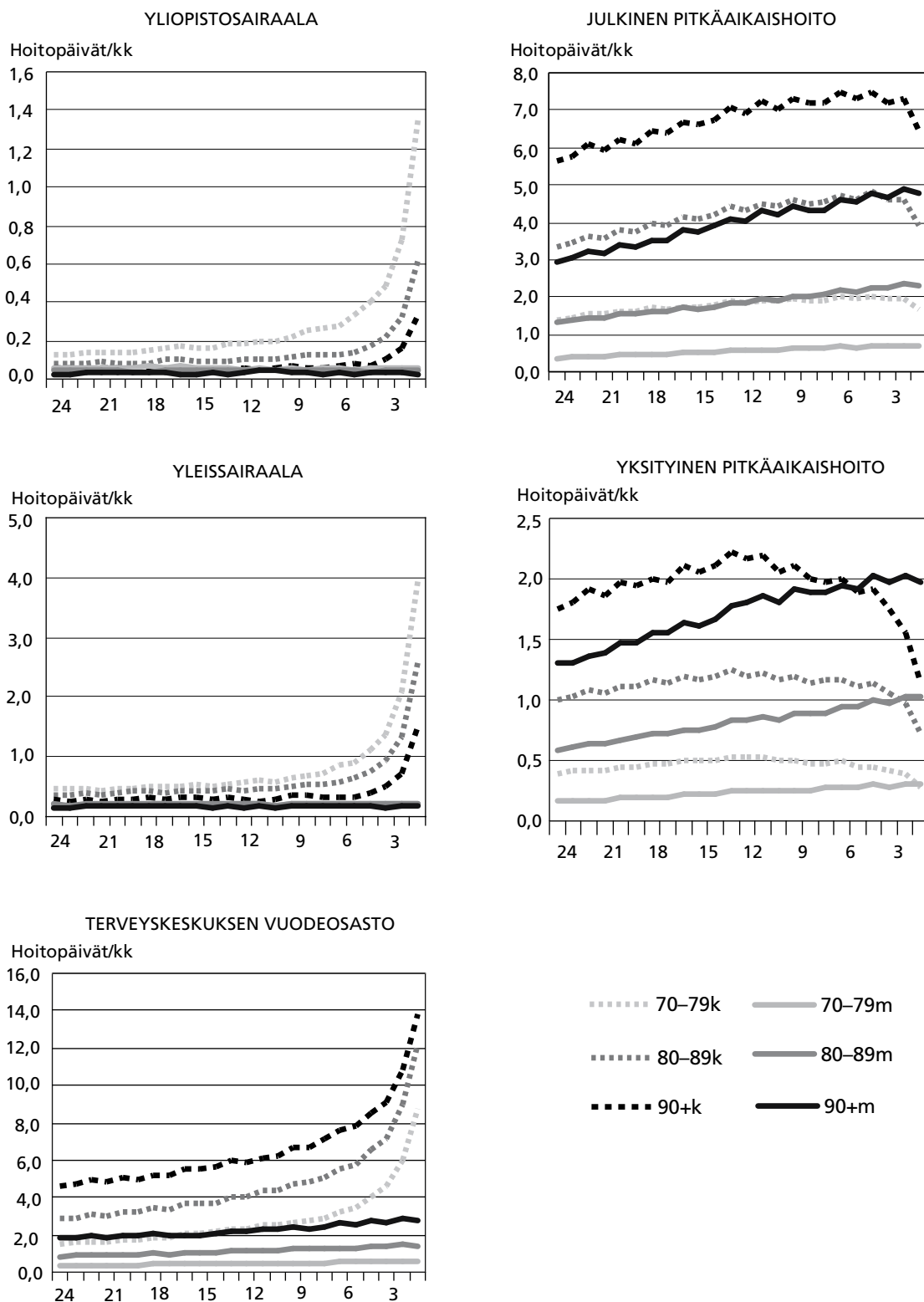
Aineisto sisälsi 56 001 kuolemaa lähestyvää vanhusta ja heidän kaltaiset verrokkinsa, yhteensä 112 002 henkilöä. Hieman yli puolet heistä oli 70–79-vuotiaita, n. 40 % 80–89-vuotiaita, ja alle 10 % yli 90-vuotiaita. 40,7 % oli miehiä.

Kaikissa ikäryhmissä suurempi osuus kuolemaa lähestyvistä kuin muista vanhuksista oli ollut sairaalan vuodeosastolla tai pitkäaikaishoitolaitoksessa (taulukko 1). Monissa palveluissa ero oli vähintään kaksinkertainen. Muut vanhukset käyttivät enemmän reseptilääkkeitä kuin kuolemaa lähestyvät, tästä oli poikkeuksena kuolemaa lähestyvät 70–79 miehet, jotka käyttivät

Taulukko 1. Palveluja käyttäneiden prosenttiosuudet ikä- ja statusluokittain

	70–79-vuotiaat		80–89-vuotiaat		≥ 90 -vuotiaat	
	Kuolemaa lähestyvät	Muut vanhukset	Kuolemaa lähestyvät	Muut vanhukset	Kuolemaa lähestyvät	Muut vanhukset
Miehet						
Sairaalahoito	86,5	46,5	85,9	56,8	80,3	59,5
yliopistosairaala	31,5	13,0	23,6	13,0	17,5	10,6
yleissairaala	65,7	32,2	62,9	37,4	50,7	34,5
terveyskeskuksen vuodeos.	60,8	17,9	76,0	31,2	79,8	41,6
Pitkäaikaishoito	25,8	6,2	44,9	14,6	60,7	25,7
julkinen pitkäaikaishoito	13,0	3,6	24,6	8,8	37,8	16,7
yksityinen pitkäaikaishoito	4,0	1,6	8,0	4,4	11,4	6,7
Reseptilääkkeet	89,7	88,9	84,6	90,5	74,4	86,7
Kotihoito	11,4	5,2	18,7	14,1	21,1	24,7
Naiset						
Sairaalahoito	85,7	45,6	78,4	56,7	68,1	56,7
yliopistosairaala	31,4	12,5	21,2	12,6	14,8	9,9
yleissairaala	63,3	29,1	54,4	32,3	43,0	28,8
terveyskeskuksen vuodeos.	68,5	21,5	79,6	40,0	80,7	50,1
Pitkäaikaishoito	35,8	8,9	60,0	25,1	75,7	43,9
julkinen pitkäaikaishoito	17,2	5,1	33,1	15,9	41,1	27,3
yksityinen pitkäaikaishoito	4,6	2,0	8,9	5,9	13,1	10,8
Reseptilääkkeet	87,0	90,8	76,2	88,4	61,9	80,6
Kotihoito	17,0	8,5	22,3	21,1	18,6	28,6

Kuva 1. Keskimääräinen sairaala- ja pitkäaikaishoitopalvelujen käyttö kuukausittain kahden vuoden seuranta-aikana, molemmat sukupuolet. (k = kuolemaa lähestyvät, m = muut vanhukset)



niitä verrokkejaan vähemmän. Säännöllinen kotihoito oli yleisempää kuolemaa lähestyvillä kuin muilla vanhuksilla, paitsi vanhimmassa ikäryhmässä, jossa verrokkit käyttivät kotihoitoa yleisemmin. Palvelujen käytön ero kuolleiden ja verrokkien välillä oli 90 vuotta täyttäneillä pienempi kuin nuoremmassa ikäryhmässä.

Sairaalan vuodeosastohoidossa olleilla kuolemaa lähestyvillä oli huomattavasti enemmän hoitopäiviä kuin muilla vanhuksilla kaikissa sairaaloissa ja kaikissa ikäryhmissä. 70–79-vuotiailla verrokeilla oli enemmän hoitopäiviä julkisissa pitkäaikaishoitolaitoksissa kuin kuolemaa lähestyvillä, mutta vanhemmissa ikäryhmissä kuolemaa lähestyvillä oli enemmän.

Verrokkien sairaalankäyttö pysyi lähes samalla tasolla koko kahden vuoden ajan, mutta hoitopäivien määrä terveyskeskuksen vuodeosastolla kasvoi hieman ajan myötä (kuva 1). Kuolemaa lähestyvillä sairaalahoitopäivien määrä kasvoi viimeisinä elinkuukausina. Heillä terveyskeskuksen vuodeosaston käyttö kasvoi tasaisesti kahden vuoden ajan, mutta eniten viimeisten neljän kuukauden aikana.

Sekä kuolemaa lähestyvien että verrokkien julkisen pitkäaikaishoidon käyttö lisääntyi kaikissa ikäryhmissä kahden vuoden ajan, mutta kuolemaa lähestyvien vanhusten hoitopäivät vähentyivät viimeisenä elinkuukautena. Verrokeilla yksityisen pitkäaikaishoidon käyttö kasvoi, mutta kuolemaa lähestyvillä se alkoi vähentyä noin vuotta ennen kuolemaa. Viimeisten kuukausien aikana muut vanhukset käyttivät enemmän yksityisiä pitkäaikaishoitopalveluja kuin kuolemaa lähestyvät.

Johtopäätökset

Tutkimuksessa arvioitiin, miten kuolemaa lähestyvien ja muiden vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö eroaa ikäryhmittäin. Tulosten mukaan erot ovat suuria; kuolemaa lähestyvät käyttivät sairaala- ja pitkäaikaishoitopalveluja merkittävästi enemmän kuin heidän kaltaiset verrokkinsa. Erot olivat pienimmät vanhimmassa ikäryhmässä, mutta edelleen tilastollisesti merkitsevät.

Sairaalapalvelujen käyttö kasautui viimeisiin elinkuukausiin. Nuorempia vanhuksia hoidettiin yliopisto- ja ylissairaaloissa, kun taas vanhimpia erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla. Pitkäaikaishoitolaitoksissa asiakkaita ei hoidettu kuolemaan saakka, vaan julkisista laitoksista asiakkaita siirrettiin viimeiseksi elinkuukaudeksi ja yksityisistä viimeiseksi elinvuodeksi muualle.

Lähteet

- Bird, Chloe & Shugarman, Lisa & Lynn, Joanne (2002): Age and gender differences in health care utilization and spending for Medicare beneficiaries in their last years of life. *Journal of Palliative Medicine* 5(5), 705–712.
- Forma, Leena & Jylhä, Marja & Noro, Anja & Raitanen, Jani & Rissanen, Pekka (2006): Age differences in health and social service utilization in last two years of life among old people. (Käsikirjoitus)
- Wolinsky, Fredric & Stump, Timothy & Johnson, Robert (1995): Hospital utilization profiles among older adults over time: consistency and volume among survivors and decedents. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES* 50B(2), 88–100.

Vanhusten pitkäaikaishoidon palvelurakenteiden muutoskehitys 1995–2005

Simo Kokko, Stakes

Johdanto

Suomen vanhuspalveluita ryhdyttiin arvioimaan 1990-luvun alussa liian paljon laitoshoidon nojaaviksi. Parin edeltäneen vuosikymmenen ajan oli kuntia ohjattu perustamaan pitkäaikaishoidon laitoksia, sekä vanhainkoteja että terveyskeskussairaalaosastoja, jotta erikoissairaanhoidossa hoitoa ”väärällä hoitopaikalla” odottaneet lukuisat potilaat saataisiin hoitoon oikeille hoidon portaille. Todettiin myös, että palveluasuminen vaihtoehtona oli määrältään ja muodoiltaan kehittymätöntä ja että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon mahdollisuuksia tuottaa palvelut kotiin ei käytetä riittävästi.

1990-luvun alkuvuosina käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriön toimesta valtakunnallinen palvelurakennemuutosohjelma, jossa kaikille kunnille laskettiin määrällisten palveluiden peittävyystunnuslukujen avulla tavoitteet palvelurakenteen uudistamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992). Alalla toimivien keskuudessa tuli tunnetuksi 10 prosentin tavoitteen periaate. Alun perin tavoitteeksi asetettiin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien määrän laskeminen palvelurakennemuutoksen eri keinojen avulla alle 10 prosentin määrään kunnan 75 vuotta täyttäneen väestön keskuudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993). Myöhemmin, kun palveluasumisen kriteerejä väljennettiin ja palveluasumiseksi hyväksyttiin myös ympärivuorokautisen palvelun tarjoavien yksiköiden palvelu, valtakunnallinen strategiatoimikunta esitti 10 prosentin sääntöä tiukennettavaksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). Uuden ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vahvistaman määritelmän mukaan tavoitteeksi piti asettaa, että kunnan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä vähintään 90 % asuu tavallisissa kodeissaan tai enintään ”tavallisen palveluasumisen” yksiköissä – tarvittaessa kotiin toimitettavien palveluiden varassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

1990-luvun alkuvuosina käynnistyi koko maassa muutosprosessi, jonka eri kehityskuluista ei ole ollut helppo pysyä selvillä, koska palveluiden käsitteet, palveluiden tuotantotavat ja myös palveluiden tärkeimmät sisällöt ovat muuttuneet. Kirjoittaja on työnsä puolesta ollut mukana varsin laajalti asiantuntijana ja eri projektien tehtävissä muutoksen vuosina. Kun vuonna 2005 käynnistyi varsin voimakkaasti vanhuspalveluiden tilaa julkisuudessa arvosteleva keskustelu ja kirjoittelu, jossa vanhuspalveluiden väitettiin ”romahtaneen” tms., tuntui tärkeältä rekonstruoida perusteltu ja käytössä olevaan tietoon ankkuroitu kuva tapahtuneesta. Tämän raportin tarkoituksena on siis kysyä, mitä maan ikäihmisten pitkäaikaisille palveluille, palveluiden rakenteille ja palveluiden piirissä olevien määrille ja osuuksille on tapahtunut muutoksen vuosina 1995–2005.

Aineisto ja menetelmät

Stakes on toteuttanut maan sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä erilaisia asiakaslaskentoja osana valtakunnallista tilastointijärjestelmää. Vanhuspalveluiden kotihoidon, jolloin tarkoitetaan yhdistetysti sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa, pitkäaikaisen palvelusuunnitelman piirissä olevia koskevat yksilötason tiedot kootaan kahden vuoden välein, tarkastelukautena parittomina vuosina. Laitoshoidossa olevista tehdään puolestaan jokaisen vuoden lopussa asiakaslaskenta,

jossa voidaan tunnistaa erikseen pitkäaikaisessa hoidossa olevat. Mukana ovat kaikki sairaalat, joskin viime vuosien laskennoissa pitkäaikaishoidossa olevia on ollut pääosin vain terveyskeskussairaaloissa ja supistuvassa määrin psykiatrisissa sairaaloissa. Vanhusikäiset ovat lähes kaikki terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaispotilaita. Laskenta kattaa vanhainkodit ja muut vastaavat laitokset, joilla on nykyisin entistä laajempi valikoima erilaisia nimikkeitä. Lisäksi laskentaan tulevat mukaan kaikki ns. tehostetun palveluasumisen yksiköt (yksiköitä, joissa on ympärivuorokautinen henkilökunta paikalla yksikön tiloissa), sekä ne asiakkaat muista palveluasumisen yksiköistä, jotka saavat henkilökohtaista hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuvaa palvelua. Kotihoidon asiakkaista laskentaan sisältyvät tiedot vain niistä, joilla on henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma, ja joiden luokse tehdään suunnitellusti säännöllisesti kotikäyntejä – riippumatta käyntivilkkaudesta.

Laskentatietoihin sisältyvät tiedot niistä palveluista, jotka ovat kunnan kustantamia – siis joko kuntien tai kuntayhtymien itse tuottamia tai kuntien tai kuntayhtymien yksityisiltä tai järjestötaholta ostopalveluina hankkimista. Niitä, joilla kunta ei osallistu hoito- ja palvelusuunnitelmaan lainkaan, esimerkiksi kulut itse maksavat, laskennat eivät siis kata.

Laskentojen tuloksista koostetut taulukot on rakennettu kunnittain yli 75-vuotiaista laskentojen piiriin kuuluneista. Kunnan kunkin laskentavuoden väestötiedot on hankittu SOTKA-tietokannasta. Tarkasteluun on valittu kuusi laskentavuotta: 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 ja 2005. Vuoden 2005 laskennasta on ollut käytössä tulosten lopullista vahvistamista vailla oleva esitieto. Kuntien joukosta on poistettu muutamia yksittäisiä sellaisia kuntia, joilla kuntaliitokset ovat tehneet jälkikäteisen tietojen rekonstruoinnin mahdolliseksi. Lisäksi on jätetty pois kuntia, joista ei ole toistuvissa laskennoissa onnistuttu saamaan tietoja. Näitä on yleensä ollut 1–2 prosentin verran laskentaa kohti. Vuoden 1997 laskennassa kato muodostui tavallista tasoa suuremmaksi, koska laskentaa hoitaneiden kertoman mukaan tuolloin vastaamatta jättäneiltä ei ”karhuttu” tietoja yhtä sinnikkäästi kuin muilla kerroilla.

Palvelurakenteen indikaattoreina eri vuosien laskennoista tarkasteltiin 1) ympärivuorokautisen pitkäaikaisen laitoshoidon (sairaalat, vanhainkodit ja tehostetun palveluasumisen yksiköt) peittävyttä kuntien 75 vuotta täyttäneissä väestöissä, 2) hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuvan pitkäaikaisen kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhteen laskettuina) vastaavaa peittävyttä sekä palvelurakennemuutoksen kannalta tärkeän 3) intensiivisen kotihoidon (hoito, jossa suunnitelman mukaan yli 40 kotikäyntiä kuukaudessa) peittävyttä.

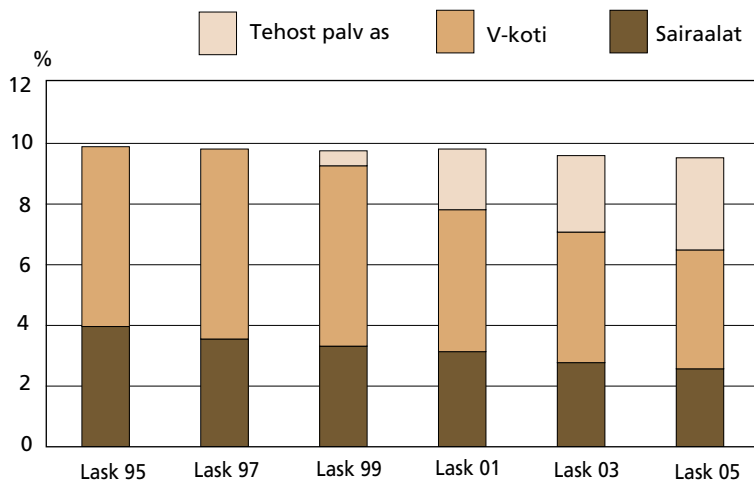
Tulokset

Ympärivuorokautisen hoidon kokonaispeittävyys on 10 tarkasteluvuoden aikana hieman alenut, 9,9 prosentista 9,5 prosenttiin (Kuva 1). Koko maan tilanne on näin ollen pysynyt palvelurakenteen mitoitustavoitteen mukaisena.

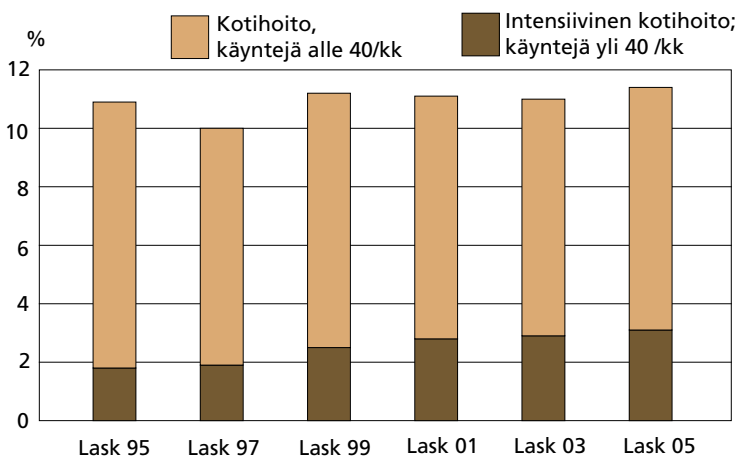
Vanhainkotihoidossa pitkäaikaisesti olevien määrä on vähentynyt 17 800:sta 15 400:aan, pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevien määrä 11 900:sta 10 100:aan, eli perinteisessä laitoshoidossa on tapahtunut näin 4 200:n hoidossa olevan vähennys. Perinteisen laitoshoidon peittävyys aleni tarkasteluajana 9,9 prosentista 6,5 prosenttiin. Kuitenkin samaan aikaan tehostetun palveluasumisen pitkäaikaispaikoilla olevien määrä kasvoi noin 11 900:lla, peittävyysprosentti nousi tavallaan nollasta 3 prosenttiin.

Samaan aikaan kotihoidon pitkäaikaishoidon peittävyys on vuoden 1997 laskennan kautta matalammaksi jääneitä lukuja lukuun ottamatta noussut 10,9 prosentin tasolta 11,4 prosenttiin (Kuva 2). Intensiivisen kotihoidon piirissä olevien osuus on hitaasti mutta tasaisesti noussut laskentakerrasta toiseen 1,8 prosentista 3,1 prosenttiin.

Kuva 1. Yli 75-vuotiaiden pitkäaikaisen ympärivuokautisen hoidon peittävyys (% ikäryhmästä) kehitys hoitomuodoittain 1995–2005 asiakaslaskentojen mukaan



Kuva 2. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon peittävyys (% vastaavanikäisistä) vuosina 1995–2005 hoidon intensiteetin mukaan



Yli 75-vuotiaiden määrä kasvoi vuodesta 1995 vuoteen 2005 noin 93 000:lla, noin 300 000:sta 393 000:een. Ympärivuokautista hoitoa on samaan aikaan lisätty noin 7 500 hoitopaikalla käytännössä kokonaan tehostetun palveluasumisen muodossa. Lisäysprosentti on siten ollut hieman yli 8. Kotihoidon säännöllisen hoitosuunnitelman piiriin on tullut puolestaan noin 12 500 uutta pitkäaikaisasiakasta. Yli 75-vuotiaiden määrän kasvuun on siten vastattu noin 13 prosentin suuruisella hoitokapasiteetin kasvattamisella. Intensiivisen kotihoidon asiakkaiden määrä on puolestaan noussut 5 700 asiakkaan verran, mikä merkitsee yli 6 prosentin kasvuvauhtia.

Pohdinta

Esitetyt tarkastelut antavat vanhuspalveluiden rakenteen kehityksestä varsin stabiilin kuvan. Ainut merkittävä muutos on ollut vanhainkotihoidon korvautuminen tehostetulla palveluasumisella. Sekään muutos ei ole käytännössä ollut kovin suuri. Vuonna 1995 ei oikeastaan tunnettu tehostetun palveluasumisen käsitettä, koska ympärivuorokautinen hoito ei saanut pääsääntöisesti (vielä tuolloin) palveluasumisen statusta Kelan päätöksissä. Näin ollen koko kyseinen lukumäärä ei suinkaan ole kokonaan uutta palvelukapasiteettia, vaan merkittävilta osiltaan joko olemassa olleesta palvelutalokannasta tai jopa vanhainkodeista syntyneitä.

Kotihoidon peittävyys on pysynyt päinvastoin kuin on julkisuudessa väitetty varsin samansuuruisena tarkasteluvälin 10 vuoden aikana. Intensiivisen kotihoidon peittävyys on kasvanut, mikä on ollut yksi keskeisimmistä tavoitteista. Miksi sitten väitetään vanhusten kotipalvelun romahtaneen? Selitys on pitkäaikaisen ja hoitosuunnitelmaan perustuvan hoidon ulkopuolella toteutuvassa lyhytaikaisessa hoidossa. Tarkkaa kvantitatiivista kuvaa tapahtuneesta muutoksesta ei ole helppo saada. On esitetty arvioita, että lyhytaikaisen hoidon peittävyys vanhusikäisten kotitalouksissa olisi vähentynyt noin puoleen. Tälle vähenemiselle on useita mekanismeja. Monia kotipalveluhenkilökunnan aikaisemmin antamia palveluita, kuten esimerkiksi aterioihin liittyviä tai siivouspalveluja, annetaan nykyisin keskitetysti ns. tukipalveluina muun kunnallisen tai yksityisen organisoimien kautta. Samalla osa aikaisemmin kotipalvelun piiriin kuuluneista palveluista on siirretty kunnan kustantaman piiriin ulkopuolelle asiakkaan itse maksettavaksi. Koska kyse on ollut suurista määristä, tässä lienee tapahtunut yksi sosiaali- ja terveydenhuollon suurimmista ”de-priorisoinneista” viime vuosien aikana. Näin tapahtuneen kehityksen sisältöä ja mittasuhteita olisi tarpeen tutkia tarkemmin erikseen.

Pitkäaikaishoidon palvelurakenne on kuitenkin esitettyjen eri palvelumuotojen lisääntymisvauhdin tarkastelujen varassa siirtynyt kohti kotiin tuotettavia palveluita tai ainakin määrätietoisesti pois päin perinteisestä laitoshoidosta.

Lähteet

Sosiaali- ja terveysministeriö (1992). Palvelurakennetyöryhmän muistio. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1993): Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1994–1997. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1996): Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 2001:4. Helsinki.

Vanhusten pitkäaikaishoidon rakenteen yhteydet kunnan kustannuksiin

Simo Kokko, Stakes ja Hannu Valtonen, Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos

Johdanto

Suomessa herättiin 1990-luvun alussa tuon ajan ”palvelurakennemuutukseen”. Uudistuksella tarkoitettiin tuolloin palvelutuotannon painopisteen siirtämistä laitoshoidosta avohoitoon, ts. sairaala- ja vanhainkotihoidosta vastaanottopalveluihin ja kotona hoitamiseen. Uudistusta vietiin eteenpäin useilla rintamilla, mutta vanhusikäisten pitkäaikaishoidon palvelut olivat mielenterveyspalveluiden ohella erityishuomion kohteena (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992).

Vanhuspalveluissa väitettiin turvaudutun liian varhain tai liian herkästi laitosmuotoisiin hoidon vaihtoehtoihin. Näin saatettiin ryhtyä hoitamaan pitkäaikaishoidon asiakkaan puolesta sellaisiakin päivittäisen elämän toimintoja, joista hän olisi selvinnyt ja joiden omatoiminen ylläpitäminen olisi ollut toimintakyvyn kannalta tärkeää. Vastavuoroisesti jätettiin avohoidon mahdollisuuksia ja työskentelytapoja kehittämättä niihin sisältyvään potentiaaliin verrattuna.

”Tarpeettomalle” tai ”liialliselle” laitoshoidolle laskettiin 1990-luvun alkuvuosien kustannuslaskennan keinoin myös arvioita tarpeettomasti syntyvistä kustannuksista. Esitettiin tutkimuksia ja arvioita, joiden mukaan palvelurakenteiden uudistaminen oikeilla tavoilla olisi myös taloudellista (Vaarama 1996). Kunnat näkivät suoraan, että säästöjä voi synnyttää siirtämällä kustannuseriä kunnan maksettaviksi kuuluvista asiakkaalle itselleen ja Kelalle, kun kunnat eivät kata kotihoidon ja palveluasumisen asiakkaiden asumisen, koko palveluskaalan eikä lääkkeiden kuluja samalla tavalla kuin perinteisessä laitoshoidossa. Tämän säästön lisäksi luvattiin myös rakenteellisesta rationalisoinnista syntyviä kustannussäästöjä, kun siirryttäisiin tuottamaan vain tarpeelliset palvelut.

Kunnat ovat 1990-luvun alkuvuosista lähtien toteuttaneet omilla tavoillaan ja aikatauluillaan rakennemuutoksia. Näiden etenemisestä ja muutoksen tunnusluvuista on esillä erillinen lyhennelmä. Tässä raportissa kysytään, millainen yhteys rakennemuutoksen tuloksena syntyneillä keskenään erilaisilla rakenneprofiileilla on ollut kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon nettokustannuksiin.

Aineisto ja menetelmät

Stakes kerää kuntien kustantamista vanhustenhuollon palveluista yksilötasoiset tiedot vuoden tai kahden vuoden välein toteutettavilla kattavilla laskennoilla kotihoidon, palveluasumisen, vanhainkotien ja eri sairaaloiden asiakkaista. Tässä analyysissä on käytetty vain 75 vuotta täyttäneitä pitkäaikaisasiakkaita koskeneita tietoja. Laskentatiedot on analysoitu vuosina 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 ja 2005 laskennoista. Vuoden 2005 tiedot ovat vielä lopullisesti tarkistamattomia esitietoja.

Analyysin yksikkönä ovat Manner-Suomen kunnat. Ahvenanmaan kuntien lisäksi analyysistä jouduttiin jättämään ulkopuolelle muutama vaikeasti jälkikäteen rekonstruoitavissa olevia muutoksia kuntaliitosten kautta läpi käynyt kunta. Tiedot koskevat kuntien ja kuntayhtymien palveluita sekä sellaisia yksityis- tai järjestösektorin palveluita, joita tuotetaan kuntien kustannuksella, käytännössä ostopalveluina. Asiakaslaskentojen vastausprosentit ovat 95–97 prosentin

luokkaa kunnallisissa palveluissa, yksityisten palveluntuottajien tiedetään jättävän tätä useammin täyttämättä tiedot. Tarkkaa arviota näin syntyvästä kadosta ei ole.

Asiakaslaskennoista on laskettu 75 vuotta täyttäneiden palveluiden peittävyysprosentteja suhteessa kunnan 75 vuotta täyttäneeseen väestöön. Avaintunnuslukuja ovat olleet laitoshoidon tai sitä vastaavan ympärivuorokautisen palvelun tarjoavan palveluasumisen (ns. tehostettu palveluasuminen) piirissä olevien prosenttiosuus sekä ”intensiivisen kotihoidon” peittävyden prosenttiosuus. Intensiivisellä kotihoidolla tarkoitetaan kotihoitoa, jossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon suunniteltujen kotikäyntien määrä on vähintään 40 käyntiä kuukaudessa, mikä tarkoittaa lähes kahta kotikäyntiä ainakin arkipäivisin. Laitoshoidon ja intensiivisen kotihoidon peittävyden osuuksia käytettiin kustannusten suorissa vertailuissa luokittelumuuttujina jakaen kunnat kvartiileittain neljään ryhmään.

Terveystuotun ja ns. laajennetun terveystuotun, johon kuuluu terveystuotun lisäksi vanhusikäisten kotipalvelu ja vanhainkotihoito, kustannustiedot on laskettu kuntakohtaisten vuoden 2004 SOTKA-tietokannan tietojen avulla. Koska vanhuspalveluiden kustannustietoja ei valitettavasti tilastoida omina kokonaisuuksinaan, jouduttiin arvioimaan eriaistisen palveluasumisen ja terveystuotun sairaaloiden pitkäaikaishoidon kustannukset laskennallisten yksikkökohtaisten nettohintojen avulla. Tämä vähentää luonnollisesti arvion tarkkuutta, mutta säilyttää kuitenkin kustannusten karkeat mittasuhteet. Jotta välttyttäisiin tarpeelta ikävakioida kuntien vanhuspalvelukustannukset, ne suhteutettiin kunnan 75 vuotta täyttäneitä asukasta kohti. Laskentamenetelmästä johtuen vanhuspalvelukustannuksiin on syytä suhtautua suuntaa antavina.

Kustannuksia on verrattu myös ikä- ja tarvevakioituina. Ikä- ja tarvevakioidut kustannustiedot on otettu suoraan Stakesin työryhmän vuodelle 2004 laatimista laskelmista (Hujanen ym. 2006).

Analyysointi on tapahtunut koko aineiston kattaneiden kuntakohtaisten taulukoiden avulla taulukkolaskennan ja regressioanalyysin avulla.

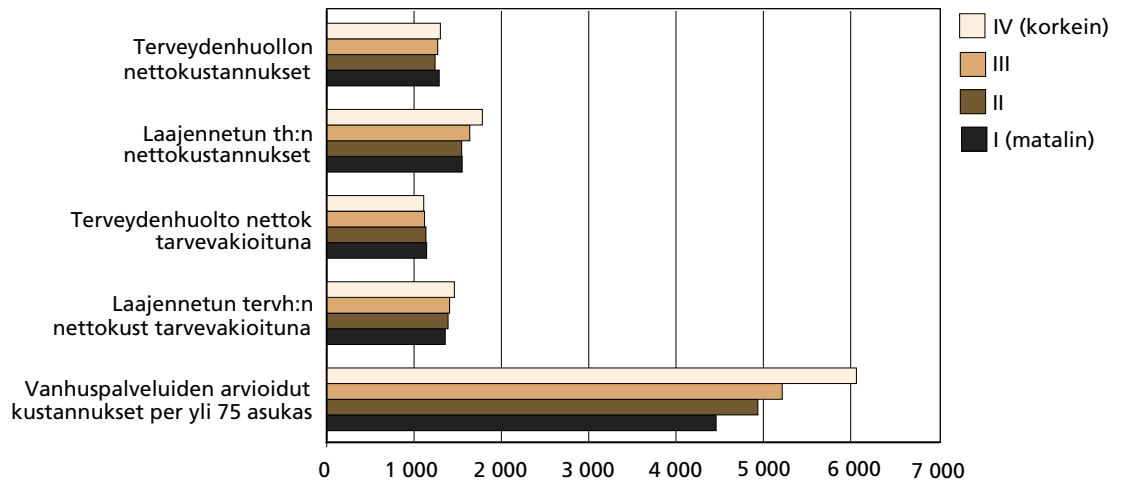
Tulokset

Kunnan vanhuspalveluiden laitosvaltaisuuden asteella ei ole selvää yhteyttä kunnan terveystuotun suoriin eikä myöskään ikä- ja tarvevakioituihin nettokustannuksiin (Kuva 1). Laajennetun terveystuotun kustannuksissa laitosvaltaisimman kuntakvartiilin menot olivat asukasta kohti noin 230 euroa/asukas korkeammat. Kuitenkin, kun nämä kustannukset ikä- ja tarvevakioidaan, ero supistuu noin 100 euroon/asukas, joten 230 euron kustannuserosta suurin osuus selittyy ikärakenteen ja palveluiden tarpeen rakenne-eroilla.

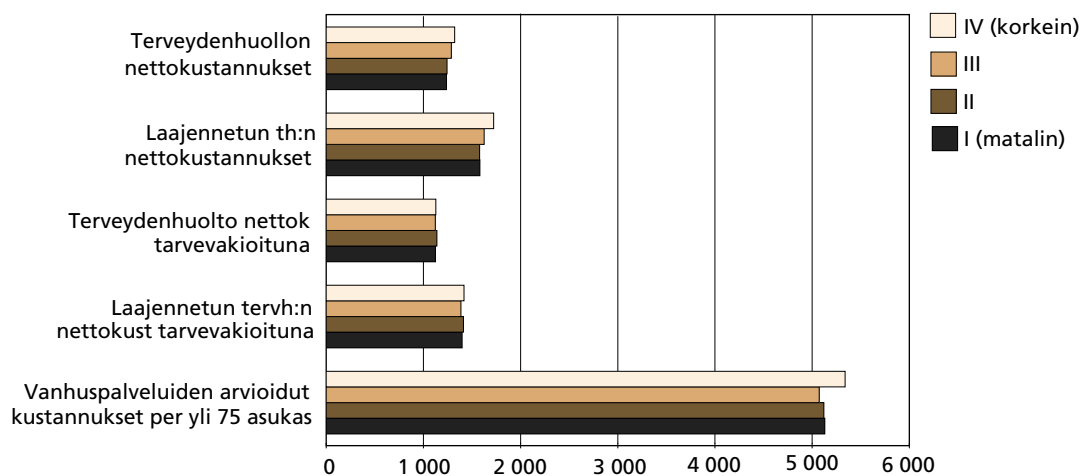
Sen sijaan verrattaessa yli 75-vuotiaaseen väestöön suhteutettuja vanhuspalveluiden kustannuksia, erot ovat kaikkien kvartiilien välillä selviä; alimman ja ylimmän kvartiilin välillä on eroa peräti 1 605 euroa/yli 75-vuotias kunnan asukas, eli noin 35 %.

Intensiivisen kotihoidon peittävyden kasvaminen on niin ikään yhteydessä terveystuotun, laajennetun terveystuotun ja yli 75-vuotiaasta väestöä kohti laskettujen laskennallisten vanhuspalveluiden kustannustasoon (Kuva 2). Erot ovat kuitenkin pienemmät kuin laitosvaltaisuuden mukaan muodostettujen kvartiilien välillä. Kunnan koko väestöön suhteutetuissa luvuissa terveystuotun nettokustannukset olivat 80 euroa/asukas korkeammat ylimmän ja alimman kvartiilin välillä. Laajennetun terveystuotun kustannuksissa vastaava ero oli 140 euroa/asukas. Sen sijaan kummankin menoerän ikä- ja tarvevakiointi hävittää erot. Eroa on kuitenkin vanhuspalveluiden yli 75-vuotiaiden asukkaiden määrään suhteutetuissa kustannuksissa noin 200 euron verran.

Kuva 1. Terveydenhuollon ja vanhuspalveluiden nettokustannukset (kunnan asukasta tai 75 v. täyttäneitä asukasta kohti) pitkäaikaishoidon, laitoshoidon tai sitä vastaavan hoidon asteen (kvarttiileja) mukaan vuonna 2004



Kuva 2. Terveydenhuollon ja vanhuspalveluiden nettokustannukset (kunnan asukasta tai 75 v. täyttäneitä asukasta kohti) intensiivisen kotihoodon asteen (kvarttiileja) mukaan vuonna 2004



Taulukossa 1 esitetään arvio laitoshoidon peittävyden ja taulukossa 2 intensiivisen kotihoodon peittävyden ja erilaisten kustannussuureiden yhteyden voimakkuudesta. Taulukot perustuvat regressioanalyysiin, joissa vuorotellen selitettiin eri menoeriä kuntaa, väestöä ja ikärakennetta ja laitos- ja intensiivisen kotihoodon peittoa kuvaavilla muuttujilla. Malleista saatiin kertoimet, jotka kuvaavat laitoshoidon ja intensiivisen kotihoodon peiton yhteyttä eri menoeriin. Euromääräinen vaikutus on laskettu laitoshoidon ja intensiivisen kotihoodon peiton ylimmän ja alimman desiilin rajan kohdalla, eli lähes koko ko. muuttujan vaihteluvälillä.

Tulosten mukaan laitoshoidon peiton ollessa suuri myös vanhuspalvelumenot ovat kunnassa korkeat. Sen sijaan intensiivisen kotihoodon laajuuden vaihdellessa kunnan terveys- tai vanhuspalvelumenot vaihtelevat vähemmän. Tulos perustuu poikkileikkausaineistoon eikä siitä ole mahdollista vetää syy- ja seuraustulkintoja.

Taulukko 1. Laitoshoidon peittävyden yhteys eri asukaskohtaisiin nettomenojen suureisiin ylimmän ja alimman desiilirajan välillä. Ei-merkitsevät kertoimet kursiivilla; 415 kuntaa

Menoerä	Alimman desiilin raja (10 %)	Ylimmän desiilin raja (90 %)	Regressiokerroin	Vaikutus; euroa
Terveydenhuollon menot	6,78	13,78	-0,19	-1
Laaj. terveydenhuollon menot	6,78	13,78	22,15	155
Vakioidut terveydenhuollon menot	6,78	13,78	-0,54	-4
Vakioidut laaj. terveydenhuollon menot	6,78	13,78	15,96	112
Vanhuspalv. kustann/yli 75-vuotias as.	6,78	13,78	211,91	1 484

Laskukaava: Esimerkiksi laitoshoidon peittävyden vaikutus vanhuspalveluiden kustannuksiin: $(13,78 - 6,78) * 211,91 = 1\,484$

Taulukko 2. Intensiivisen kotihoidon peittävyden yhteys eri asukaskohtaisiin nettomenojen suureisiin ylimmän ja alimman desiilirajan välillä. Ei-merkitsevät kertoimet kursiivilla; 415 kuntaa

Menoerä	Alimman desiilin raja (10 %)	Ylimmän desiilin raja (90 %)	Regressiokerroin	Vaikutus; euroa
Terveydenhuollon menot	0,85	6,39	7,91	44
Laaj. terveydenhuollon menot	0,85	6,39	11,66	65
Vakioidut terveydenhuollon menot	0,85	6,39	5,24	29
Vakioidut laaj. terveydenhuollon menot	0,85	6,39	7,08	39
Vanhuspalv. kustann/yli 75-vuotias as.	0,85	6,39	33,65	186

Laitoshoidon ja intensiivisen kotihoidon peiton korrelaatio on tässä aineistossa lähestulkoon nolla. Tämä viittaa siihen, että kunnat eivät ole systemaattisesti pienentäneet laitoshoidon peittoa ja samaan aikaan lisänneet intensiivisen kotihoidon peittoa.

Pohdinta

Pitkäaikaisten vanhuspalveluiden rakenteella ei ole kovin merkittävää yhteyttä kunnan koko terveydenhuollon tai laajennetun terveydenhuollon kustannuksiin, vaan kaikenikäisen väestön palveluissa todetut kustannuserot selittyvät pitkälti ikä- ja tarverakenne-eroilla.

Käytetyssä tavassa laskea varsinaiset vanhuspalveluiden kustannukset on mukana koko joukko epätarkkuustekijöitä, jotka sekä synnyttävät satunnaisvirheitä (esimerkiksi yksittäiset raportoimatta jäämiset tai laskentaohjeiden muista poikkeavat tulkitsemiset) että jättänevät systemaattisesti kustannusrakenteessa olevia eroja näkymättömiin; terveyskeskussairaalahoitoon ja eri tyyppisen palveluasumisen nettokuluissahan käytettiin kolmea lukua koko maassa, vaikka tehokkuuseroja esiintyy. Kuitenkin vanhuspalveluiden arvioiduista kustannuksista voidaan tehdä ainakin karkeita ja suuntaa antavia päätelmiä kustannuserojen mittasuhteista. Yksittäinen kunta voi saada mittasuhteita esittelevän kuvan siitä, miten paljon kalliimmaksi laitosvaltaisen rakenteen ylläpitäminen voi tulla kotihoidon määrätietoiseen laajentamiseen ja vahvistamiseen verrattuna. Suorat vertailut ja regressiomallilla lasketut estimaatit osoittavat, että puhutaan mittasuhteiltaan jopa kuusinkertaisista kustannuseroista. Vanhuspalveluiden peittävyysprosentin kasvattaminen

laitoshoidossa yhdellä prosenttiyksiköllä maksaa laskennallisesti 212 euroa 75 vuotta täyttänyttä kunnan asukasta kohti, kun taas intensiivisen kotihoidon peittävyuden samansuuruinen lisäys vain 34 euroa. Reaalimaailmassa ei luonnollisesti valita laitoshoidon tai intensiivisenkään kotihoidon keskimääräisten tai tyyppillisten hoitotehtävien tai hoidettavien välillä, vaan rajan puolelta toiselle hoitoon sijoitettavissa olevat ovat kotihoidossa keskimääräistä raskashoitoisempia ja laitoshoidossa kevythoitoisempia.

Laskelmat perustuvat yhden vuoden palvelurakenne- ja kustannustietoihin. Palvelurakenteiden ja kustannusten kehityksen välillä voi olla luonnollisesti erilaisia syy-seuraus -suhteita. Kunnat, joiden talous on ahtaalla, voivat tehdä muita kuntia suuremmalla todennäköisyydellä vaikeita laitoshoidon vähentämisen ratkaisuja osana laajoja useilla toimintoalueilla toteutettavia säästötoimia. Kehitysdynamiikkaa on tarkoitus analysoida tarkemmin vuosien 1995–2005 väliltä koottujen tietojen aikasarjoilla.

Lähteet

- Hujanen, Timo & Pekurinen, Markku & Häkkinen, Unto (2006). Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot ja tarveker-
toimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2004. Elektroninen julkaisu: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/TP4-2006.pdf>. Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1992). Palvelurakennetyöryhmän muistio. Helsinki.
- Vaarama, Marja (1996). Mitä tiedetään palvelurakenteen vaikutuksista palvelujen kokonaiskustannuksiin ja tuottavuuteen? Teoksessa Riitta Viialainen ja Juhani Lehto (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Raportteja 192. Jyväskylä: Stakes.

Suomen kuntoutusjärjestelmä asiakirjoissa ja lainsäädännössä

*Sari Purhonen TtM, Ulla Ashorn FT, Elina Viitanen professori, Juhani Lehto professori
Tampereen yliopisto*

Tutkimuksen tausta

Suomen kuntoutusjärjestelmä on muotoutunut viimeisen 60 vuoden aikana kehittyen monen hallinnon alaiseksi kokonaisuudeksi. Järjestelmää on kuvattu hajanaiseksi ja vaikeaselkoiseksi (mm. Kansallinen projekti terveydenhuollon...2002, Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön...1994). Hajanaiseksi järjestelmän tekevät monet kuntoutuspalvelujen tuottajat ja rahoittajat sekä monet erilliset ja toisistaan riippumattomat osajärjestelmät, (mm. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, Järvikoski ja Puumalainen 1998).

Kuntoutusjärjestelmää on pyritty selkeyttämään jo Invaliidihuoltolaista (1946) lähtien (Puumalainen ja Vilkkumaa 2001, Kuntoutuspalvelujärjestelmän kehittämistoimikunnan mietintö 1979). Viimeisten 15 vuoden ajan järjestelmän hajanaisuuteen ja sen yhtenäistämiseen on kiinnitetty erityistä huomiota. Asia on nostettu esiin jokaisessa valtioneuvoston antamassa kuntoutusselonteossa (1994, 1998 ja 2002) ja monissa lakiuudistuksissa 1990- ja 2000-luvuilla. Hajanaisuus näyttää kuitenkin juurtuneen syvälle kuntoutusjärjestelmään.

Järjestelmän näkökulmasta selkeyttämisen tavoitteina ovat mm. kuntoutusjärjestelmän toimivuuden parantaminen sekä kuntoutuskustannusten hallinta. (mm. Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle...2002). Yksilön kannalta on myös tärkeää, että kuntoutusetuudet jakautuisivat yhdenvertaisesti eri väestöryhmien kesken. Hajanaisessa järjestelmässä asiakkaat voivat pudota eri osajärjestelmien väliin tai he voivat olla asiakkaana useassa eri osajärjestelmässä yhtäaikaaisesti (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003, Järvikoski ja Puumalainen 1998).

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida Suomen kuntoutusjärjestelmää lainsäädännössä ja keskeisissä valtakunnallisissa kuntoutuksen asiakirjoissa. Erityisesti olemme kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät ylläpitävät järjestelmän hajanaisuutta ja tekevät käytännön tasolla osajärjestelmien yhteensovittamisen ja eri väestöryhmien yhdenvertaisuuden toteuttamisen vaikeaksi. Tarkastelun ajanjakso on vuoden 1990 hallituksen esityksestä vuoden 2005 ajantasaiseen lainsäädäntöön.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia ongelmia Suomen kuntoutusjärjestelmästä tuodaan esiin 1990- ja 2000-luvun keskeisissä valtakunnallisissa kuntoutuksen asiakirjoissa?
2. Millaisia ratkaisuja kuntoutusjärjestelmän ongelmiin esitetään 1990- ja 2000-luvun keskeisissä valtakunnallisissa kuntoutuksen asiakirjoissa?
3. Millä perusteilla Suomen kansalaisilla on oikeus kuntoutusetuuksiin vuoden 2005 ajantasaisen lainsäädännön mukaan?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona ovat vuoden 2005 ajantasainen lainsäädäntö sekä keskeisimmät kuntoutusjärjestelmän uudistamiseen liittyvät valtakunnalliset asiakirjat 1990- ja 2000-luvulta: Hallituksen esitys Eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamiseksi (HE 259/90 vp.), kolme valtioneuvoston antamaa kuntoutuslontekoa (1994, 1998, 2002) sekä asiakirjoista annetut lausunnot ja mietinnöt. Kuntoutusjärjestelmää koskevaa kirjallisuutta käytämme sekundaariaineistona.

Menetelminä käytämme aineistolähtöistä ja teoriaohjaavaa sisällönanalyysia (Tuomi ja Sarajarvi 2002, Kyngäs ja Vanhanen 1999).

Tulokset

Kaikissa analysoiduissa asiakirjoissa mainitaan pääosin samat kuntoutusjärjestelmän ongelmat, kuten vastuunjaon ongelmat ja hajanaisuus. Järjestelmän hajanaisuuden merkitys on kuitenkin muuttunut uusimmissa asiakirjoissa entistä hyväksyvämpään suuntaan. Järjestelmän hajanainen luonne nähdään jopa voimavarana.

Kuntoutusjärjestelmän ongelmien ratkaisuksi eritetään erilaisia hallintakeinoja, mutta ne painottuvat eri tavoin eri asiakirjoissa. Esimerkiksi uusimmissa asiakirjoissa sovelletaan laajemmin verkostomallia. Tähän malliin sisältyen vuosien 1998 ja 2002 kuntoutuslonteoissa esiintyy yhteistyöpuheen lisäksi myös laajempaa verkostopuhetta. Verkostopuheen rinnalla asiakirjoihin on ilmaantunut myös asiakaspuhe. Asiakkaan myötä kuntoutusjärjestelmän kehittäminen on asiakirjoissa kohdistunut erityisesti kuntoutuspalvelujen tuotannon tasolle.

Asiakkaan asema on vahvistunut asiakirjoissa kuntoutusjärjestelmän kehittämisen puheessa. Kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistuksista huolimatta säädöksistä löytyy kuitenkin edelleen puutteita ainakin eri väestöryhmien yhdenvertaisuuden suhteen. Monimutkainen lainsäädäntö määrittelee kuntoutusetuuskien hakijat eri asemaan sen mukaan, millä perusteella kuntoutusetuuden voisi saada.

Yhteenveto ja pohdinta

Suomen kuntoutusjärjestelmää on usein yritetty yhtenäistää, mutta yritykset eivät ole onnistuneet toivotulla tavalla. Esimerkiksi kuntoutusta koskeva lainsäädäntö on edelleen monimutkainen ja vaikeaselkoinen ainakin kuntoutusetuuskien saamisen määrittelyn näkökulmasta. Siten järjestelmän selkeyttäminen ja yhtenäistäminen on osoittautunut vaikeaksi lainsäädännön keinoin. Hajanaisuutta koskeva puhe on asiakirjoissa kuitenkin muuttunut. Onko Suomen kuntoutusjärjestelmä muuttunut?

Lähteet

- HE 259/90 vp (1990). Hallituksen esitys Eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Valtiopäiväasiakirjat. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Puumalainen, Jouni (1998). Järjestelmäkeskeisyydestä kuntoutukseluotsaukseen. *Kuntoutus* 21(2), 20–27.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002). Työryhmämuistioita 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2003). Julkaisuja 2003:19. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kuntoutuspalvelujärjestelmän kehittämistoimikunnan mietintö (1979). Komiteamietintö 1979:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3–12.

- Puumalainen, Jouni & Vilkkumaa, Ilpo (2001). Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa Tapani Kallanranta & Paavo Rissanen & Ilpo Vilkkumaa (toim.): Kuntoutus, Helsinki: Duodecim, 16–29.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle kuntoutuksesta 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutusjärjestelmän kehittämisestä 1994, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Alueellinen kuntoutusjärjestelmä asiantuntijoiden näkökulmasta

*Jutta Suoranta, Elina Viitanen, Ulla Ashorn & Pekka Rissanen
Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos*

Tutkimuksen tausta

Kuntoutus on integroitu osaksi yleistä yhteiskuntapoliittista järjestelmää. Tämä tarkoittaa, että kuntoutuksen ohjaus-, rahoitus-, toteutus- ja järjestämisvastuu on jaettu monen eri hallinnonalan kesken. (Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998). Kuntoutus ei ole minkään tahon pääasiallinen tehtävä. Hajautetun kuntoutusjärjestelmän on arveltu aiheuttavan eri tahojen, eli kuntoutuksen osajärjestelmien vastuualueiden hämärtymistä, asiakkaiden välinputoamista sekä päällekkäistä toimintaa. (Lahtela ym. 2002; Järvikoski 1994.) Hajautetun järjestelmän toimintaa on pyritty parantamaan muun muassa kehittämällä kuntoutustahojen yhteistyötä. Tähän liittyen alueille ja kuntiin on perustettu lakisääteisiä kuntoutuksen asiakasyhteistyöelimiä (laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/1991).

Huolimatta kirjallisuudessa esitetyistä hajautetun järjestelmän ongelmista, suomalaisen kuntoutusjärjestelmän toimintaa kokonaisuutena ei ole juuri tutkittu (Järvikoski ym. 1997). Kuntoutusprosesseja eri osajärjestelmissä ja niiden välillä on lähestytty enemmän kuntoutujien kuin kuntoutusjärjestelmän näkökulmasta (Järvikoski & Härkäpää 2004; vrt. Lahtela ym. 2002; Siira ym. 1993). Tutkimukset kuntoutuksen kohdentumisesta ovat puolestaan koskeneet pääsääntöisesti yksittäisiä osajärjestelmiä (vrt. Kelan kuntoutustilasto 2004; Winell & Ståhl 1998). Kuntoutuksen tutkimustoiminnan selvitysten mukaan Suomessa onkin tarvetta lisätä kuntoutusjärjestelmän tutkimusta (Kuntoutusselonteko 2002; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003). Tällä tutkimuksella pyritään vastamaan tähän makrotason tutkimuksen tarpeeseen.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämä tutkimus on osa väitöskirjahanketta (JS), jonka tarkoituksena on tehdä näkyväksi alueellista kuntoutusjärjestelmää ja sen toimintaa. Järjestelmän voidaan olettaa olevan olemassa, mutta järjestelmässä toimivien on vaikea nähdä tätä kokonaisuutta (vrt. Tuomi & Sarajarvi 2002). Kokonaisuuden paljastaminen on tärkeää, jotta yksittäinen toimija tietää, minkä osana toimii. Osien kautta mahdollistetaan kokonaisuuden toimivuus, mikä on tärkeää kuntoutuksen sujuvuuden, vaikuttavuuden, tehokkuuden ja taloudellisuuden vuoksi.

Suomalaista sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää ollaan kehittämässä siihen kohdistuvien paineiden vuoksi. Julkisuudessa on keskusteltu erityisesti alueellisista ja seutukunnallisista malleista palveluiden järjestämiseksi tulevaisuudessa. Tämän vuoksi myös alueellisen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuuden tutkiminen on ajankohtaista. Alueellinen kuntoutuksen koordinaatio, ohjaus tai kuntoutuspalveluiden järjestäminen voisi olla yksi ratkaisu muun muassa kuntien palvelujen järjestämisnäkökohtiin. (vrt. Kansallinen projekti... 2002.)

Tutkimustehtävä, aineisto ja menetelmät

Tämän osatutkimuksen tehtävänä oli selvittää, millainen alueellinen kuntoutusjärjestelmä on alueellisen kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunnan jäsenten näkökulmasta. Aineistona käytettiin keväällä 2006 toteutettuja ryhmähaastatteluja (2). Kahteen ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä 10 henkilöä yhdestä alueellisen kuntoutuksen yhteistyötoimikunnasta. Haastateltavista 8 edusti terveydenhuoltoa (2 sairaanhoitopiirin, 2 kunnan, 1 aluehallinnon ja 1 läänin edustaja), 1 sosiaalihuoltoa (lääni) ja 1 työhallintoa (aluehallinto). Haastateltavista 4 oli miehiä.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelujen tarkoituksena oli kokemusten jakamisen ja keskustelun kautta saavuttaa haastateltavien yhteinen näkemys alueellisesta kuntoutusjärjestelmästä (vrt. Kitzinger 1997). Haastattelut toteutettiin teema-haastatteluina, missä haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda esiin heille merkityksellisiä asioita tutkimuksen teemoista. (vrt. Eskola & Vastamäki 2001.) Haastateltavien tuottamia merkityksiä analysoitiin sisällönanalysilla (vrt. Krippendorf 2004). Aineistoluennan ja haastatteluissa käytetyn teemarungon pohjalta muodostettiin analyysikehikko. Analyysikehikon teemat olivat: 1) mitä kuntoutus on? 2) mitä kuntoutustahoja alueella on ja mitkä ovat niiden tehtävät? 3) miten kuntoutus(järjestelmä) alueella toimii? Analyysia voi kuvata teoriajohtoiseksi sisällönanalyysiksi (vrt. Tuomi & Sarajarvi 2002).

Tulokset

Analyysikehikon teemojen alle koottujen viittausten kautta piirtyneessä kuvassa alueellisesta kuntoutuksen kokonaisjärjestelmästä on sekä selkeitä että epäselviä elementtejä. Haastateltavilla oli selkeä ja yhtenäinen näkemys kuntoutuksen tavoitteista sekä kuntoutuksen tehtäväkentän laaja-alaisuudesta. Haastateltavat pohtivat joitakin mahdollisia rajoituksia kuntoutuksen tehtäväkenttään, joka laajuudessaan voidaan ajatella kuntoutusjärjestelmää hämärtäväksi tekijäksi.

Eri kuntoutusmuodoista (lääkinnällinen, ammatillinen, sosiaalinen ja kasvatuksellinen kuntoutus) haastateltavien keskusteluissa painottui lääkinnällinen kuntoutus. Erityisesti keskussairaalan sekä lääkärin rooli alueellisessa kuntoutusjärjestelmässä koettiin merkittäväksi. Haastateltavilla näytti olevan suhteellisen selkeä näkemys lääkinnällisestä kuntoutuksesta, sen tehtäväalueesta ja toimijoista. Jos lääkinnällinen kuntoutus on alueellisen kuntoutusjärjestelmän selkeä komponentti, on sosiaalinen kuntoutus puolestaan järjestelmän käsitteellisesti selkiytymätön ja toiminnallisesti jäsentymätön osa.

Vastuiden – niin eri tahojen välinen kuin myös asiakkaiden ja kuntoutustahojen välinen – määrittelemättömyys on haastattelujen perusteella yksi alueellisen kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta hämärtävistä elementeistä. Lääkinnällisessä kuntoutuksessakin todettiin olevan ongelmia liittyen kuntoutusvastuun ja erityisesti rahoitusvastuun määrittelyyn.

Haastateltavat keskustelivat erityisesti kunnista, keskussairaalasta ja kansaneläkelaitoksesta kuntoutuksen toteuttajina, järjestäjinä ja rahoittajina. Julkisen sektorin rooli alueellisessa kuntoutusjärjestelmässä näyttäytyy näin ollen vahvana. Yksityinen sektori mainittiin vain muutamassa yhteydessä, kolmatta sektoria ei mainittu lainkaan.

Yhteenveto ja pohdinta

Haastattelujen kautta piirtynyt kuva alueellisesta kuntoutusjärjestelmästä on kokonaisuutena melko jäsentymätön. Haastatteluista on tulkittavissa toisaalta selkeitä alueellisen kuntoutusjärjestelmän osia, ja toisaalta järjestelmän kokonaisuutta hämärtäviä elementtejä. Alueellisen

kuntoutusjärjestelmän kokonaisuutta selkeyttäisi mahdollisesti kuntoutustahojen vastuualueiden tarkempi määrittely.

Tämän tutkimuksen aineisto koostui yhden alueellisesti toimivan kuntoutuselimen jäsenten haastatteluista. Jatkossa on tarkoitus selvittää muiden alueella toimivien kuntoutustahojen edustajien näkemyksiä ja katsoa muun muassa, ovatko tässä tutkimuksessa esitetyt asiat myös heille merkityksellisiä.

Lähteet

- Eskola, J. & Vastamäki J. (2001). Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I: Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus. 24–42.
- Järvikoski, Aila. (1994). Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehyksen ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 46/1994. Helsinki: Yliopistopaino.
- Järvikoski, Aila., Puumalainen, Jouni. & Vilkkumaa, Ilpo. (1997). Selvitys kuntoutustoiminnan arviointitarpeista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:7. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Järvikoski, Aila. & Härkäpää, Kristiina (2004). Kuntoutuksen perusteet. Vantaa: WSOY.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002). Työryhmämuistioita 3: 2002. Helsinki: STM.
- Kelan kuntoutustilasto (2004). Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2005. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kitzinger, Jenny. (1997). Introducing focus groups. Teoksessa: Mays, N. & Pope C. (ed.) Qualitative research in health care. 2. impression. London: BMJ Publishing Group. 36–45.
- Krippendorff, Klaus (2004). Content Analysis. An Introduction to Its Methodology. Second edition. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2003). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntoutusasian neuvottelukunta. Helsinki: STM.
- Kuntoutusselonteko (2002). Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki: STM.
- Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 604/1991.
- Lahtela, Kari, Grönlund, Rainer, Röberg, Monica & Virta, Lauri. (toim.) (2002). Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havainnot. Kansaneläkelaitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Siira, O., Kallanranta, T. & Vierimaa, E. (1993). Miten kuntoutuja ohjautuu kuntoutuksen ”viidakossa”? Kuntoutus/1993. 19–27.
- Tuomi, Jouni. & Sarajarvi, Anneli. (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusyhtiö Tammi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta. (1998). Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle 7.10.1998.
- Winell, K. & Ståhl, T. (1998). Kuntalaisten kuntoutuspalvelut. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamat kuntoutuspalvelut kolmessa kunnassa. Stakes, raportteja 226. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

IKÄ-kuntoutus lisää kunnallisten palvelujen käyttöä

Kirsi Ollonqvist, Turun yliopisto, sosiologian laitos
Tuula Aaltonen, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto
Sirkka-Liisa Karppi, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto
Katariina Hinkka, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto
Seppo Pöntinen, Turun yliopisto, sosiologian laitos
Yhteydenotot: kirsi.ollonqvist@kela.fi

Johdanto

IKÄ-hankkeessa tutkitaan satunnaistetulla asetelmalla verkostomallisen laitospalvelun vaikutavuutta raihnaiden vanhusten kotona asumiseen. Tässä esityksessä tarkastellaan vanhusten saaman informaalin ja formaalin tuen muutoksia vuoden seuranta-ajan kuluessa. Lisäksi tarkastellaan, onko vanhusten iällä ja toimintakyvyllä alkutilanteessa yhteyttä muutokseen.

Vanhukset voivat saada tukea erilaisissa päivittäisissä toimissa. Heidän avuntarpeensa ja sosiaalinen verkostonsa määrittelevät, onko tuki formaalia vai informaalia (Hellström & Hallberg 2004). Formaali tuki on liitetty korkeaan ikään, yksin asumiseen ja useisiin toimintakyvyn ongelmiin (Stoddart & al. 2002, Kadushin 2004, Meinow & al. 2005). Aina saatu tuki ei vastaa vanhuksen tarvetta. Usein tyydyttämättömät tarvetta ilmenee yksin asuvilla vanhuksilla, joiden taloudellinen tilanne on heikko, ja joilla on vaikeuksia selviytyä useista päivittäisistä toiminnoista (Desai & al. 2001). Tarpeiden tyydyttämättömyys johtaa, erityisesti yksin asuvilla vanhuksilla, turvallisuuden ja luottamuksen tunteen ja hygienian heikkenemiseen. Tämä vähentää heidän kykyään asua itsenäisesti ja lisää laitostumista. (LaPlante & al. 2004.) Lisäksi laitostumista lisäävät korkea ikä (Elgar & al. 2002, Friedman & al. 2005), heikentynyt toimintakyky (Laukkanen & al. 2000, Elgar & al. 2002) ja tuen saaminen päivittäisissä toiminnoissa (Jylhä & Hervonen 1999, Friedman & al. 2005). Laitostumisen vähentämiseksi kuntoutustoimien tulisi parantaa vanhuksen toimintakykyä tai mahdollistaa henkilökohtaisen tuen lisääminen (Friedman & al. 2005).

Menetelmä

Tutkimus toteutettiin 7 kuntoutuslaitoksessa ja 41 kunnassa eri puolilla Suomea (Hinkka & al. 2006). Osallistujien tuli olla raihnaita vanhuksia, joiden kotona selviytyminen oli uhattuna. Heidän tuli täyttää Kelan eläkkeensaajien hoitotuen kriteerit ja olla kognitiivisesti kykeneviä (MMSE \geq 18 pistettä). Heillä ei saanut olla kuntoutusta estävää sairautta, eikä osallistumista laitospalveluun viiden vuoden sisällä. Lopullinen tutkimusjoukko käsitti 343 vanhusta kuntoutusryhmässä ja 365 vertailuryhmässä. Vanhukset osallistuivat kolmijaksoiseen ryhmämuotoiseen kuntoutukseen kuntoutuslaitoksissa (Ollonqvist & al. 2006).

Alkumittaukset tehtiin ennen kuntoutuksen alkua ja seurantamittaukset kun kuntoutuksen päättymisestä oli kulunut noin kolme kuukautta (Hinkka & al. 2006). Vanhusten asumisjärjestelyjä ja tuen antajia kysyttiin lomakkeella. Lisäksi vanhusarvioivat selviytymistään päivittäisistä perustoiminnoista (Activities of Daily Living, ADL: syöminen, vuoteeseen siirtyminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc:ssä käyminen ja sisällä liikkuminen) ja asioiden hoitamiskykyä (Instrumental Activities of Daily Living, IADL: ruoanvalmistus, pyykinpesu, kevyiden ja raskaiden taloustöiden tekeminen, kaupassa käyminen, lääkkeiden otto, raha-asioiden hoitaminen) kolmiluokkaisella asteikolla (1 = hyvin, 2 = vaikeuksia, 3 = ei selviydy ilman apua). Muodostettu

ADL-summamuuttuja vaihteli 6 ja 18 ja IADL-summamuuttuja 7 ja 21 välillä suuremman summan osoittaessa heikompa toimintakykyä.

Tulokset

Analyysi päätettiin rajata kotona asuviin vanhuksiin, koska vain pieni osa heistä asui muualla kuin kotona tutkimuksen alkaessa tai muutti pois kotoa vuoden seurannan aikana. Osallistujien keski-ikä oli 78 vuotta, suurin osa heistä oli naisia, leskiä ja asui yksin. Suurin osa selviytyi perustoiminnoista ja asioiden hoitamisesta hyvin (ADL 12.9 ja IADL 12.5). Tärkeimpiä tuen antajia olivat omaiset (82 %) sekä kunnan tukipalvelut (65 %). Lisäksi tukea saatiin kunnalliselta (34 %) ja yksityiseltä (21 %) kotipalvelulta. Useimmiten vanhukset saivat tukea monilta eri tahoilta. Kuntoutus- ja vertailuryhmän välillä ei ollut alkutilanteessa merkitseviä eroja.

Seurannassa niiden kuntoutusryhmäläisten määrä, jotka saivat tukea kunnallisilta tuki- tai kotipalvelulta lisääntyi merkitsevästi (Taulukko 1). Omaisilta tukea saavien määrä väheni molemmissa ryhmissä, vertailuryhmässä merkitsevästi. Selviytyminen asioiden hoitamisesta (IADL) heikkeni molemmissa ryhmissä, mutta selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista (ADL) ei muuttunut.

Alkutilanteessa vanhusten ikä tai kodin töistä selviytyminen ei ollut yhteydessä tuen saamiseen omaisilta tai yksityiseltä kotipalvelulta, mutta kunnan tuki- ja kotipalveluilta saatu tuki lisääntyi iän ja heikkenevän kodin töistä selviytymisen myötä. Alkutilanteen ikä ja kodin töistä selviytyminen ei ollut yhteydessä tuen saamisessa tapahtuneeseen muutokseen.

Pohdinta

Kuntoutuksen päätavoitteena oli pidentää vanhuksen kotona selviytymisen aikaa. Kuitenkin vanhusten arvioima päivittäisistä toimista selviytyminen heikkeni myös kuntoutusryhmässä. Mielestämme formaalin tuen saajien lisääntymistä kuntoutusryhmässä voi silti pitää jossain määrin positiivisena kuntoutustuloksena, koska lisääntyneen formaalin tuen turvin vanhukset voivat kyetä asumaan kotona pidempään.

Kuntoutusinterventioon liittyy aina myös kuntoutujan tarpeiden arviointi. IKÄ-hankeessa kuntoutus toteutettiin verkostomallisena, minkä oletettiin helpottavan vanhusten tarpeiden arviointia ja esille tulevien puutteiden korjaamista. Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että laitoksessa suunniteltu lisätuki toteutuu paremmin, kun yhteistyö kotiuttavan laitoksen ja tuen tuottajan välillä sisältää toimia, joilla suunnitelmien toteutumista helpotetaan (Richards

Taulukko 1. Tuen saajien määrässä tapahtuneet suhteellisten osuuksien (95 % Lv) muutokset ¹

	Kuntoutus (n = 282)	Vertailu (n = 301)	P-arvo ²
Omaiset	0.75(0.57-1.00)	0.70(0.53-0.92)	0.7035
Kunnan tukipalvelut	1.65(1.29-2.12)	1.17(0.94-1.47)	0.0475
ateriapalvelu	1.15(0.95-1.40)	1.05(0.84-1.32)	0.5478
kuljetuspalvelu	1.42(1.11-1.81)	1.21(0.98-1.48)	0.3189
päiväkeskus	1.21(0.96-1.53)	1.34(1.04-1.72)	0.5580
jalkahoito	1.17(0.92-1.49)	1.03(0.80-1.31)	0.4328
Kunnan kotipalvelu	1.26(1.05-1.52)	1.16(0.97-1.40)	0.5384
Yksityinen kotipalvelu	1.16(0.84-1.62)	1.29(0.99-1.68)	0.6305

¹Lähtötilanteen viitearvo on 1.00. Luottamusvälit, jotka eivät sisällä arvoa yksi ovat tilastollisesti merkitseviä tasolla p <.05.

²Ryhmiä välinen muutos

& Coast 2003). Tässä suhteessa IKÄ-hankkeen verkostot näyttivät toimivan hyvin ja ovat hyödyttäneet vanhuksia. Toisaalta verkoston toiminnan tarkoituksena oli myös aktivoida vanhuksia omatoimiseen selviytymiseen. Selvästikään näin ei käynyt ja voidaankin kysyä, aktivoituivatko ammattilaiset vanhusten sijaan. Vanhusten lisääntynyttä formaalin tuen käyttöä voidaan selittää myös tiedon lisääntymisellä. Kuntoutuksen aikana vanhukset saivat lisää tietoa palveluista ja niiden hakemisesta. Tämän tiedetään lisäävän kotipalvelujen käyttöä (de Graaff & Francke 2003).

Omaisilta tukea saavien vanhusten määrä väheni seurantajakson aikana. Eräänä selityksenä voi olla lisääntynyt formaali tuki, joka korvasi omaisilta saadun tuen. Toisaalta omaisten mahdollisuudet tarjota tukea ovat usein rajalliset ja tukeminen on voinut loppua ilman korvautumista. Omaiset saattavat vielä olla työelämässä tai olla avun tarvitsijan raihnaita puolisoita ja siksi väsyneitä. Läheisten auttajien rasittuminen on eräs laitoshoitoon johtava tekijä (Tsuji & al. 1995).

Tuen saajien määrä lisääntyi erityisesti niiden vanhusten joukossa, jotka alkumittauksessa arvioivat toimintakykynsä hyväksi. Eräänä selityksenä voi olla päivittäisistä toimista selviytymisen ja asioiden hoitamiskyvyn heikentyminen seuranta-ajan kuluessa. Tarvetekijöiden on todettu olevan tärkeimpiä tuen saannin muutoksen ennustajia (Geerlings & al. 2005). Tulos osoittaa myös, miten tuntuvasti raihnaiten vanhusten kotona selviytyminen voi muuttua vuoden aikana ja miten vaikea näitä muutoksia on ennustaa. Jos vanhusten tuen tarvetta on vaikea ennustaa, niin vielä vaikeampi on ennustaa laitostumista. Yli 90-vuotiailla kotipalvelun käyttö vähintään kerran viikossa on ennustanut laitostumista vuoden aikana (Jylhä & Hervonen 1999). Vanhuksen saama tuki voi passivoida vanhusta ja näin johtaa ennenaikaiseen laitostumiseen. Toisaalta formaalia tukea antavat ammattilaiset seuraavat jatkuvasti vanhuksen selviytymistä ja kotona selviytymisen ongelmat voivat tulla esille aikaisemmin.

Lähteet

- de Graaff, F.M. & Francke, A.L. (2003). Home Care for Terminally Ill Turks and Moroccans and Their Families in the Netherlands: Carers' Experiences and Factors Influencing Ease of Access and Use of Services. *International Journal of Nursing Studies* 40(8), 797–805.
- Desai, M.M. & Lentzner, H.R. & Weeks, J.D. (2001). Unmet Need for Personal Assistance with Activities of Daily Living among Older Adults. *Gerontologist* 41(1), 82–88.
- Elgar, F. & Worrall, G. & Knight, J. (2002). Functional Assessment of Elderly Clients of a Rural Community-Based Long-Term Care Program: A 10-Year Cohort Study. *Canadian Journal of Aging* 21(3), 455–463.
- Friedman, S.M. & Steinwachs, D.M. & Rathouz, P.J. & Burton, L.C. & Mukamel, D.B. (2005). Characteristics Predicting Nursing Home Admission in the Program of All-Inclusive Care for Elderly People. *Gerontologist* 45(2), 157–166.
- Geerlings, S.W. & Pot, A.M. & Twisk, J.W.R. & Deeg, D.J.H. (2005). Predicting Transitions in the Use of Informal and Professional Care by Older Adults. *Ageing & Society* 25(111–130).
- Hellström, Y. & Hallberg, I.R. (2004). Determinants and Characteristics of Help Provision for Elderly People Living at Home and in Relation to Quality of Life. *Scand J Caring Sci* 18(4), 387–395.
- Hinkka, K. & Karppi, S.-L. & Aaltonen, T. & Ollonqvist, K. & Grönlund, R. & Salmelainen, U. & Puukka, P. & Tilvis, R. (2006). A Network-Based Geriatric Rehabilitation Program: Study Design and Baseline Characteristics of the Patients. *International Journal of Rehabilitation Research* 29(2), 97–103.
- Jylhä, M. & Hervonen, A. (1999). Functional Status and Need of Help among People Aged 90 or Over: A Mailed Survey with a Total Home-Dwelling Population. *Scand J Public Health* 27(2), 106–111.
- Kadushin, G. (2004). Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work. *Health and Social Work* 29(3), 219–244.
- LaPlante, M.P. & Kaye, H.S. & Kang, T. & Harrington, C. (2004). Unmet Need for Personal Assistance Services: Estimating the Shortfall in Hours of Help and Adverse Consequences. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 59(2), S98–S108.
- Laukkanen, P. & Leskinen, E. & Kauppinen, M. & Sakari-Rantala, R. & Heikkinen, E. (2000). Health and Functional Capacity as Predictors of Community Dwelling among Elderly People. *Journal of Clinical Epidemiology* 53(3), 257–265.
- Meinow, B. & Kareholt, I. & Lagergren, M. (2005). According to Need? Predicting the Amount of Municipal Home Help Allocated to Elderly Recipients in an Urban Area of Sweden. *Health Soc Care Community* 13(4), 366–377.
- Ollonqvist, K. & Grönlund, R. & Karppi, S.-L. & Salmelainen, U. & Poikkeus, L. & Hinkka, K. (2006). A Network-Based Rehabilitation Model for Frail Elderly People - Development and Assessment of a New Model. *Scand J Caring Sci*
- Richards, S. & Coast, J. (2003). Interventions to Improve Access to Health and Social Care after Discharge from Hospital: A Systematic Review. *J Health Serv Res Policy* 8(3), 171–179.
- Stoddart, H. & Whitley, E. & Harvey, I. & Sharp, D. (2002). What Determines the Use of Home Care Services by Elderly People? *Health Soc Care Community* 10(5), 348–360.
- Tsuji, I. & Whalen, S. & Finucane, T.E. (1995). Predictors of Nursing Home Placement in Community-Based Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc* 43(7), 761–766.

Geriatrisen laitospääntoutuksen asiakkaat, kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö: Fysioterapeuttien käsityksiä

Marjo Wallin, Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä

Ulla Talvitie, Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä

Mima Cattan, Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University, Leeds, UK

Sirkka-Liisa Karppi, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto, Turku

Yhteydenotot: Marjo Wallin, wallin@sport.jyu.fi

Johdanto

Fysioterapia osana lääkinällistä kuntoutusta on rakentunut lääketieteellisen mallin mukaan (Ritchie 1999; Roberts 1994). Tämä ilmenee dualistisesta biolääketieteellisestä viitekehystä, jonka avulla fysioterapiassa pyritään samaan objektiivista ja tilannetekijöistä vapaata tietoa asiakkaan ongelmista. Käytännön työssä fysioterapeutit näkevät asiakkaan kehon kuntoutuksen kohteena (Thornquist 2001; Jorgensen 2000). Myös asiakkaan osallistumista oman kuntoutuksensa tarpeiden ja tavoitteiden asetteluun pidetään fysioterapiassa tärkeänä (Higgs & al. 2001; WCPT 2003). Yhteistyö asiakkaan kanssa ei kuitenkaan aina siirry käytännön fysioterapiassa toiminnan tasolle (Beeston & Simmons 1996; Talvitie & Reunanen 2002; Parry 2004). Tämän ristiriidan on ehdotettu johtuvan institutionaalisesta toimintatavasta, jossa fysioterapeutti ottaa asiantuntijan rooli (Westman Kumlin & Kroksmark 1992; Wohlin Wottrich & al. 2004). Fysioterapeutin ja kuntoutujan vuorovaikutuksen haasteellisuuteen vaikuttavat useat tekijät, kuten asiantuntija- ja arkitiedon epäsuhta, epätietoisuus asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksista ja asiakkaan häpeän ja riittämättömyyden tunteet toimintakyvyttömyyden paljastuessa (Parry 2004, 2005).

Suomessa kuntoutuslaitokset tuottavat paljon fysioterapiapalveluja ja niissä asiakkaat ovat pääosin alle 65-vuotiaita. Valtioneuvoston kuntoutuslonteissa (1989 ja 2002) haastettiin palveluntuottajia ylläpitämään myös vanhusväestön toimintakykyä. Niinpä Kansaneläkelaitos aloitti 2000 kotonaan asuvien vanhusten laitospääntoutuksen (Karppi & al. 2003) ja käynnisti sitä arvioimaan laajan tutkimuksen. Tämän 2002 alkaneen IKÄ-hankkeen tarkoituksena oli tutkia laitospääntoutuksen vaikuttavuutta huonokuntoisten vanhusten kotona selviytymiseen (Hinkka & al. 2004). Hankkeen laadullisten osatutkimusten tarkoituksena oli selvittää kuntoutusprosessin etenemistä ja sisältöä. Geriatrisen laitospääntoutuksen toteutustavoista on niukasti tietoa. Tämän osatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien käsityksiä iäkkäistä kuntoutujista, laitospääntoutuksen tavoitteista ja sisällöistä.

Menetelmät

IKÄ-hankkeen kuntoutuksen toteuttamiseen osallistui seitsemän eri puolilla Suomea sijaitsevaa kuntoutuslaitosta. Kaikki kuntoutuslaitosten fysioterapeutit (n = 11), jotka osallistuivat IKÄ-hankkeeseen, haastateltiin vuonna 2002. Fysioterapeutit olivat laatineet henkilökohtaisen kuntoutus-suunnitelman jokaiselle ikäihmiselle fysioterapeuttisen alkututkimuksen ja kotikäynnin perusteella. Lisäksi he vastasivat IKÄ-hankkeen liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Kaikki fysioterapeutit olivat naisia ja heidän työkokemus vaihteli 1–19 vuoden välillä.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, jotka nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Haastatteluteemat käsittelivät viittä aihealuetta: liikunnallinen kuntoutus IKÄ-hankkeessa,

yksilöterapian tavoitteet ja sisältö, liikuntaryhmien tavoitteet ja sisältö, kuntoutuksen merkitys ikäihmiselle ja laitosjakson merkitys osana asiakkaan kuntoutusprosessia. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisesti ja temaattisesti. Aluksi analyysissä keskityttiin fysioterapeuttien kuvauksiin kuntoutuksen tavoitteista ja sisällöstä. Analyysin aikana huomattiin, että ammattilaiset kuvasivat toimintaansa ja antoivat sille merkityksiä erilaisten vanhuskäsitysten kautta. Niinpä analyysin lähtökohtaa muutettiin siten, että annettujen kuvausten merkitykset kuntoutuksen tavoitteista ja sisällöstä tulkittiin ikääntyneen kuntoutujan positioinin näkökulmasta (Davies & Harre 1990). Fysioterapeuttien kuvauksissa vanhuksille kuntoutujina annettiin erilaisia merkityksiä. Näiden merkitysten eroja ja yhtäläisyyksiä vertaamalla syntyi kolme toisensa pois sulkevaa kategoriaa. Lisäksi analyysissä identifioitiin erilaisia fysioterapeuttien tuottamia kuntoutuskuvauksia, jotka liittyivät aina tiettyyn vanhuskategoriaan. Niinpä lopulliset kategoriat laajennettiin käsittämään sekä kuntoutujakuvaus että tähän liittyvä kuvaus kuntoutuksen tavoitteista ja sisällöistä. (Silverman 2001).

Tulokset

Analyysissä löytyi kolme erilaista käsitystä iäkkäistä kuntoutujista. Jokaiseen kuntoutujakäsitykseen liittyi erilainen kuvaus kuntoutuksen tavoitteista ja sisällöstä. Ensimmäisessä kategoriassa fysioterapeutit käsittivät ikääntyneet kuntoutustoimenpiteiden kohteena. He kuvasivat selvittävänsä kuntoutujan toimintakyvyn vajauksen tarkalla tutkimuksella. Fysioterapialla pyrittiin kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn parantumiseen harjoittelun ja fysikaalisten hoitojen avulla.

Toisessa kategoriassa fysioterapeutit kuvasivat ikääntyneet osallistuviksi yhteistyökumppaneiksi. Kuntoutujan arjen askareiden ja osallistumisen ongelmia pohdittiin yhdessä ja toimintakyvyn ongelmia kartoitettiin suhteessa arjen haasteisiin. Fysioterapialla pyrittiin vanhuksen jokapäiväisen kotona selviytymisen edistämiseen harjoittelun avulla.

Kolmannessa kategoriassa fysioterapeutit kuvasivat kuntoutujat mukavuushoitoja haluavina passiivisina vanhuksina. Fysioterapeuttien kuvauksissa vanhukset olivat haluttomia osallistumaan aktiivisiin harjoituksiin ja niinpä fysioterapia tarkoitti heidän kohdallaan kylpylähoitoja, kosketusta ja kuuntelua, joiden tavoitteena oli vanhusten mielihyvä.

Pohdinta

IKÄ-hankkeen kuntoutusintervention tarkoituksena oli edistää ikääntyneiden selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. Kuitenkin suurimmassa osassa terapian kuvauksista fysioterapeutit keskittyivät yksinomaan laitoskuntoutusjaksoon, lähestyen ikääntyneen fyysistä toimintakykyä ja psyykkistä hyvinvointia irrallaan arjen kontekstista. Aiemmissä tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia viitteitä, jotkut kuntoutujat ovat kokeneet, että kuntoutustoimenpiteet ovat olleet irrallisia eivätkä ole auttaneet arjessa selviytymisessä (Röding & al. 2003; Cott 2004; Wallin & al. 2006). Thornquist (2001) väittää, että kuntoutuspalvelujen tarjoaminen laitoksissa yhdessä asiantuntija-ammattikulttuurin kanssa vaikeuttavat fysioterapeuttien keskittymistä kuntoutujan arjen ongelmiin. IKÄ-hankkeen kuntoutusinterventiossa pyrittiin edistämään kuntoutujan kotiympäristön huomioonottamista kotikäynnillä, jonka kuntoutuslaitoksen edustaja teki jokaisen kuntoutujan kotiin. Tämä mahdollisuus jäi ehkä hyödyntämättä fysioterapian lähtökohtana.

Fysioterapiassa on perinteisesti painottunut fyysisen toimintakyvyn ongelmien selvittäminen henkilön fyysisestä suorituskykyä kuvaavien mittareiden avulla. Tämä lienee liian suppea lähestymistapa geriatrisessa kuntoutuksessa. Jyrkämä (2003) kritisoi perinteisesti toimintakykymittauksena käytettyä käden puristusvoiman mittausta, jonka hän katsoo olevan potentiaalisen toimintakyvyn tarkastelua. Ikääntyneen henkilön selviytymisen kannalta olisi olennaisempaa tarkastella aktuaalista toimintakykyä, eli missä tilanteissa ja miten hän tarvitsee käden puristusvoimaa. Tällöin arjen askareet ja vanhuksen kokemus nousisivat kuntoutuksen keskeisiksi lähtökohdiksi, kuten yhdessä kategoriassa fysioterapeuttien kertomana ilmeni.

Asiakaslähtöisyys ja ikääntyneiden toiveiden huomioiminen ilman arjen selviytymisen pohtimista näyttäisi liittyvän mukavuushoitujen, kuten hieronta ja yrttikylvyt sekä sosiaalisen yhdessäolon järjestämiseen. Ikääntyneen piristymisen ja kiitollisuuden saattavat olla kuntoutuksen välittömiä seurauksia. Kuitenkin, kodin arkeen palattuaan kuntoutujan, kuntoutuja kokee, että hänen kotona selviytymisensä ei ole parantunut ja kuntoutus on vain mukava muisto (Wallin & al. 2006). Ikääntyvän henkilön moninaisten tarpeiden huomioiminen tulisi tapahtua dialogissa, jossa vanhus ja fysioterapeutti miettivät ja rakentavat yhdessä kuntoutumisen tavoitteita ja keinoja rakennetaan (Mönkkönen 2002). Tällöin vuorovaikutus tapahtuu molempien ehdoilla, ei pelkästään asiantuntijan tietoon perustuen eivätkä kuntoutujan tarpeet ole korostuneesti esillä. Tällöin vuorovaikutus on moniäänistä ja haasteellista (Parry 2004), ja mahdollistaa kuntoutuksen siirtymisen ikääntyneen arkeen.

Lähteet

- Beeston, S. & Simons, H. (1996). Physiotherapy practice: practitioners' perspective. *Physiotherapy Theory and Practice* 12, 231–242.
- Cott, C.A. (2004). Client-centered rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 26, 1411–1422.
- Davies, B. & Harre, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal of the Theory of Social Behaviour* 20, 43–63.
- Higgs, J. & Refshauge, K. & Ellis E. (2001). Portrait of the physiotherapy profession. *Journal of Interpersonal Care* 15, 79–89.
- Hinkka, K. & Karppi, S.-L. & Ollonqvist, K. & Aaltonen, T. & Grönlund, R. & Puukka, P. & Saarikallio, M. & Salmelainen, U. & Vaara, M. (2004). Geriatrisen kuntoutuksen arviointi: IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, Helsinki: Kela.
- Jorgensen, P. (2000). Concepts of body and health in physiotherapy: the meaning of social/cultural aspects of life. *Physiotherapy Theory and Practice* 16, 105–115.
- Jyrkämä, J. (2003). Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa: Heikkinen E. ja Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Duodecim, Tampere, 267–271.
- Karppi, S.-L. & Pohjola, T. & Grönlund, R. & Altonen, T. & Ketala, R. & Poikkeus, L. & Puukka, P. (2003). Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus: laitos- ja avopainotteisen kuntoutusmallin arviointi. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia, 59. Helsinki: Kela.
- Mönkkönen, K. (2002). Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa.
- Parry, R.H. (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation* 18, 668–682.
- Parry, R.H. (2005). A video analysis of how physiotherapists communicate with patients about errors of performance: insight for practice and policy. *Physiotherapy* 91, 204–214.
- Ritchie, J.E. (1999). Using qualitative research to enhance the evidence-based practise of health care providers. *Australian Journal of Physiotherapy* 45, 251–256.
- Roberts, P. (1994). Theoretical models of physiotherapy. *Physiotherapy* 80, 361–366.
- Röding, J. & Lindström, B. & Malm, J. & Öhman, A. (2003). Frustrated and invisible – younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation* 26, 867–874.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*. 2nd edition. London: Sage.
- Talvitie, U. & Reunanen, M. (2002). Interaction between physiotherapists and patients in stroke treatment. *Physiotherapy* 88, 77–88.
- Thornquist, E. (2001). Diagnostics in physiotherapy—processes, patterns and perspectives. Part II. *Advances in Physiotherapy* 3, 151–162.
- Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko eduskunnalle (1998). Sosiaali- ja terveysturvan ministeriön monisteita 1998:24.
- Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko eduskunnalle (2002). Löytyy internetistä osoitteella: ><http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntuselonteko2002/kselte02.pdf> <. Päivitetty 28.2.2002. Viitattu 15.08.2006.
- Wallin, M. & Talvitie, U. & Cattan, M. & Karppi, S.-L. (2006). The meanings older people give to their rehabilitation experience. *Ageing and Society* 26, (in print).
- Westman Kumlin, I. & Kroksmark, T. (1992). The first encounter: Physiotherapists' conceptions of establishing therapeutic relationships. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 6, 37–44.
- Wohlin Wottrich, A. & Stenström, C.H. & Engardt, M. & Tham, K. & von Koch, L. (2004). Characteristics of physiotherapy sessions from the patient's and therapist's perspective. *Disability and Rehabilitation* 26, 1198–1205.
- The World Federation for Physical Therapy (WCPT) (2003). Declarations for principle and position statements.

SESSIO 2

Lääketoimiala ja lääkkeiden arviointi

Apteekki osana lääkkeiden tuotanto- ja jakeluketjua

Riitta Ahonen, professori

Kuopion yliopisto, sosiaalifarmasian laitos

Apteekkiverkosto Suomessa

Lääkkeiden vähittäisjakelusta väestölle vastaavat Suomessa yksityiset apteekit ja niiden sivuapteekit sekä Helsingin ja Kuopion yliopiston apteekit. Yksityisiä apteekkeja on noin 600 ja sivuapteekkeja vajaa 200. Kuopion yliopistolla on yksi apteekki Kuopiossa ja Helsingin yliopistolla yhteensä 18 toimipistettä suurissa kaupungeissa eri puolla Suomea.

Asukkaita apteekkia kohden on keskimäärin 6500 ja suomalaisista 99 prosenttia asuu kunnassa, jossa on vähintään yksi apteekki. Apteekkien lukumäärä on rajoitettu ja toiminta luvanvaraista ja tarkoin säädeltyä.

Apteekkien tehtävät

Apteekkien tehtävät on määritelty lääkelaisissa ja sitä tarkentavassa asetuksessa. Päätehtävänä on huolehtia siitä, että väestö voi vaikeuksista saada tarvitsemansa lääkkeet. Vuosittain apteekit toimittavat yli 42 miljoonaa reseptiä eli noin 8 reseptiä jokaista suomalaista kohti. Asiakaskontakteja apteekkeilla on arvioilta noin 60 miljoonaa vuodessa. Lääkelaki velvoittaa apteekit huolehtimaan siitä, että lääkkeen käyttäjä on selvillä lääkkeen oikeasta ja turvallisesta käytöstä. Apteekit ovatkin voimakkaasti panostaneet lääkeneuvonnan toteuttamiseen ja väestön itsehoidon tukemiseen. Suomalaiset apteekit ovat myös merkittäviä sairausvakuutuksen toteuttajia, sillä yli 90 % lääkekorvauksista toimitetaan asiakkaalle suoraan apteekista. Näiden tehtävien lisäksi yliopistojen apteekkeille on lakiin kirjattu farmasian opetuksen ja lääkehuoltoa tukevan tutkimuksen kehittäminen. Enemmistö yksityisapteekista toimii myös opetusapteekkeina.

Apteekkien talous

Yksityisapteekkien koko vaihtelee suuresti. Keskimääräinen liikevaihto on noin 2,7 miljoonaa euroa, mutta vaihteluväli liikevaihdossa on 300 000 eurosta yli 10 miljoonaan euroon. Apteekkien talous on kiinni lääkärin reseptikirjoittamiskäytännöistä, sillä 81 % liikevaihdosta muodostuu reseptilääkkeiden myynnistä. Itsehoitolääkkeet muodostavat noin 14 % ja muu myynti 5 % kokonaisliikevaihdosta.

Suurimman menoerän apteekkeille muodostavat ostot lääketukkukaupasta, noin 68 % liikevaihdosta. Muut huomattavat menoerät ovat palkat sivukuluineen (noin 12 %) sillä apteekkien henkilöstöstä yli 60 % on yliopistotutkimuksen suorittaneita farmaseutteja tai proviisoreita. Apteekkimaksu on keskimäärin 6,7 % liikevaihdosta. Paikkakunnan koko, apteekkien lukumäärä, väestön sairastavuus ja lääkäripalvelujen saatavuus vaikuttavat apteekkarin liiketaloudelliseen tulokseen.

Lääkkeiden vähittäishintojen on oltava kaikissa Suomen apteekissa samat ja apteekin katteen määrää valtion määrittelemä lääketaksa. Lääkevaihdon alettua apteekit saivat alennuksia lääkkeiden tukkuhinnoista, jolloin hankinnoilla oli merkitystä myös apteekkien talouteen. Nykyisin alennukset tukkuhinnoista ovat poistuneet. Vuonna 2003 apteekin keskimääräinen myyntikate

oli lääkkeitä 25,3 %. Vuonna 2005 myydystä lääkistä eurosta lääketehdas ja tukkuliike saivat 62,7 %, valtio vei veroina 13,8 % ja apteekin osuudeksi jäi 23,5 %. Apteekin osuus lääkistä eurosta on pienentynyt huomattavasti 1990-luvun lopusta lähtien.

Tulevaisuuden haasteita ja näkymiä

Lääkevaihdon mukanaan tuomat lääkkeiden hinnanalennukset sekä lääketaksaan kohdistuneet leikkaukset ovat pienentäneet apteekkien kannattavuutta 2000-luvulla. Lääkevaihto lisäsi apteekkien työmäärää, mutta siitä ei makseta erillistä korvausta kuten monissa Euroopan maissa tehdään. Paineita on ollut myös muuttaa apteekkijärjestelmää Norjan ja Islannin mallin mukaan sekä siirtää osa itsehoitolääkkeitä kauppojen hyllyille myytäviksi. Toisaalta apteekit on nähty kiinteänä osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja niiltä odotetaan uusia palveluja kuten osallistumista vanhusten lääkehoidon arviointiin, toteuttamiseen ja seurantaan.

Statiinien keskimääräiset hoitopäivähinnat Suomessa vuosina 1993–2005

Vesa Jormanainen, Sari Sintonen ja Hannu Juvonen, Pfizer Oy, Tietokuja 4, 00330 Helsinki

Seerumin suurentunut LDL-kolesterolipitoisuus on sepelvaltimoiden ateroskleroosin ensisijainen riskitekijä. Suomessa vuosina 1989–1994 veren kolesterolia alentavien lääkkeiden käyttö kasvoi vähän (Martikainen ym. 1996, Magrini ym. 1997) ja vuonna 2000 statiinien käyttö Suomessa oli eurooppalaista keskitasoa (Martikainen ja Klaukka 2004, Walley ym. 2004). Vuoden 1997 FINRISKI-tutkimuksessa 3 % työikäisistä käytti kolesterolilääkitystä, kun osuudet olivat 8 % miehistä ja 5 % naisista vuonna 2002 (Väistö ym. 2005). Tässä tutkimuksessa arvioitiin statiinien hoitopäivähinnat kolmella annosvastaavuuden menetelmällä Suomessa vuosina 1993–2005.

Aineisto ja menetelmät

Suomen lääkemarkkinoilla olevien statiinien (atorva-, fluva-, lova-, prava- ja simvastatiini) apteekkitoimitusten tukkumyyntitiedot (kalenterivuoden myynti euroina ja DDD-annoksiin perustuvat hoitopäivät) vuosilta 1993–2005 poimittiin SLD Pharma –tietokannasta (Suomen Lääkedata Oy). Rosuvastatiini (tietoja vain vuosilta 2003–2005) ja muu kuin apteekkimyynti jätettiin tarkastelun ulkopuolelle.

Statiinien annosvastaavuudet saatiin virallisista DDD-annoksista sekä ”Dyslipidemia” Käypä hoito -suosituksen (KH 2004) ja Law ym. (2003) julkaisuista. Tutkimus rajattiin atorvastatiinin 10 mg annosvastaavuuksiin, koska vain niitä on arvioitu Käypä hoito -suosituksessa. Apteekkimyyntit muutettiin vuoden 2005 rahaksi Kansaneläkelaitoksen tilastoryhmän inflatointikertoimilla (Kela 2006). Statiinille laskettiin vuosittain reaalihintaa milligrammoina (yksikkökustannus) jakamalla kalenterivuoden myynti DDD-annoksen ja DDD-milligrammamäärän tulolla. Hoitopäivähinta vuosittain saatiin kertomalla yksikkökustannukset (vertailu)annoksilla.

Tulokset

Statiinien DDD-annosten reaaliset hoitopäivähinnat Suomessa vuosina 1993–2005 on esitetty taulukossa 1. Markkinoille tultuaan käytännössä vuonna 1998 atorvastatiini oli hoitopäivähinnaltaan halvin statiini DDD-annoksin vuosina 1998–2002. Erityisesti simvastatiiniin verrattuna atorvastatiinin DDD-hoitopäivähinta oli 20–27 % edullisempi ennen vuonna 2003 alkanutta lääkevaihtoa (simvastatiinin patentin ollessa vielä voimassa). Käypä hoito -annosvertailussa atorvastatiinin hoitopäivähinta oli 1–70 % edullisempi kuin simvastatiinilla vuosina 1997–2003 (taulukko 2). Atorvastatiini oli KH-annoksin edullisempi kuin fluva- tai pravastatiini vuosina 1997–2005 ja lovastatiinia edullisempi lukuun ottamatta vuotta 2005. Law-annoksin atorvastatiini oli vuosina 1997–2004 hoitopäivähinnoiltaan edullisempi kuin muut statiinit (taulukko 3).

Vuosien 1997–2005 keskimääräisten reaalisten hoitopäivähintojen perusteella simvastatiini oli DDD-annoksin edullisin statiini, mutta se oli jo KH-annoksin toiseksi halvin atorvastatiinin jälkeen. Law-annoksin vuosina 1997–2005 simvastatiini oli 85 % kalliimpi kuin atorvastatiini, 24 % kalliimpi kuin lovastatiini ja 4 % kalliimpi kuin fluvastatiini, mutta halvempi kuin pravastatiini.

Prava- (1,89 €/vrk) ja fluvastatiini (1,16 €/vrk) olivat kalleimmat vuonna 2005, kun halvimmat olivat atorva- (0,65 €/vrk), lova- (0,47 €/vrk) ja simvastatiini (0,32 €/vrk) Law-annoksin.

Taulukko 1. Statiinien reaaliset hoitopäivähinnat (€/vrk vuoden 2005 rahassa) viranomaisten Suomeen hyväksymin DDD-annoksin vuosina 1993–2005.

	Statiinin DDD-hoitopäivähinta (€/mg)				
	ATORVA	FLUVA	LOVA	PRAVA	SIMVA
DDD	10	40	30	20	15
1993	*	*	1,10	1,27	1,14
1994	*	*	1,09	1,25	1,12
1995	*	*	1,09	1,25	1,10
1996	*	0,82	1,08	1,24	1,10
1997	0,87	0,80	1,06	1,19	1,07
1998	0,82	0,85	1,05	1,09	1,04
1999	0,80	0,83	1,03	1,00	1,00
2000	0,76	0,77	0,99	0,91	0,94
2001	0,74	0,74	0,97	0,86	0,91
2002	0,71	0,70	0,95	0,81	0,85
2003	0,69	0,64	0,84	0,79	0,53
2004	0,67	0,61	0,54	0,73	0,27
2005	0,65	0,58	0,35	0,47	0,12
Index (1)	0,75	0,73	0,33	0,39	0,11
X (2)	0,68	0,67	0,84	0,74	0,52

* = lääke ei ollut markkinoilla Suomessa

(1) = vuoden 2005 luku jaettuna vuoden 1997 luvulla

(2) = keskimäärin vuosina 1997–2005

Taulukko 2. Statiinien reaaliset hoitopäivähinnat (€/vrk vuoden 2005 rahassa) "Dyslipidemiat" Käypä hoito -suositukseen (KH) suuntaa-antavin vastaavin annoksin Suomessa vuosina 1993–2005.

	Statiinin Käypä hoito -hoitopäivähinta (€/mg)				
	ATORVA	FLUVA	LOVA	PRAVA	SIMVA
KH	10	80	40	40	20
1993	*	*	1,47	2,55	1,52
1994	*	*	1,45	2,50	1,49
1995	*	*	1,45	2,50	1,47
1996	*	1,65	1,44	2,48	1,46
1997	0,87	1,59	1,42	2,38	1,42
1998	0,82	1,70	1,40	2,17	1,39
1999	0,80	1,65	1,37	2,00	1,34
2000	0,76	1,54	1,32	1,83	1,26
2001	0,74	1,47	1,29	1,71	1,21
2002	0,71	1,40	1,26	1,62	1,13
2003	0,69	1,29	1,12	1,57	0,70
2004	0,67	1,22	0,72	1,45	0,36
2005	0,65	1,16	0,47	0,95	0,16
Index (1)	0,75	0,73	0,33	0,40	0,11
X (2)	0,68	1,34	1,12	1,48	0,69

(1) ja (2) kuten taulukossa 1

Taulukko 3. Statiinien reaaliset hoitopäivähinnat (€/vrk vuoden 2005 rahassa) Law ym. (2003) vastaaviksi arvioiduin annoksin Suomessa vuosina 1993–2005

	Statiinin Law-hoitopäivähinta (€/mg)				
	ATORVA	FLUVA	LOVA	PRAVA	SIMVA
Law	10	80	40	80	40
1993	*	*	1,47	5,09	3,04
1994	*	*	1,45	5,01	2,99
1995	*	*	1,45	4,99	2,94
1996	*	1,65	1,44	4,95	2,93
1997	0,87	1,59	1,42	4,77	2,85
1998	0,82	1,70	1,40	4,35	2,79
1999	0,80	1,65	1,37	4,00	2,67
2000	0,76	1,54	1,32	3,65	2,51
2001	0,74	1,47	1,29	3,42	2,43
2002	0,71	1,40	1,26	3,24	2,27
2003	0,69	1,29	1,12	3,15	1,40
2004	0,67	1,22	0,72	2,90	0,71
2005	0,65	1,16	0,47	1,89	0,32
Index (1)	0,75	0,73	0,33	0,40	0,11
X (2)	0,75	1,34	1,12	2,96	1,39

(1) ja (2) kuten taulukossa 1

Pohdinta

Laskimme statiinien keskimääräiset hoitopäivähinnat atorvastatiinin 10 mg:aa vastaavin DDD-, Käypä hoito- ja Law-annoksin apteekkien tukkumyyntitiedoista Suomessa vuosina 1993–2005. Vuoden 2005 rahassa vuosittain laskettu yksikköhinta sisälsi statiinien kaikki vahvuudet ja pakkaukset markkinapainoin.

Viranomaisten Suomeen hyväksymät DDD-annokset perustuvat usein lähelle lääkkeen myyntiluvan myöntämistä ajoittuviin tutkimuksiin. Esimerkiksi atorvastatiinin ja simvastatiinin DDD-annosten perusteella annosvastaavuus on 1:1,5, kun se on 1:4 järjestelmällisten katsausten meta-analyyysien perusteella (Edwards ja Moore 2003, Law ym. 2003, CTT 2005). Myös suomalaisissa oppikirjoissa esitetyt statiinien toisiaan vastaaviksi arvioidut hoitopäiväannokset ovat suurempia kuin DDD-annokset (Pentikäinen ym. 2002, Ruskoaho 2003). Kirjallisuus ei tue DDD-annosten yksinomaista käyttöä vertailuissa. Atorvastatiinin hoitopäivähinta oli tässä tutkimuksessa sitä edullisempi, mitä enemmän annosvastaavuus otti huomioon tutkimuksissa osoitetun tehonäytön. Annosvastaavuudet eivät kuitenkaan tarkoita sitä, että statiinit olisivat siedettävyydeltään samanlaisia (Cziraky ym. 2006).

Statiinien keskimääräiset hoitovuorokausihinnat vuosina 1993–2005 olivat erilaisia eri statiineilla. Erot olivat moninkertaiset ja riippuivat ratkaisevasti annosvastaavuuden määritelmästä (näytön asteesta). Statiinien erilaisia hoitovuorokausihintoja selittävät osaltaan potilaiden yksilölliset ominaisuudet, hoidon ensisijainen kohde (kokonais- tai LDL-kolesteroli), hoitotavoite ja noudatettu hoitokäytäntö (vaikuttavan aineen suosiminen). Keskimääräiset hoitovuorokausihinnat voivat olla erilaisia eri väestöissä, mitä ei voitu selvittää tässä tutkimuksessa. Tämä tieto voitaisiin selvittää yhdistämällä Kansaneläkelaitoksen resepti- ja korvausoikeuksien tiedostot henkilötasolla.

Aitoon näyttöön perustuvien Law-annoksin simva- ja lovastatiinin hoitopäivähinnat olivat vasta vuonna 2005 hieman edullisemmat kuin atorvastatiinilla. Vuonna 2005 simva- ja atorvastatiinin hoitopäivähintojen suhde oli 1:2, kun se oli esimerkiksi 1:0,3 vuonna 1998. Atorvastatiinin suhteellinen edullisuus muihin statiineihin verrattuna toistui myös DDD- ja KH-annoksilla.

Viime aikoina julkisuudessa esitetyt edullisuusarviot eivät saa tukea vuosien 1993–2005 kolmen annosvastaavuuden tarkastelussa. Suomessa vuosina 1998–2005 simvastatiinin 15 mg/vrk keskimääräisen annostason tulisi olla moninkertainen, jotta simvastatiinipotilaat saavuttaisivat samat terveysvaikutukset (sydän- ja verisuonisairaustapahtumien esto) kuin atorvastatiinipotilaat (Pudas ja Jormanainen 2006). Tavoite vaatisi varovaisen arvion mukaan kymmenien miljoonien eurojen lisäpanostuksen vuosittain.

Tutkimuksen perusteella statiinien keskimääräiset hoitopäivähinnat alenivat kaikilla statiineilla vuosina 1993–2005. Aitoon näyttöön perustuvan annosvertailun mukaan simvastatiini oli toiseksi kallein statiini vuosina 1993–2003, kun atorvastatiini oli halvin statiini vuosina 1997–2004. Lääkkeiden yksikkökustannuksia (hoitopäivähinta) on mahdollisuuksien mukaan aina selvitettävä myös pidemmän ajan kontekstissa, mikä edistää hyviä investointeja lääkehoitoihin.

Lähteet

- CTT 2005 (2005). Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration.: Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 366, 1267–78.
- Cziraky, M.J. & ym. (2006). Statin safety: an assessment using an administrative claims database. *Am J Cardiol* 97, 61C–68C.
- Edwards, J.E. & Moore, R.A. (2003). Statins in hypercholesterolaemia: a dose-specific meta-analysis of lipid changes in randomised, double blind trials. *BMC Family Practice* 4, 18.
- Kela 2006. Kansaneläkelaitoksen tilastoryhmä.: Sairausvakuutuksen inflatoitokertoimet 1942–2005. www.kela.fi, haettu 11.8.2006.
- KH 2004 (2004). Suomen Sisätautilääkäriyhdistys.: Käypä hoito –suositus: dyslipidemiat. *Duodecim* 120, 1794–816.
- Law, M.R. & ym. (2003). Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 326, 1423.
- Magrini, N. & ym. (1997). Use of lipid-lowering drugs from 1990 to 1994: an international comparison among Australia, Finland, Italy (Emilia Romagna region), Norway and Sweden. *Eur J Clin Pharmacol* 53, 185–9.
- Martikainen, J. & Klaukka, T. (2004) Statiinien käyttö vaihtelee Euroopan maissa: Suomessa keskitasoa. *Suom Lääkäril* 59, 1402–3.
- Martikainen, J. & ym. (1996). Recent trends in the consumption of lipid-lowering drugs in Finland. *J Clin Epidemiol* 49, 1453–7.
- Pentikäinen, P.J. & ym. (2002). Dyslipidemiat. Teoksessa P.J. Neuvonen & ym. (toim.): Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 415–27.
- Ruskoaho, H. (2003). Lipidiaineenvaihduntaan vaikuttavat lääkkeet. Teoksessa O. Pelkonen & H. Ruskoaho (toim.): Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 391–413.
- Walley, T. & ym. (2004). Variations and increase in use of statins across Europe: data from administrative databases. *BMJ* 328, 385–6.
- Walley, T. & ym. (2005). Trends in prescribing and utilization of statins and other lipid lowering drugs across Europe 1997–2003. *Br J Clin Pharmacol* 60, 543–51.
- Väistö, T. & ym. (2005). Valtimotautitapahtumien riskiryhmään kuuluvien ja kuulumattomien kolesterolitasot FINRISKI 2002 –tutkimuksessa. *Suom Lääkäril* 60, 389–94.

Sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa atorvastatiini säästää terveydenhuollon kustannuksia Suomessa pravastatiiniin verrattuna

Teija Kotomäki ja Vesa Jormanainen, Pfizer Oy, Tietokuja 4, 00330 Helsinki

Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida atorvastatiinin (80 mg/vrk) kustannus-vaikuttavuutta sepelvaltimotautipotilailla Suomessa verrattuna pravastatiiniin (40 mg/vrk).

Aineisto ja menetelmät

PROVE IT-TIMI 22 -tutkimuksessa (satunnaistettu, kaksoissokko, rinnakkaisryhmät, monikeskus) verrattiin atorvastatiinin (80 mg/vrk, n = 2 099) ja pravastatiinin (40 mg/vrk tai tarvittaessa 80 mg/vrk, n = 2 063) tehoa ja siedettävyyttä 18–36 kk seurannassa (keskimäärin 24 kk) 4 162 potilaalla, jotka oli otettu sairaalahoitoon edeltäneiden 10 vrk aikana äkillisesti ilmaantuneiden sepelvaltimotaudin (äkillinen sydäninfarkti tai korkean riskin epästabiili rintakipu; acute coronary syndrome ACS) (Cannon ym. 2004).

Tutkimuksen tehon ensisijainen päätetapahtuma koostui useista tapahtumista: kuolema, sydäninfarkti, toistuvia sairaalahoitoja vaatinut ja dokumentoitu epästabiili angina pectoris, sepelvaltimoiden avaavat toimenpiteet yli 30 vrk kuluttua satunnaistamisesta sekä aivohalvaus. Toissijaisista päätetapahtumia olivat yhdistelmät (sepelvaltimotautikuolema, sydäninfarkti, sepelvaltimoiden avaavat toimenpiteet) sekä (kuolema, sydäninfarkti, äkilliset sepelvaltimoiden avaavat toimenpiteet).

Suomen terveydenhuollon olosuhteisiin sovellettu terveystaloudellinen analyysi, joka tehtiin yhteiskunnallisesta näkökulmasta, perustuu PROVE IT-TIMI 22 -tutkimuksen terveyspalvelujen käyttötietoihin ja kaikkiin tutkimusaikana ilmaantuneisiin päätetapahtumiin (Koren ym. 2005). Välittömistä kustannuksista otettiin huomioon sepelvaltimotaudista aiheutuneen sairaalahoidon, toimenpiteiden, avohoitokäyntien ja statiinien hoitokustannukset Suomessa vuoden 2005 rahassa (taulukot 1 ja 2). Lääkevalmisteiden hoitopäivähintoina käytettiin voimassa olevia arvonlisäverottomia vähittäishintoja (taulukko 3). Tuloksia ei diskontattu, koska terveyspalvelujen käytön ajoittumisesta ei ole käytettävissä tietoja.

Kliiniset tulokset

Kahden hoitovuoden jälkeen atorvastatiinia saaneilla ilmaantui ensisijaisia päätetapahtumia 16 % (95 %:n luottamusväli 5–26 %) vähemmän kuin pravastatiinia saaneilla (22.4 % vs 26.3 %, p = 0.005). Atorvastatiinin hyöty ilmaantui jo 30 vrk hoidon kuluessa ja se säilyi koko hoidon keston ajan. Toissijaisista päätetapahtumista atorvastatiinilla ilmaantui yhdistelmän (sepelvaltimotautikuolema, sydäninfarkti, sepelvaltimoiden avaavat toimenpiteet) tapahtumia 14 % vähemmän kuin pravastatiinilla (19.7 % vs 22.3 %, p = 0.029). Yhdistelmän (kuolema, sydäninfarkti, äkilliset sepelvaltimoiden avaavat toimenpiteet) tapahtumia ilmaantui atorvastatiinilla 25 % vähemmän kuin pravastatiinilla (p < 0.001).

Atorvastatiinihoidon teho oli parempi kuin pravastatiinilla myös päätetapahtumien muodostavien osien suhteen: sepelvaltimoiden avaavia toimenpiteitä atorvastatiinilla hoidetuilla oli 14 % (16.3 % vs 18.8 %, $p = 0.04$), kun kuolemia tai sydäninfarkteja oli 18 % (8.3 % vs 10.0 %, $p = 0.06$), kuolemia oli 28 % (2.2 % vs 3.2 %, $p = 0.07$) ja toistuvia epästabiliin angiinan tapahtumia oli 29 % (3.8 % vs 5.1 %, $p = 0.02$) vähemmän kuin pravastatiinilla hoidetuilla 2 seurantavuoden aikana.

Taulukko 1. Terveyspalvelujen käyttö ja yksikkökustannukset Suomessa

	Pravastatiini (40 mg) N = 2063 N	Atorvastatiini (80 mg) N = 2099 N	Yksikkö- kustannus DRG-hinta €
Sairaalan vuodeosastohoidot			
Sepelvaltimoita avaavat toimenpiteet:	855	669	
CABG ^{1,2}	147	107	15 057,94 *
Angioplastia ^{1,2}	315	274	6 425,63
Angioplastia + stentti ^{1,2,3}	320	243	7 325,63 **
Muut avaavat toimenpiteet ^{1,2}	73	45	7 744,18
Sydäninfarkti ^{1,2}	327	347	3 683,26 ***
Angina ^{1,2}	226	239	1 419,21
Aivohalvaus/TIA ^{1,2}	42	44	2 670,25 #
Toimenpiteet sairaalahoidossa			
Radionuclide LVEF ^{2,3}	497	433	489,12
Rasituskoe ^{2,3}	213	181	91,71
Vain EKG	64	52	10,19
ECHO	19	20	152,85
Radionuclide	139	116	489,12
IABP ^{2,3}	18	17	713,30
Väliaikainen tahdistin ^{2,3}	31	26	244,45
Pysyvä tahdistin ^{2,3}	12	19	3 026,43
ICD ^{2,3}	14	18	2 241,80
Kardioversio/defibrillaattori ^{2,3}	23	25	152,85
Angiografia/arteriografia ^{2,3}	706	638	672,54
Avohoidon palvelujen käyttö			
Käynnit lääkärissä ^{1,2}	10 969	11 091	61,59
Päivystyskäynnit (ei vuodeosastolle) ^{1,2}	866	885	273,96
Non-acute care facility days ^{1,2}	515	503	527,61
Statiinihoitoidot			
Hoitopäivien lukumäärä	832 313	848 492	€/vrk
Atorvastatiini (Lipitor 80 mg/vrk) ⁴			2,20
Pravastatiini (Pravacol 40 mg/vrk) ⁴			1,34
Pravastatiini (40 mg/vrk) ⁴			0,96 ##
Pravastatiini (Pravastatin Ratiopharm 40 mg) ⁴			0,74

¹ Hujanen T. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. Aiheita 1/2003. Helsinki: Stakes, 2003.

² Tilastokeskus. Kuluttajahintaindeksin terveyden- ja sairaanhoito (2001 → 2005: 1,126 ja 2004 → 2005: 1,019)

³ HUS. Hinnasto 2004. Osa 2: Suoriteperusteiset hinnat. Helsinki: HUS, 2004.

⁴ Suomen Lääkedata Oy. Hintatietokanta SLD Price, 1.4.2006

DRG = Diagnosis-related group, CABG = Coronary artery bypass graft, ECHO = Echocardiogram, IABP = Intra-arterial blood pressure, ICD = Implantable cardioverter defibrillator, LVEF = Left ventricular ejection fraction, TIA = Transient ischemic attack

* = Keskiarvo (DRG 106+107), ** = DRG 112 + stentti, *** = Keskiarvo (DRG 121+122)

= Keskiarvo (DRG 14+15), ## = Markkinaosuuksilla painotettu keskiarvo (P. Ratiopharm 40 mg, Pravacol 40 mg, P. Ranbaxy 40 mg)

Taulukko 2. Terveyspalvelujen käytön kustannukset vuoden 2005 euroissa (€) Suomessa

Terveyspalvelujen käyttö	Pravastatiini (40 mg/vrk) (n = 2063)	Lipitor (80 mg/vrk) (n = 2099)	Erotus €
Sairaalahoito	8 784 436	7 235 212	1 549 224
Toimenpiteet	900 623	837 954	62 669
Avohoitokäynnit	1 184 570	1 190 959	-6 389
Yhteensä	10 869 629	9 264 125	1 605 504

Taulukko 3. Statiinihoitojen kustannukset Suomessa

Lääkehoito	Hoito-päivät	€/vrk ¹	Kustannukset ² €	Erotus ³ €
Lipitor (80 mg)	848 492	2,20	1 866 682	
A) Pravacol (40 mg)	832 313	1,78	1 481 517	-385 165
B) Pravastatiini (40 mg) ⁴	832 313	0,96	799 020	-1 067 662
C) Geneerinen pravastatiini (40 mg)	832 313	0,74	615 912	-1 250 770

¹ Hoitopäiväkustannus (euroa) arvonlisäverottomin vähittäishinnoin (1.4.2006)

² Hoitopäivien lukumäärä kertaa hoitopäiväkustannus

³ Lipitorin kustannuksista vähennetty A-, B- ja C-vaihtoehtoisten pravastatiinien kustannukset

⁴ Kolmen eniten myydyin pravastatiinin keskiarvo

Kustannus-vaikuttavuus Suomessa

Atorvastatiinipotilaiden terveyspalvelujen käytön kustannukset Suomessa olivat 1,6 M€ pienemmät kuin pravastatiinilla (taulukko 2). Osa kirjatuista toimenpiteistä on voitu kuitenkin tehdä sairaalahoidossa (sisältyvät DRG-hintoihin). Jos tämä kaksoislaskennan mahdollisuus otetaan huomioon ja mukaan lasketaan vain sairaalahoidon ja avohoitokäyntien kustannukset, atorvastatiinipotilaiden kustannukset olivat 1,5 M€ pienemmät kuin pravastatiinilla. Atorvastatiinin hoitopäivähinta on arvonlisäverottomin vähittäishinnoin Suomessa jonkin verran kalliimpi kuin pravastatiinilla (taulukot 1 ja 3).

Statiinien hoitopäivä- ja terveyspalvelujen käytön kustannuksista kertyneet kokonaiskustannukset olivat atorvastatiinilla (Lipitor 80 mg/vrk) Suomessa 2 vuoden ajan hoidetuilla potilailla merkittävästi pienemmät kuin pravastatiinilla (taulukko 4). Ero kokonaiskustannuksissa atorvastatiinin eduksi oli 1,2 M€ Pravacoliin (40 mg/vrk), 0,5 M€ kolmen myydyimmän pravastatiinin (40 mg/vrk) keskihintaan sekä 0,35 M€ geneeriseen pravastatiiniin (40 mg/vrk) verrattuna.

Sepelvaltimotautipotilailla 2 vuoden aikana atorvastatiini oli vaikuttavampi ja aiheutti vähemmän välittömiä kustannuksia Suomessa kuin pravastatiini (atorvastatiini dominoi pravastatiinia).

Taulukko 4. Atorvastatiinin (80 mg/vrk) ja pravastatiinin (40 mg/vrk) lääkehoitojen kokonaiskustannukset Suomessa

Lääkehoitojen vertailu	Pravastatiini (40 mg/vrk)	Lipitor (80 mg/vrk)	Erotus €
A) Pravacol	12 351 147	11 130 808	-1 220 339
B) Pravastatiini	11 668 650	11 130 808	-537 842
C) Geneerinen pravastatiini	11 485 542	11 130 808	-354 734

Johtopäätökset

PROVE IT-TIMI 22 -tutkimuksen 2 vuoden seurannassa sairaalahoitoa vaatineilla sepelvaltimotautipotilailla ilmaantui atorvastatiinihoidossa (80 mg/vrk) merkittävästi vähemmän sydäntahtumia kuin pravastatiinihoidossa (40–80 mg/vrk). Samanaikaisesti atorvastatiinipotilaiden terveydenhuollon palvelujen käyttö oli vähäisempää kuin pravastatiinilla, mikä säästää jopa 1,2 miljoonaa euroa Suomen terveydenhuollon suoria kokonaiskustannuksia kahden hoitovuoden aikana.

Lähteet

- Cannon, C.P. & ym. (2004). Intensive moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *New Engl J Med* 350, 1495–504.
- Koren, M.J. & ym. (2005). Cost-effectiveness of intensive statin therapy in patients with acute coronary syndrome. ACC 2005. [Posteri]

Statiinille määritelty vuorokausiannos ei ole keskimäärin käytetty annos Suomessa

Hanna Pudas ja Vesa Jormanainen, Pfizer Oy, Tietokuja 4, 00330 Helsinki

Suomessa HMG-CoA-reduktaasin estäjien (statiinit) käyttö kasvoi kolmanneksen vuosina 1997–2002 (Martikainen ja Klaukka 2004). Viranomaisten Suomeen hyväksymiä määriteltyjä vuorokausiannoksia (DDD) käytetään lääketilastoissa teoreettisina kulutuksen mittalukuina ja ne perustuvat vaikuttavien aineiden pääkäyttöaiheisiin aikuisilla määrittelyhetkellä (Suomen Lääketilasto). Statiinien keskimäärin käytetyistä vuorokausiannoksista on vain vähän julkaistua tietoa Suomesta (Walley ym. 2005).

Tässä tutkimuksessa selvitettiin statiinien keskimäärin käytetyt vuorokausiannokset Suomessa vuosina 1998–2005 avoterveydenhuollon apteekkien tukkumyyntiaineistoissa.

Aineisto ja menetelmät

Suomen lääkemarkkinoilla olevien statiinien (atorva-, fluva-, lova-, prava- ja simvastatiini) apteekkitoimitusten tukkumyyntitiedot (pakkaukset vahvuuksittain) vuosilta 1998–2005 poimittiin SLD Pharma -tietokannasta (Suomen Lääkedata Oy). Koska rosuvastatiinista oli käytettävissä tietoja vain vuosilta 2003–2005, se jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Aineistosta suljettiin pois myös muut kuin apteekkitiedot (kuten sairaalamyynti).

Aluksi statiinille laskettiin tablettien/kapseleiden lukumäärät (TBL) kertomalla pakkauskokoukset niiden tablettien/kapseleiden lukumäärällä. Statiinin milligrammat saatiin kertomalla TBL-luvut vastaavilla vahvuuksilla, ja saadut luvut laskettiin lopuksi yhteen (osoittajan summa). Kun osoittajan summa jaettiin statiinin yhteenlasketulla TBL-summaluvulla, saatiin keskimäärin käytetty statiiniannos (KKA). Näin meneteltiin vuosittain.

Tulokset

Käytetyt keskimääräiset ja määritellyt statiinien DDD-annokset Suomessa vuosina 1998–2005 on esitetty taulukossa 1. KKA kasvoi 25–80 % muilla statiineilla (atorvastatiinilla 25 %), paitsi lovastatiinilla (pieneni 7 %), kun vuotta 2005 verrattiin vuoteen 1998. KKA kasvoi vuosittain milligrammoina eniten fluva- (2,6 mg/v) ja vähiten atorvastatiinilla (0,4 mg/v), kun lovastatiinia ei otettu huomioon.

Vuosien 1998–2005 KKA oli keskimäärin 13 mg/vrk atorvastatiinilla, kun se oli 16 mg/vrk simva-, 26 mg/vrk lova-, 29 mg/vrk prava- ja 34 mg/vrk fluvastatiinilla. KKA oli atorvastatiinilla 32 % ja pravastatiinilla 45 % suurempi kuin DDD-annos, kun KKA oli fluvastatiinilla 16 % ja lovastatiinilla 15 % pienempi kuin DDD-annos. Simvastatiinin KKA oli 5 % suurempi kuin DDD-annos.

KKA oli DDD-annoksen suuruinen jo vuonna 1998 atorva- (ensimmäinen myyntivuosi) ja pravastatiinilla (ensimmäinen tarkasteluvuosi), kun simvastatiinin KKA saavutti DDD-annostason vuonna 2001 (fluvastatiinilla vuonna 2004). Lovastatiini oli lähimpänä DDD-annostasoa vuonna 1998.

Taulukko 1. Apteekkien tukkumyynnitietoihin perustuvat statiinien käytetyt ja määritellyt vuorokausiannokset (mg/vrk) vuosina 1998–2005 Suomessa

	Statiini (mg/vrk)				
	ATORVA	FLUVA	LOVA	PRAVA	SIMVA
DDD	10	40	30	20	15
1998	11,9	25,6	27,9	23,0	13,1
1999	11,9	26,1	24,0	25,1	13,7
2000	12,5	28,0	24,3	27,2	14,7
2001	13,0	29,2	24,7	29,2	15,4
2002	13,3	31,2	25,1	30,9	16,4
2003	13,9	36,9	25,4	32,0	17,2
2004	14,4	47,1	27,2	31,8	17,7
2005	14,8	46,0	25,9	32,1	18,4
Index (1)	1,25	1,80	0,93	1,40	1,41
Mg/v (2)	0,37	2,55	-0,24	1,14	0,67
X (3)	13,2	33,8	25,6	28,9	15,8

(1) = vuoden 2005 luku jaettuna vuoden 1998 luvulla

(2) = kasvu milligrammaa vuodessa: $([2005]-[1998])/8$

(3) = keskimäärin vuosina 1998–2005

Pohdinta

Esitämme parhaan tietomme mukaan ensimmäisen kerran statiinien keskimääräiset käytetyt vuorokausiannokset ja vertailun määritelyihin vuorokausiannoksiin Suomessa vuosina 1998–2005. Tulokset perustuvat lääketukuista apteekkeille myytyjen statiinien tietoihin koko maan tasolla.

Suomessa vuosina 1989–1994 lipidilääkkeiden käyttö kasvoi vähän (Martikainen ym. 1996, Magrini ym. 1997) ja vuonna 2000 statiinien käyttö Suomessa oli eurooppalaista keskitasoa (Martikainen ja Klaukka 2004, Walley ym. 2004). Vuoden 1997 FINRISKI-tutkimuksessa 3 % työikäisistä käytti kolesterolilääkitystä, kun osuudet olivat 8 % miehistä ja 5 % naisista vuonna 2002 (Väistö ym. 2005).

Keskimääräiset käytetyt statiiniannokset olivat merkittävästi erilaisia kuin viranomaisten Suomeen hyväksymät DDD-annokset, joita esimerkiksi lääkkeiden hintalautakunta käyttää usein hintavertailuissa. DDD-annosten yksinomainen käyttö vääristää vertailuja, koska DDD-annokset eivät perustu tutkimuksissa osoitettuun tehoon tai vaikuttavuuteen (esim. Kovanen ja Palomäki 2005). Lisäksi DDD-annokset eivät enää sovellu pidemmän ajan markkinoilla olleiden vaikuttavien aineiden annosvastaavuuksien määrittelyyn. DDD-annosten perusteella esimerkiksi atorvastatiinin ja simvastatiinin annosvastaavuus olisi 1:1,5, kun se on 1:4 järjestelmällisten katsausten meta-analyysien tulosten perusteella (Edwards ja Moore 2003, Law ym. 2003, CTT 2005). Myös suomalaisissa oppikirjoissa esitetyt statiinien toisiaan vastaaviksi arvioidut hoitopäiväannokset ovat merkittävästi erilaisia kuin DDD-annokset (Pentikäinen ym. 2002, Ruskoaho 2003).

Suomessa vuosien 1998–2005 simvastatiinin 15 mg/vrk keskimääräisen annostason tulisi olla moninkertainen (vähintään 40 mg/vrk), jotta simvastatiinipotilaat saavuttaisivat samat terveysvaikutukset (sydän- ja verisuonisairaustapahtumien esto) kuin atorvastatiinipotilaat. Tämä edellyttäisi varovaisen arvion mukaan kymmenien miljoonien eurojen lisäpanostuksia vuosittain.

Statiinien keskimääräiset hoitovuorokausiannokset vuosina 1998–2005 olivat erilaisia eri statiineilla. Erot olivat lähes kolminkertaiset: atorvastatiinin keskimääräinen käytetty annos oli 13 mg/vrk, kun se oli yli 30 mg/vrk fluvastatiinilla. Statiinien erilaisia vuorokausiannoksia selittävät potilaiden yksilölliset ominaisuudet, hoidon ensisijainen kohde (kokonais- tai LDL-kolesteroli), hoitotavoite ja noudatettu hoitokäytäntö (vaikuttavan aineen suosiminen). Käytetyt keskimääräiset annokset myös muuttuivat tarkastelujaksolla eri tavoin eri statiineilla, mikä viittaisi siihen että statiinien käyttö vaihtelee eri väestöissä tai hoitokäytännöt vaihtelevat Suomessa mahdollisesti sairaanhoitopiireittäin (Klaukka ja Helin-Salmivaara 2006). Aineistomme rakenne estää laskemasta keskimääräisiä annoksia eri väestöissä kuten peruskorvaukseen tai alempiin erityiskorvauksiin oikeutettujen ryhmissä. Tämä tieto voitaisiin selvittää yhdistämällä Kansaneläkelaitoksen resepti- ja korvausoikeuksien tiedostot henkilötasolla.

Tutkimuksen perusteella statiinien määritellyt vuorokausiannokset (DDD) eivät ole keskimäärin käytettyjä annoksia Suomessa. Annosvastaavuudet tulisi selvittää tutkimusnäyttöjen perusteella esimerkiksi järjestelmällisten katsausten meta-analyyseistä. Aitoon näyttöön perustuvat vertailut edistävät hyviä investointeja lääkehoitoihin.

Lähteet

- CTT 2005 (2005). Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration.: Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 366, 1267–78.
- Edwards, J.E. & Moore, R.A. (2003). Statins in hypercholesterolaemia: a dose-specific meta-analysis of lipid changes in randomised, double blind trials. *BMC Family Practice* 4, 18.
- Klaukka, T. & Helin-Salmivaara, A. (2006). Simvastatiinin asema vahvistui vuonna 2005. *Suom Lääkäril* 61, 1998–2001.
- Kovanen, P.T. & Palomäki, A. (2005). Kolesterolitutkimuksen voitokulku: 20 vuotta Nobelin palkinnosta. *Suom Lääkäril* 60, 5117–22.
- Law, M.R. & ym. (2003). Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 326, 1423.
- Magrini, N. & ym. (1997). Use of lipid-lowering drugs from 1990 to 1994: an international comparison among Australia, Finland, Italy (Emilia Romagna region), Norway and Sweden. *Eur J Clin Pharmacol* 53, 185–9.
- Martikainen, J. & Klaukka, T. (2004). Statiinien käyttö vaihtelee Euroopan maissa: Suomessa keskitasoa. *Suom Lääkäril* 59, 1402–3.
- Martikainen, J. & ym. (1996). Recent trends in the consumption of lipid-lowering drugs in Finland. *J Clin Epidemiol* 49, 1453–7.
- Pentikäinen, P.J. & ym. (2002). Dyslipidemiat. Teoksessa P.J. Neuvonen & ym. (toim.): *Kliininen farmakologia ja lääkehoito*. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 415–27.
- Ruskoaho, H. (2003). Lipidiaineenvaihduntaan vaikuttavat lääkkeet. Teoksessa O. Pelkonen, H. Ruskoaho (toim.): *Lääketeollinen farmakologia ja toksikologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 391–413.
- Suomen Lääketilasto. Lääkelaitos. www.nam.fi, haettu 11.8.2006.
- Walley, T. & ym. (2004). Variations and increase in use of statins across Europe: data from administrative databases. *BMJ* 328, 385–6.
- Walley, T. & ym. (2005). Trends in prescribing and utilization of statins and other lipid lowering drugs across Europe 1997–2003. *Br J Clin Pharmacol* 60, 543–51.
- Väistö, T. & ym. (2005). Valtimotautitapahtumien riskiryhmään kuuluvien ja kuulumattomien kolesterolitasot FINRISKI 2002 –tutkimuksessa. *Suom Lääkäril* 60, 389–94.

SESSIO 3

Johtaminen ja organisointi

Henkilöstöjohtaminen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Lauri Kokkinen, Anne Konu ja Elina Viitanen

Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos

Johdanto

Henkilöstövoimavarojen nähdään yleisesti muodostavan merkittävän osuuden organisaatioiden arvosta. Henkilöstönsä huomioon ottamiseen sekä kehittämiseen panostavat organisaatiot selviävät tutkimusten mukaan parhaiten muuttuvissa olosuhteissa. Kuitenkaan henkilöstön ja sen johtamisen tärkeyttä ei monin paikoin ymmärretä julkisella sektorilla. Johtajia kannustetaan opiskelemaan asioiden johtamista ihmisten johtamisen sijaan, eikä käytännön henkilöstöjohtamiselle luoda riittäviä mahdollisuuksia. Puutteellinen ihmisten johtaminen aiheuttaa tyytymättömyyttä henkilökunnassa ja estää näin henkilöstövoimavarojen tehokkaan hyödyntämisen. (Hall & Mirvis 1996; Kotter 1996, 23; London & Mone 1999; Nakari 2000, 93; Kauhanen 2003; Koivuniemi 2004, 18, 54;)

Tässä tutkimuksessa on tarkastelussa henkilöstöjohtamisen osa-alue, jossa johtajat ovat suoraan tekemisissä alaistensa kanssa. Tutkimuksessa tarkastellaan hyvän henkilöstöjohtamisen osatekijöitä ja niiden toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien arvioissa. Tutkimuksen punaisena lankana on kirjallisuuden pohjalta muodostettu hyvä henkilöstöjohtamiskäytäntö, joka sisältää kuusi komponenttia. Ne ovat motivointi, kommunikointi ja organisaation sisäinen viestintä, henkilöstön kehittäminen, johtajuuden jakaminen, arvostus ja tuki sekä oikeudenmukaisuus.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus on osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista käsittelevää tutkimusta. Tutkimusaineistona käytetään vuonna 2003 Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen lähiesimiestason yläpuolella toimiville keskijohtajille suoritettua kyselyä. Kysely lähetettiin 703 keskijohtajalle ja vastaukset saatiin 433 johtajalta, jolloin vastausosuus oli 62 %. Kyselylomakkeista valittiin hyvän henkilöstöjohtamiskäytännön perusteella tutkimuksessa käytetyt henkilöstöjohtamiseen liittyvät kysymykset. Käytetyt kysymykset sisälsivät viisi vastausvaihtoehtoa. Tulossiossa kysymykset tehtiin kaksiluokkaisiksi yhdistämällä kaksi positiivisinta vastausvaihtoehtoa ja muut vaihtoehdot omiksi luokikseen. Tuloksissa esitellään kahden positiivisimman vaihtoehdon prosentiosuuksia.

Tulokset

Keskijohtajat näkivät itsensä yleisesti vuorovaikutteisina (johtamani lähiesimiehet tulevat neuvottelemaan kanssani 72,6 %), vastuuta jakavina (jaan vastuuta työyksikössäni 83,9 %) ja alaisiaan ymmärtämään pyrkivinä (pyrin ymmärtämään omaa ja muiden käyttäytymistä ja sen myötä kehittymään johtajana 89,3 %) johtajina. Sen sijaan he näkivät puutteita ylempään johdon tavassa johtaa. Harvempi kuin yksi viidestä keskijohtajasta arvioi saavansa esimieheltään palautetta siitä,

Taulukko 1. Vastaajien (n = 433) toimialueen yhteys hyviin henkilöstöjohtamiskäytäntöihin (%)

	Erikois- sairaan- hoito (n = 153)	Terveys- keskus (n = 116)	Sosiaali- toimi (n = 95)	Sosiaali- ja terveystoimi (n = 67)	Merkitse- vyys
MOTIVOINTI					
Miten paljon voit vaikuttaa alai- suuteesi tulevan henkilökunnan valintaan	69,5	81,7	89,3	89,4	b
Miten paljon voit vaikuttaa tulos- yksikkösi hankintoihin	71,0	83,6	88,2	87,9	c
Miten paljon voit vaikuttaa tulosyk- sikkösi toiminnan suuntaamiseen	70,9	79,3	87,1	87,9	c, d, e
Miten paljon voit vaikuttaa toiminta- alueesi budjettiin	34,2	57,7	64,1	59,1	a, b, c
KOMMUNIKOINTI JA ORGANISAA- TION SISÄINEN VIESTINTÄ					
Käyn tuloskeskusteluja ja varmis- tan, että johtamani alue saavuttaa tavoitteet	47,3	37,4	52,6	67,7	e
Organisaatiossamme välitetään avoimesti tietoa	52,9	80,9	77,9	74,3	a, b, c
Tiedonkulku organisaation ylemmil- tä johtotasolta lähiesimiestasolle on sujuvaa	45,8	67,8	67,0	66,2	a, b
Tiedonkulku organisaation lähiesi- miestasolta ylemmille johtotasolle on sujuvaa	51,3	72,1	67,4	64,6	a
Tiedonkulku johtajakollegojen välillä on sujuvaa	59,2	71,9	69,5	67,7	e
KEHITTÄMINEN					
Oletko käynyt ns. kehittämiskeskus- teluja alaistesi kanssa	53,3	47,8	63,2	78,8	b, c, e
Oletko käynyt ns. kehittämiskeskus- teluja esimiehesi kanssa	40,7	25,9	52,2	55,3	a, d, e
JOHTAJUUDEN JAKAMINEN					
Perustan työryhmiä ja edistän tiimi- työtä johtamalla alueella	49,4	50,0	65,9	69,3	e
Etsin yhdessä alaisteni kanssa uusia toimintamahdollisuuksia	79,0	81,1	94,8	95,4	b
ARVOSTUS JA TUKI					
Esimieheni suhtautuu rakentavasti ja innostavasti ehdotuksiini	58,3	61,0	62,8	57,6	d
Miten suuren osan työajastasi arvioit käyttäväsi nykyisin henkilöstön johtamiseen	8,7	9,5	6,4	11,9	b, c, d, e
Miten suuren osan työajastasi haluai- sit käyttää henkilöstöjohtamiseen ollaksesi hyvä johtaja	11,5	7,9	19,1	31,8	b, c, d, e

Note:

a = merkitsevää ero erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen välillä, p < 0,01

b = merkitsevää ero erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä, p < 0,01

c = merkitsevää ero erikoissairaanhoidon ja sosiaali- ja terveystoimen välillä, p < 0,01

d = merkitsevää ero terveyskeskuksen ja sosiaalitoimen välillä, p < 0,01

e = merkitsevää ero terveyskeskuksen ja sosiaali- ja terveystoimen välillä, p < 0,01

f = merkitsevää ero sosiaalitoimen ja sosiaali- ja terveystoimen välillä, p < 0,01

miten oli onnistunut työssään, ja alle puolet keskijohtajista katsoi tarvitessaan saavansa tukea esimieheltään. Vastajien arvioissa omista henkilöstöjohtamiskäytännöissä oli merkitseviä eroja eri sukupuolten, ammattitaustojen sekä toimialojen välillä.

Taulukossa 1 kuvataan vastaajien toimialueen yhteys hyvän henkilöstöjohtamiskäytännön toteutumiseen niiden kysymysten osalta, joissa havaittiin merkitseviä eroja toimialojen välillä. Toimialojen välillä oli merkitseviä eroja jokaisen henkilöstöjohtamisen komponentin kohdalla. Eniten merkitseviä eroja oli erikoissairaanhoidon ja muiden toimialojen välillä.

Pohdinta

Erikoissairaanhoidossa tiedon avoin välittäminen oli merkitsevästi muita toimialoja harvinaisempaa. Sen sijaan lääkäritaustaiset johtajat eivät poikenneet merkitsevästi muun taustan omaavista johtajista tiedon avoimessa välittämisessä. Tämä on huomion arvoista, sillä erikoissairaanhoidon johtajista 77 % oli lääkäritaustaisia. Voidaan kysyä, ovatko puutteet tiedon avoimessa välittämisessä ominaisia juuri erikoissairaanhoidolle toimialana. Erikoissairaanhoidossa johtamistasoja on enemmän kuin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Toimialalle on ominaista myös osaamisen jakautuminen lukuisiin erikoisaloihin.

Kokonaisuudessaan tulokset vahvistavat käsitystä, että henkilöstön tärkeyttä ei vielä täysin ymmärretä sosiaali- ja terveydenhuollon ylemmillä johtotasoilla. Keskijohtajien omista arvioista voidaan sen sijaan nähdä pyrkimys parempaan ihmisten johtamiseen. Lähes 90 % keskijohtajista pyrki ymmärtämään omaa ja muiden käyttäytymistä eri tilanteissa ja sen myötä kehittämään johtajana. Tulos on rohkaiseva ja kertoo siitä, että keskijohtajat ovat valmiita kyseenalaistamaan omia näkemyksiään ja lähestymään alaisiaan ihmisyyden kautta. He eivät pidä itseään synnynnäisinä johtajina, vaan uskovat näkemykseen hyväksi johtajaksi kasvamisesta ja kehittämisestä.

Lähteet

- Hall, Douglas T. & Mirvis, Philip H. (1996) *The New Protean Career. Psychological success and the Path with a Heart*. Teoksessa Douglas T. Hall & kumppanit (toim.): *The Career is Dead – Long Live the Career*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 15–45.
- Kauhanen, Juhani (2003) *Henkilöstövoimavarojen johtaminen*. Vantaa: Dark Oy.
- Koivuniemi, Tiina (2004) *Henkilöstövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla. Henkilöstötilinpäätöksillä ja kehittämishankkeilla hyvää yhteistyötä*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Kotter, John P. (1996) *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- London, Manuel & Mone, Edward M. (1999). *Continuous Learning*. Teoksessa Daniel R. Ilgen & Elaine D. Pulakos (toim.): *The Changing Nature of Performance: Implications for Staffing, Motivation and Development*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 119–153.
- Nakari, R. 2000. *Muuttuuko työelämä - ja mihin suuntaan?* Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Jaettua johtajuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa?

Elina Viitanen ja Anne Konu, Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos

Johdanto

Suomessa käynnissä olevien sosiaali- ja terveyspalveluiden reformien taustaselvityksissä esitetään haasteita alan johtamiselle. Henkilöstöjohtamisessa näitä ovat mm. uusien työkäytäntöjen käyttöönoton tukeminen, henkilöstön sitouttaminen, motivointi ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. Tähän liittyen tutkimuksessa selkiytetään käsitettä ”jaettu johtajuus” sekä tarkastellaan sen esiintymistä sosiaali- ja terveysalan keskijohdon omaa johtamista koskevissa arvioissa.

Jaettu johtajuus on vastuullisuuteen perustuva toimintatapa, missä kaikki työyhteisön jäsenet osallistuvat sen toimintaan. Jaetun johtajuuden avulla on mahdollista lisätä osallistumista päätöksentekoon, kehittää yhteistoiminnallisia ihmissuhteita, vahvistaa osallistujien sitoutumista, vastuullisuutta ja velvollisuutta, varmistaa tehokkaiden toimintatapojen sekä ideoiden ja projektien läpivienti, vahvistaa osallistujien moraalialia ja parantaa palvelun laatua. Jaetussa johtajuudessa ei välttämättä ole määrättyä johtajaa, vaan johtaminen hoidetaan tiimeissä. (Porter-O’Grady, 1992; Porter-O’Grady ym.1997; McCrea, 1998; Yukl, 1998; Pearce et al., 2001; Pearce and Sims, 2002; Sydänmaanlakka, 2004; Ropo et al., 2005).

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona käytettiin yhden yliopistollisen sairaalan vastuualueen sosiaali- ja terveystoimen kuntien ja kuntayhtymien keskijohdolle (lähiesimiestason yläpuolella toimiville johtajille) suunnattua kyselyä. Kysely lähetettiin 703 johtajalle, joista 433 vastasi. Vastausprosentti oli 62. Tutkimuslomakkeesta valittiin kirjallisuuden perusteella ne kysymykset, jotka kuvastivat jaetun johtajuuden toimintatapoja. Jaettuun johtajuuteen kuuluvista yksittäisistä muuttujista muodostettiin summamuuttuja, jossa oli 28 kysymystä. Kysymykset käsittelivät palautetta ja tukea, tiedonkulkua, yhteistyötä ja sosiaalisia suhteita, kannustusta, rohkaisua ja arvostusta. Tulokset tuotettiin kvantitatiivisin menetelmin jakaumina, ristiintaulukoina, sekä regressioanalyysin avulla.

Tulokset

Johtajista noin 57 % oli naisia, keski-ikä oli noin 51 vuotta, työkokemusta sosiaali- ja terveyssektorilla johtajilla oli keskimäärin 25 vuotta, josta nykyisen tasoisessa johtamistehtävässä keskimäärin 10 vuotta. Tämä aineiston tuottama kuva sosiaali- ja terveysalan keskijohdosta vastaa hyvin tilannetta koko Suomessa (Opetusministeriö, 2004). Yli kolmannes johtajista oli työssä erikoissairaanhoidossa ja lähes puolet vastaajista oli ammatiltaan lääkäreitä.

Jaetun johtajuuden summamuuttaja oli normaalisti jakautunut, sen keskiarvo oli 14.4, minimi oli 2.0 ja maksimi 26.0 sekä keskihajonta 4.3. Jaetun johtajuuden mukaista toimintaa oli eniten suurissa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen organisaatioissa, joissa johtajina toimivat ei-lääkäritaustaiset naisjohtajat (Taulukko 2). Johtajan ikä tai työkokemus ei ollut yhteydessä jaetun johtajuuden toimintatapojen esiintymiseen.

Taulukko 1. Taustamuuttujien jakaumat

Sukupuoli	N	%
nainen	244	56.9
mies	185	43.1
Toimialue		
erikoissairaanhoido	153	35.5
terveyskeskus	116	26.9
sosiaalitoimi	95	22.0
sosiaali- ja terveystoimi	67	15.5
Johtajan tausta		
lääkärिताustainen johtaja	207	48.0
hoitajataustainen johtaja	94	21.8
sosiaalitaustainen johtaja	103	23.9
kasvatusalan johtaja	19	4.4
muu	8	1.9
Johtaman yksikön koko		
alle 15 henkilöä	45	10.6
16–40 henkilöä	65	15.3
41–100 henkilöä	120	28.2
101–300 henkilöä	135	31.7
yli 300 henkilöä	61	14.3

Pohdinta

Tulosten perusteella jaetun johtajuuden ituja on löydettävissä tutkituista organisaatioista, joten tulosta voi pitää myönteisenä erityisesti henkilöstön kehittämisen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on syntymässä kollektiivisempi käsitys työstä ja johtamisesta. Eniten jaetun johtajuuden toimintamallin mukaista toimintaa oli suurempien yksiköiden naispuolisilla johtajilla, jotka toimivat joko terveyskeskuksissa tai sosiaalitoimessa. Heidän ammattitaustansa oli useimmiten muu kuin lääkäri. Naisjohtajille jaettu johtajuus näyttäytyi eniten kirjallisuudessa kuvatuksi yhteisen tekemisen prosessiksi, jossa jaetaan kokemuksia, keskustellaan, neuvotellaan ja luodaan yhteisiä merkityksiä arjen tapahtumille. (vrt. McRea 1998, Ropo ym. 2005, Vuori 2005).

Erikoissairaanhoidossa suurin osa johtajista on lääkäritaustaisia miesjohtajia. Lääkäreiden orientaatio erikoissairaanhoidossa painottuu vahvasti oman senioriteetin vahvistamiseen ja specialiteetin syventämiseen. Tässä orientaatioissa johtaminen kokonaisuudessaan on jäänyt taka-alalle (Viitanen ym.2002, Lehto ym.2003)

Kuntien terveyskeskukset ja sosiaalitoimi edustavat organisaatioita, joissa hierarkiset rakenteet ovat huomattavasti matalammat kuin erikoissairaanhoidossa. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että jaetun johtajuuden toimintamallin mukaista toimintaa on niissä enemmän kuin erikoissairaanhoidossa. Matalat ja löyhäsidoituneet rakenteet antavat mahdollisuuden tiimitoimintaan ja käytäväjohtamiseen. Terveyskeskukset ja sosiaalitoimi näyttäisivät kollektiivisen toiminnan ja jaetun johtajuuden näkökulmasta olevan henkilöstölle tulevaisuuden ihannetyöpaikkoja.

Taulukko 2. Merkitsevät erot jaetun johtajuuden summamuuttujassa johtajan sukupuolen, toimialan ja ammatillisen taustan mukaan

Sukupuoli	mean	SD	sign.
nainen	15.2	4.2	
vs. mies	13.4	4.2	< .001
Toimialue			
erikoissairaanhoido	13.4	4.5	
vs. terveyskeskus	14.5	4.2	< .05
vs. sosiaalitoimi	15.4	3.5	< .001
vs. sosiaali- ja terveystoimi	15.3	4.6	< .01
terveyskeskus	14.5	4.2	
vs. sosiaalitoimi	15.4	3.5	ns
vs. sosiaali- ja terveystoimi	15.3	4.6	ns
sosiaalitoimi	15.4	3.5	
vs. sosiaali- ja terveystoimi	15.3	4.6	ns
Johtajan tausta			
lääkärिताustainen johtaja	13.4	4.3	
vs. hoitajataustainen johtaja	15.9	4.2	< .001
vs. sosiaalitaustan omaava johtaja	15.1	3.7	< .01
vs. kasvatusalan johtaja	15.7	5.0	< .05
hoitajataustainen johtaja	15.9	4.2	
vs. sosiaalitaustan omaava johtaja	15.1	3.7	ns
vs. kasvatusalan johtaja	15.7	5.0	ns
sosiaalitaustan omaava johtaja	15.1	3.7	
vs. kasvatusalan johtaja	15.7	5.0	ns

Lähteet

- Lehto, Juhani & Viitanen, Elina & Autio Ville ja Lääkäri 98- tutkimuksen ryhmä (2003). Minkälaiset lääkärit nousevat johtaviin asemiin? Suomen Lääkärilehti 58 (51-52), 5209–5213.
- McRea, M.A.(1998). Personal reflections on early learning of shared leadership. *Seminars for Nurse Managers*, 6 (2), 83–88.
- Opetusministeriö (2004). Sosiaali- ja terveysalan johtamiskouluustyöryhmän muistio 2004:30.Helsinki: Opetusministeriö.
- Pearce, C.L & Sims, H.P. Jr. (2002). Vertical Versus Shared Leadership as Predictors of the Effectiveness of Change Management Teams: An Examination of Aversive, Directive, Transactional, Transformational, and Empowering Leader Behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* (6)2, 172–197.
- Pearce, C.L & Perry, M.L & Sims, H.P. Jr. (2001). Shared leadership: Relationship management to improve NPO effectiveness. Teoksessa T.D. Connors (toim.). *The nonprofit handbook: Management*. New York:Wiley, 624–641.
- Porter-O’Grady, T (1992). *Implementing Shared Governance. Creating a Professional Organization*. St.Louis: Mosby Year Book.
- Ropo, Arja & Eriksson, Marja & Sauer, Erika & Lehtimäki, Hanna & Keso, Heidi & Pietiläinen,Tarja& Koivunen, Niina(2005). *Jaetun johtajuuden särvät*. Helsinki: Talentum.
- Sydänmaalakka, Pentti (2004). Älykäs johtajuus. Ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Helsinki: Talentum.
- Viitanen Elina & Wiili-Peltola, Erja & Lehto Juhani (2002). Osastonlääkäri lähiesimiehenä. Suomen Lääkärilehti 57(38), 3755-3757.
- Vuori, Jari (2005). Päätöksenteko dialogisesti oppivassa ja johdetussa työyhteisökulttuurissa. Teoksessa: Jari Vuori (toim.) *Terveys ja johtaminen*. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki:WSOY, 218–259.
- Yukl, G.A. (1998), *Leadership in organizations* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Osastofarmasia/kliininen farmasia – uusi työnjaollinen paikka farmaseuteille ja proviisoreille sairaalassa ja terveystieteiden keskuksessa

Eila Virkkunen, Tampereen yliopisto

Johdanto

Terveydenhuollossa ammattiryhmien työtä ja suhteita määrittävät toimivalta-alueet ja niiden rajat. Työnjakoa määritellään sekä makro- että mikrotasolla. Toimivalta-alueet ja niiden rajat eivät ole pysyviä, vaan koko ajan työnjaon kentällä tapahtuu muutoksia ja näihin prosesseihin vaikuttavat monet tekijät sekä makro- että mikrotasolla (Abbott 1988). Tämä tutkimus kohdistuu farmaseuttien ja proviisorien käsityksiin työn- jaollisesta paikastaan sairaala- ja terveystieteiden keskuksissa. Uutta työnjaollista paikkaa farmaseutit ja proviisorit ovat hakeneet osastofarmasian ja kliinisen farmasian palveluiden kautta.

Osastofarmasia/kliininen farmasia pyrkii muuttamaan farmasian palveluita enemmän potilaskeskeiseen suuntaan ja lisäämään yhteistyötä ja vuorovaikutusta potilasta hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tutkimus kiinnittyy työpaikkatasoon. Tutkimus myös peilaa suomalaisten farmaseuttien ja proviisorien käsityksiä omasta paikastaan ruotsalaisten farmaseuttien ja proviisorien käsityksiin. USA:ssa, Englannissa ja monissa muissa Euroopan maissa kliinisellä farmasialla on jo pitkät perinteet. Pohjois-maihin se on tehnyt hiljalleen tuloaan, hakenut paikkaansa ja toteuttamistapojaan. Abbott (1988) puhuu kolmesta areenasta, missä ammattikunnat voivat esittää jurisdiktionaalisia vaatimuksia: lainsäädännöstä, julkisuuskuvasta ja työpaikasta. Työpaikka on tärkeä areena, mutta vähemmän tutkittu.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineiston keräystavat olivat avoin kyselylomake ja osallistuva havainnointi. Suomalaisista farmaseuteista 19 ja proviisoreista 6 vastasi kyselyyn. Vastaavat luvut ruotsalaisessa aineistossa olivat 12 farmaseuttia ja 9 proviisorina. Osallistuvan havainnoinnin kautta saatu aineisto on kerätty sairaalassa sekä Suomessa että Ruotsissa. Tutkimus soveltaa laadullisia menetelmiä. Aineistoa olen lukenut ammattikulttuurin näkökulmasta.

Tulokset

Suomalaiset farmaseutit ja proviisorit näkevät toimintansa ytimeksi lääkehuollosta huolehtimisen, jonka he mieltävät laajana kokonaisuutena. Se tarkoittaa lääkkeiden toimitusvarmuutta, lääkkeiden rationaalista käyttöä, taloudellisuutta ja turvallisuutta. Farmaseutit ja proviisorit näkevät itsensä omalta osaltaan lääketurvallisuuden takaajina, mutta tunnistavat toimintansa puutteet ja rajalliset mahdollisuutensa vaikuttava lääketurvallisuuteen. Osastofarmasian/kliinisen farmasian palveluiden lisäämisen he mieltävät tärkeäksi uudenaikaiseksi toiminnaksi sekä lääketurvallisuuden että taloudellisuuden kannalta. Suomalaiset farmaseutit ja proviisorit tuovat esille ”farmaseuttisen työn tarpeellisuutta vuodeosastolla” ja painottavat, että heillä ”olisi potilaan hoitoa ajatellen paljon annettavaa, joka nykyisessä toiminnassa jää toteutumatta.” Farmaseutit ja proviisori-

rit tuovat myös esille, että ”nykyisenkaltaisessa toiminnassa farmasian ihmisillä on liian vähän tietoa siitä, kuinka hoitohenkilökunta lääkehoitoa vuodeosastoilla toteuttaa, millaisia ongelmia ja lääkitysvirheitä vuodeosastoilla tapahtuu.” Yhtenä perusteluna osastofarmasialle/kliiniselle farmasialle farmaseutit ja proviisorit myös esittävät, että farmaseutin työskennellessä osastolla sairaanhoitajalle jää enemmän aikaa potilaalle. Tämä retoriikka painottaa lääkkeisiin kohdistuvaa teknistä työtä, ei niinkään potilastyötä farmaseutin tekemänä. Osastofarmasian/kliinisen farmasian kautta avautuvan uuden työnjaollisen paikan farmaseutit ja proviisorit näkevät ammatin kehittämisen kannalta tärkeäksi.

Suomessa osastofarmasian/kliinisen farmasian ammatillista projektia on viety eteenpäin monella tavalla. Toive osastofarmasiasta on saattanut tulla vuodeosastolta päin. Joskus on käyty pitkiä neuvotteluja eri osapuolten kanssa ja viety läpi kokeiluprojekteja, jotka ovat sitten muuntuneet vakiintuneeksi osastofarmaseuttiseksi toiminnaksi. Onnistuneiden projektien lisäksi on olemassa myös epäonnistuneita. Uudenlaisen toiminnan aloittamiseksi on vaadittu taloudellista näyttöä sen kannattavuudesta ja kun ei ole ollut esittää tutkimuksellista tietoa siitä, toiminta on jäänyt toteutumatta.

Osastofarmasian/kliinisen farmasian hitaalle kehitykselle Suomessa on esitetty useita syitä. Niitä ovat muun muassa tiukka apteekkilainsäädäntö, koulutuksellisten valmiuksien puute, ammattien väliset ja farmasian alan sisäiset ristiriidat ja julkisen sektorin talousongelmat (Hiitola 2003, 87–96). Omassa tutkimuksessani esteiksi osastofarmasian/kliinisen farmasian eteenpäin viemiselle farmaseutit ja proviisorit löysivät monia syitä. Niitä olivat resurssien puute (aika, raha, henkilökunta), koulutuksen puute (yliopistolta odotettiin suurempaa panostusta), ennakkoluulot, asenteet, rutinoituminen, byrokraatia, reviiriristi-riidat ja myös oman rohkeuden ja innovatiivisuuden puute. Amerikkalainen tutkimus on tuonut esille, että kliinisen farmasian lisääminen koulutukseen on rohkaisut kliinisen farmasian kehittämistä sairaalassa (Hornosty 1989), mutta tutkimus on myös osoittanut, että opetuksessa saadut teoreettiset tiedot ja tekniset taidot eivät yksinomaan riitä innovatiiviseen kliinisen farmasian kehittämiseen. Opiskelijoille on opetettava myös uudenlaisen roolin luomista ja moniammatillisissa professionaalisissa organisaatioissa tarvittavia neuvottelutaitoja (Broadhead & Facchinetti 1985). Tutkimuksessani farmaseutit ja proviisorit pohdiskelivat myös sitä, että heidän tietojansa ja taitojansa ei osata aina käyttää hyväksi, eivätkä he itse osaa mainostaa osaamistaan. Puuttuu retoriikkaa. Asia ei ole farmasian ammatillisella kentällä pelkästään suomalainen ilmiö. Siitä on keskusteltu myös farmasian alan kansainvälisissä kongresseissa. Uusien tehtävien vastaanotto vaatii resursseja ja myös kykyä ja taitoa hankkia näitä resursseja.

Ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit määrittelevät työnsä ja paikkansa hyvin pitkälle samansuuntaisesti kuin suomalaiset kollegansa. Työ on lääkkeiden toimitusvarmuutta ja siihen liittyvää informaatiota ja ohjeistusta. Työ on lääketurvallisuustyötä ja siihen liittyy paljon kontrolloimista. Osastofarmasian/kliinisen farmasian he näkevät uudeksi tärkeäksi työnjaolliseksi paikaksi. Vuodeosastolla tehtävästä farmaseuttisesta työstä tulee esille monia nimityksiä: kliniko-rienterad farmaci, klinikfarmaci, klinisk farmaci ja avdelnings-farmaci. Tämä kertoo uudenlaisen toiminnan ilmaantumisesta, joka hakee muotoaan ja paikkaansa. Kliininen farmasia on myös ruotsalaisille proviisoreille ja farmaseuteille uusi ammatillinen haaste. Ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit uskovat farmaseuttisen työn tulevaisuudessa olevan enemmän vuodeosastoilla, lähempänä potilasta ja vähemmän tavarankäsittelyä. He tuovat esille, että ”nykyaikaistaminen on välttämätöntä, muuten katoaa sairaalafarmasia sellaisena kuin me sen tänään tulkitsemme. On välttämätöntä siirtää fokus logistiikasta farmaseuttisen tiedon jakamiseen aina potilaalle asti.” Käytännön tasolle kliinistä farmasiaa on jo viety. Työ on koettu tarpeelliseksi ja palkitsevaksi. ”Potilaat eivät ole kyseenalaistaneet työtäni - päinvastoin, he ovat pitäneet sitä tarpeellisena ja vaikuttaa siltä, että he haluavat tämän farmaseuttisen palvelun jatkuvan. Kyllä monet traditiot ja tavat voidaan murtaa ja työtä muuttaa, jos me proviisorit työskentelemme käytännössä yhdessä

sairaanhoidon kanssa ja tapaamme potilaita. Palautteen saanti sekä potilailta että lähiammattilaisilta on erittäin tärkeää. Ilman sitä vahvistusta ei voi tätä työtä jatkaa ja kehittää”. Retoriikka ei yksin riitä. Tarvitaan konkreettista toimintaa toiminnan vakiinnuttamiseksi ja luottamuksen saamiseksi. Ruotsissa käytiin aktiivista keskustelua siitä, millaista kliinistä farmasiaa Ruotsissa tarvitaan. Esteiksi kliinisen farmasian kehitykselle ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit näkevät vanhat traditiot, kulttuurin, vanhahtavat ajattelutavat ja vakiintuneet käytännöt ja menettelytavat. Selvää eri ammattikuntien välistä reviiirijattelua (lääkärit, sairaanhoitajat) on myös havaittavissa. Oman organisaation (Apoteket AB) katsotaan myös estävän kliinisen farmasian palveluita, joita voitaisiin vuodeosastoille antaa, koska tehokkuusmittauksissa näitä palveluita ei lasketa hyväksi. Kliinisen farmasian mukanaan tuomaa lisäarvoa ei osata hinnoitella. Toisaalta tulee esille, että Apoteket AB tukee kliinisen farmasian kehittämistä, mutta organisaation omat ongelmat ovat olleet esteenä. Apoteket AB:n katsottiin keskittyneen enemmän avoimuksen apteekkitoiminnan kehittämiseen. ”Ehkä vasta nyt tämä sairaala-apteekin kehittäminen on ollut pinnalla.”

Pohdinta

Sairaalassa ja terveyskeskuksessa työskentelevät farmaseutit ja proviisorit sekä Suomessa että Ruotsissa haluavat farmaseuttisen työn kehittyvän kohti potilaskeskeisempää farmasiaa. Tulevaisuuden työn farmaseutit ja proviisorit haluavat nähdä interaktiivisempaa työtä sekä lähiammattilaisten että potilaiden kanssa kuin nyt. Farmaseuttien ja proviisorien puheissa ja ajatuksissa uudenlainen toimintatapa on ollut helppo hyväksyä, mutta käytännön tasolle osastofarmasian/kliinisen farmasian vieminen on ollut hidasta. Farmaseuttien ja proviisorien asennoitumista osastofarmasiaan/kliiniseen farmasiaan voisi kuvata sisäiseksi kamppailuksi siitä, mikä työssä on tärkeää kehittämisen kannalta. Farmaseuttien ja proviisorien teksteissä ja puheissa kuuluu uuden ammatillisen ideologian vaatimusta. Ammatilliset ideologiat koskevat työn tekemisen tapoja ja tavoitteita niiden toteuttamiseksi. Nämä ideologiat tavallisesti myös hankkivat oikeutusta sille, että suoritettulla työllä tai palvelulla on tärkeä sosiaalinen arvo (Trice 1993, 225).

Amerikkalaisessa professiososiologisessa tutkimuksessa kliininen farmasia on yhdistetty myös terveydenhuollon yleiseen muutokseen. Tutkimuksessa on pohdittu, onko kliinisessä farmasiassa kyse proviisorien tehtäväkentän laajenemisesta vai vain muutaman tehtävän delegoinnista (Mesler 1991). Terveystieteiden toimintaympäristön nopea muuttuminen on luonut omalta osaltaan uudenlaista työnjaollista paikkaa farmaseuttiselle työlle. Lääkehoitojen mahdollisuudet ovat laajentuneet, lääkkeet ovat entistä tehokkaampia ja lääkehoitojen haittoihin on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota. Abbott (1988) on tuonut esille, että ulkoiset tekijät voivat sekä avata että sulkea valtuutusalueita tai professiot etsivät uusia toiminta-alueita. Uutta työnjaollista paikkaansa sekä suomalaiset että ruotsalaiset farmaseutit ja proviisorit perustelevat argumentteinaan turvallinen, taloudellinen ja laadukas lääkehoito. Kaikilla näillä argumenteilla on tärkeä sosiaalinen arvo. Mutta toisaalta on myös kysyttävä sitä, miksi uuden työnjaollisen paikan luominen on ollut hidas prosessi.

Farmaseutit ja proviisorit ovat ajatustasolla valmiita suuntautumaan kohti kliinistä farmasiaa. Oma ammattitaitoa halutaan hyödyntää toisella tapaa kuin nyt. Kliinisen farmasian kansainvälinen kehitys nähdään haasteena ja tähän haasteeseen pyritään vastaamaan omilla ratkaisuilla ja toimintatavoilla. Suomessa puhutaan enemmän osastofarmasiasta, Ruotsissa kliinisestä farmasiasta. Farmaseuttisen hoidon käsite on vähemmän esillä kummassakin maassa. Farmaseuttinen hoito käsitteenä painottaa systemaattista farmaseuttista sitoutumista lääkehoidon ongelmien tunnistamiseen, niiden ratkaisemiseen ja ennalta ehkäisemiseen. Osastofarmasia ja kliininen farmasia käsitteinä kantavat erilaisia hierarkkisia arvoja. Suomessa osastofarmasiaa vuodeosastoilla käytännössä toteuttavat farmaseutit. Proviisorit tekevät taustatyötä kirjoituspyödyksen takaa.

Molemmissa maissa pyritään luomaan uudenlaista työnjaollista paikkaa sairaalafarmasialle. Suhtautuminen uudenaiseen työnjaolliseen paikkaan ei ole yhtenäistä, mutta tulevaisuuden työ halutaan kuitenkin nähdä enemmän interaktiivisena työnä sekä potilaiden että lähiammatilaisten kanssa kuin nyt. Kliinisen farmasian palveluiden kautta pyritään rakentamaan uutta ammatillista kulttuuria.

Johtopäätökset

Osastofarmasia/kliininen farmasia ei ole vielä saanut vankkaa jalansijaa Suomessa eikä Ruotsissa. Farmaseuttien ja proviisorien syvällisemmät suhteet heidän lähiammatilaisiinsa (lääkärit ja sairaanhoitajat) koskien potilaan hoitoa ovat vielä vähäiset. Myös vuorovaikutus potilaiden kanssa on vähäistä. Koulutuksellisten valmiuksien lisäämiseen on panostettava myös yliopistossa, koskien nimenomaan kliinistä farmasiaa sairaalassa. On myös panostettava moniammatillisiin yhteistyötaitoihin ja uudenaisten ammattiroolin luomiseen. On luotava riittävät resurssit osastofarmasialle/kliiniselle farmasialle. On tuotava esille tutkimuksellista tietoa osastofarmasian/kliinisen farmasian hyödyistä. Ammattikulttuurisesti uusi työnjaollinen paikka merkitsee suurta muutosta ja vaatii rajojen ylityksiä ja uudenlaista ajattelutapaa farmaseuteilta ja proviisoreilta ja myös heidän lähiammatilaisiltaan, lääkäreiltä ja sairaanhoitajilta.

Lähteet

- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Broadhead, Robert S. & Facchinetti, Neil J. (1985). Clinical clerkships in professional education: a study in pharmacy and other ancillary professions. *Social Science & Medicine* Vol. 20 (3): 231–240.
- Hiitola, Päivi (2003). *Kliinisen farmasian kehitys ja nykytila Suomessa. Pro gradu-tutkielma. Proviisorin koulutusohjelma, Kuopion yliopisto, sosiaalifarmasian laitos.*
- Hornosty, Roy (1989). The Development of Idealism in Pharmacy School. *Symbolic Interaction* 12 (1):121–136.
- Mesler, Mark A. (1991). Boundary encroachment and task delegation: clinical pharmacists on the medical team. *Sociology of Health & Illness* Vol.13 (3).
- Trice, Harrison M. (1993). *Occupational Subcultures in the Workplace*. New York: ILR Press.

Tietolähteet sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien päätöksenteossa

TtM Outi Simonen, HUS/Hyks Jorvin sairaala, os. L2, outi.simonen@pp.inet.fi

Dosentti Elina Viitanen, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, elina.viitanen@uta.fi

Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, juhani.s.lehto@uta.fi

Johdanto

Erilaisten tietolähteiden vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien päätöksenteossa tiedetään vielä vähän. Tiedon käyttö on rajoittunutta (Woolf ym. 2005, Zwart-van Rijkom ym. 2000), vaikka teknologia kehittyä ja mahdollistaa käyttäjiä yhä laajemman tiedon hyödyntämiseen (Haux ym. 1996).

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhä kasvavat menot edellyttävät päätöksenteon tueksi luotettavaa tietoa (Stoykova ym. 2003). Päätöksentekijän halu käyttää erilaista tietoa hyödyksi on kuitenkin vapaaehtoista (Miettinen & Korhonen 2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat edustavat professionaalista virkamiestyyppeä (Wiili-Peltola 2005), jossa ammattilaisroolit sekä tehtävälueen sisällön tuntemus korostuvat (Zwart-van Rijkom ym. 2000). Tämä voi vaikeuttaa asiantuntijaryhmien tiedon tarpeen yhtenäisen käsityksen muodostumista (Wiili-Peltola 2005).

Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteon tukena tutkimustiedon merkitys on vielä vähäinen (Jones 2002). Sen sijaan päätöksentekijän ammatillinen koulutus ja kokemus (Miettinen & Korhonen 2005, Isohanni ym. 2004, Jones 2002, Manias & Street 2001) sekä ammattilehdet ja oman alan tieteelliset julkaisut (Isohanni ym. 2004, Rekola 2003) vaikuttavat päätöksentekoon. Myös asiantuntijoiden laatimia suosituksia (Roine ym. 2003), potilaan näkemyksiä, paikallisia hoitokäytäntöjä sekä resursseja (Isohanni ym. 2004) pidetään tärkeinä tietolähteinä.

Tässä esitettävä artikkeli on väitöskirjan osatutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon keskijohdon arvioita päätöksentekoon vaikuttavista tietolähteistä sekä tutkittavien ammattitaidon, toimialueen, sukupuolen, johtamisen työkokemuksen ja iän yhteyttä niihin. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: 1) Minkälaisen arvion sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat antavat päätöksentekoon vaikuttavista heille esitetyistä tietolähteistä? 2) Eroavatko johtajien arviot päätöksentekoon vaikuttavista tietolähteistä ammattitaidon, toimialueen, sukupuolen, johtamisen työkokemuksen tai iän suhteen?

Aineisto ja menetelmät

Aineisto koottiin päätöksenteon tietoperustaan liittyvällä kyselylomakkeella, joka sisälsi 22 kysymystä. Kohderyhmänä oli yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueen keskijohto (N = 703) vuonna 2003. Vastaajat (N = 404) olivat lääkärijohtajia (n = 207), hoitajajohtajia (n = 94) ja sosiaalijohtajia (n = 102). Lääkärit olivat ylilääkäreitä sekä johtavia lääkäreitä ja hoitajat ylihoitajia sekä johtavia hoitajia. Sosiaalijohtajat olivat sosiaalipalvelun eri sektoreilta. Vastaajien toimialueena oli erikoissairaanhoido (n = 150), perusterveydenhuolto (n = 115) sekä sosiaalihuolto (n = 138). Naisia oli 55 % ja miehiä 45 %. Iältään vastaajista valtaosa oli 50–59-vuotiaita (51 %) tai 40–49-vuotiaita (32 %). Vastaajista enemmistöllä (34 %) oli kokemusta alle 5 vuotta ja lähes yhtä monella (32 %) oli kokemusta yli 15 vuotta. Aineisto ryhmiteltiin faktorianalyyseillä. Lisäksi tarkasteltiin yksittäisten tietolähteiden osuutta koko aineistossa sekä niiden yhteyksiä tutkittavien

taustatekijöihin. Tulokset kuvataan prosentteina. Eri ryhmien välinen tilastollinen merkitsevyys testattiin Khiin- neliötestillä.

Tulokset

Faktorianalyysi tuotti 22 muuttujasta kuusi faktoria: organisaatiossa sisäisesti dokumentoitu tieto, kuntatieto, julkaisutieto, valtakunnallinen tieto, ammattitieto sekä arkitieto. Näistä organisaatiossa sisäisesti dokumentoitu tieto oli selkein kokonaisuus.

Tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtajat pyrkivät hyödyntämään erilaisia tietolähteitä päätöksenteossa (Taulukko 1). Koko aineistossa arvioitiin eniten vaikuttaviksi tietolähteiksi organisaation talousarvio, ammatillinen kokemus ja koulutus sekä oman yksikön toimintasuunnitelma.

Tarkasteltaessa vastaajien ammattitaustan ja toimialueen vaikutusta päätöksenteon tietolähteisiin, joitakin eroja esiintyi. Lääkärijohtajille vaikutti muita enemmän oma ammatillinen kokemus, oman alan ammattilehdistö, oman alan tieteelliset tutkimukset sekä vuorovaikutus oman valtakunnallisen ammattikunnan kanssa. Hoitajajohtajille vaikutti erityisesti oman yksikön toimintasuunnitelmat, oman yksikön tilastot ja selvitykset, organisaation talousarvio sekä

Taulukko 1. Päätöksentekoon vaikuttavan tietolähteen osuus (%) koko aineistosta (N = 404).

Päätöksentekoon vaikuttava tietolähde	Koko aineisto
Organisaation talousarvio	90,8
Oma ammatillinen kokemus	88,1
Oman yksikön toimintasuunnitelmat	86,8
Oma ammatillinen koulutus	86,5
Omilta alaisilta saamani tieto	82,0
Hallinnollisten luottamuselinten päätökset	81,5
Sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntö	81,3
Oman yksikön tilastot ja selvitykset	79,5
Potilaiden vaatimukset ja tarpeet	78,7
Johtamaani toiminta-aluetta koskevat ministeriötason ohjeet ja suositukset	71,9
Vuorovaikutus omien esimiesten kanssa	69,9
Kuntayhtymien ja kuntien väliset sopimukset	67,8
Kunnan tai kuntien päättäjien esittämät vaatimukset	63,5
Organisaation julkaisut	62,6
Oman alan tieteelliset tutkimukset	54,6
Organisaation asiakirjat	52,8
Vuorovaikutus oman paikallisen ammattikunnan kanssa	49,6
Oman alan ammattilehdistö	46,0
Muiden vastaavien yksikköjen esimerkki	36,6
Vuorovaikutus oman valtakunnallisen ammattikunnan kanssa	36,5
Kuntalaisten/kaupunkilaisten mielipiteet	29,5
Julkisen sanan kannanotot	9,7

sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntö. Sosiaalijohtajien päätöksentekoon vaikutti muita enemmän sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntö sekä ministeriötason ohjeet ja suositukset.

Erikoissairaanhoidossa muita enemmän päätöksentekoon vaikuttivat oman alan ammattilehdistö, oman alan tieteelliset tutkimukset sekä vuorovaikutus oman valtakunnallisen ammattikunnan kanssa. Perusterveydenhuollossa muita enemmän vaikuttavat tietolähteet olivat kunnan tai kuntien päättäjien esittämät vaatimukset, kuntalaisten/kaupunkilaisten mielipiteet sekä hallinnollisten luottamuselinten päätökset. Sosiaalihuollossa vaikuttivat organisaation asiakirjat, julkaisut ja talousarvio, lainsäädäntö sekä ministeriötason ohjeet ja suositukset.

Kun tarkastellaan naisten ja miesten arvioita päätöksentekoon vaikuttavista tietolähteistä, esiintyi jonkin verran sukupuolten välillä eroja. Miehillä tietolähteistä vaikuttivat naisia enemmän oman alan ammattilehdistö ja tieteelliset tutkimukset sekä vuorovaikutus oman valtakunnallisen ammattikunnan kanssa. Naisille vaikuttivat miehiä enemmän oman yksikön toimintasuunnitelmat, tilastot ja selvitykset, vuorovaikutus omien esimiesten kanssa, organisaation asiakirjat ja julkaisut, lainsäädäntö, kunnan tai kuntien päättäjien esittämät vaatimukset sekä ministeriötason ohjeet ja suositukset. Sen sijaan ikä tai johtamisen työkokemus ei merkitsevästi vaikuta päätöksenteon tietolähteisiin.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin erilaisten tietolähteiden vaikutusta sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekoon ainoastaan keskijohdon näkökulmasta. Tulokset eivät kerro käyttävätkö johtajat arvioimiaan tietolähteitä päätöksenteossa, vaan sen, mitä he mahdollisesti olettivat käyttävänsä.

Tämän tutkimuksen mukaan organisaation talousarvio oli merkittävin tietolähde. Organisaation talousarvio luo taloudelliset mahdollisuudet toimia ja sen vaikutus päätöksenteossa on suuri. Talouden voimakas korostuminen on ymmärrettävää terveydenhuollon kustannusten taiseksi kasvaessa. Talouden kasvua on pyritty hillitsemään muun muassa tuottamalla taloudellista arviointitietoa päätöksenteon tueksi (Ikegami ym. 2002). Kuitenkin tieteellinen tutkimustieto, esimerkiksi taloudellinen arviointitieto, sai tässä tutkimuksessa vaikutukseltaan melkein puolet pienemmän arvon päätöksenteossa kuin talousarvio. Näyttää siltä, että budjettitieto on taloudellista tutkimustietoa tärkeämpi päätöksenteossa. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan taloudellisen arviointitiedon hyödyntäminen on ollut vähäistä (Hoffmann ym. 2002, Ross 1995).

Tulosten mukaan useat tietolähteet vaikuttivat päätöksenteossa. Tämä osoittaa, että johtajat yrittävät hyödyntää erilaisia tietolähteitä laajasti. Tulokset osoittivat myös, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa ammattiprofessiot ja työtehtävät ohjaavat päätöksentekoa. Lääkärijohtajien päätöksentekoon vaikuttivat kokemus, oman alan ammattilehdistö sekä tieteelliset tutkimukset. Hoitajajohtajille vaikuttivat organisaation erilaiset sisäiset tietolähteet ja sosiaalijohtajille lainsäädäntö ja ministeriötason ohjeet ja suositukset. Profiessioiden johtamassa organisaatiossa päätöksenteko voi olla rajoittunutta, jos pitäydytään vain professoille tyypillisissä tietolähteissä (Wiili-Peltola 2005). Tulosten mukaan omaan ammatilliseen kokemukseen sekä koulutukseen luotetaan vahvasti. Myös Maniasen & Streetin (2001) mukaan kokemustietoa hyödynnetään sekä eri ammattiryhmien välillä että niiden sisällä.

Myös päätöksentekijän toimialueella on merkitystä. Erilaisia tietolähteitä hyödynnetään sen mukaan toimitaanko erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa vai sosiaalihuollossa. Erikoissairaanhoidossa korostuu enemmän asiantuntijayksiköiden spesifitieto, perusterveydenhuollossa kuntatieto ja sosiaalihuollossa valtakunnallinen tieto.

Lähteet

- Haux, R. & Grothe, W. & Runkel, M. & Schackert, H.K. & Windeler, H.J. & Winter, A. & Wirtz, R. & Herfarth, C. & Kunzw, S. (1996). Knowledge retrieval as one type of knowledge-based decision support in medicine: results of an evaluation study. *Int J Biomed Comput* 41, 69–85.
- Hoffmann, Chritiane & Stoykova, Boyka & Nixon, John & Glanville, Julie & Misso, Kate & Drummond, Michael (2002). Do Health-Care Decision Makers Find Economic Evaluations Useful? The Findings of Focus Group Research in UK Health Authorities. *Value Health* 5, 71–78.
- Ikegami, Naoki & Drummond, Michael & Fukuhara, Shunichi & Nishimura, Shuzo & Torrance, George & Schubert, Francois (2002). Why Has the Use of Health Economic Evaluation in Japan Lagged Behind that in Other Developed Countries? *Pharmacoeconomics* 20, 1–7.
- Isohanni, Matti & Miettunen, Jouko & Koponen, Hannu (2004). Mikä ohjaa lääkärin kliinistä toimintaa ja päätöksentekoa? *Suomen lääkirilehti* 59, 1415–1417.
- Jones, Paul (2002). Applying evidence and theory to guide clinical decision making implications for asthma management. *Respir Med* 96, 567–571.
- Manias, E. & Street, A. (2001). The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *Int J Nurs Stud* 38, 129–140.
- Miettinen, Merja & Korhonen, Maritta (2005). Käypä hoito –suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa. Tapaustutkimus Käypä hoito -suositusten käytöstä ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksistä päätöksenteon tuesta. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 7/2005. ZipIT-ojo-hankkeen raportti. Kuopio: Kopijyvä.
- Rekola, Leena (2003). Ammattikorkeakoulussa terveydenhuollon koulutuksessa toimivien opettajien tieteellisen tiedon hallintataidot. Akateeminen väitöskirja 2/2003. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsinki: Yliopistopaino.
- Roine, Risto & Kaila, Minna & Nuutinen, Matti & Mäntyranta, Taina & Nuutinen, Lauri & Auvinen, Ossi & Mustajoki, Pertti (2003). Käypä hoito -suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 119, 399–406.
- Ross, Jayne (1995). The use of economic evaluation in health care: Australian decision makers' perceptions. *Health Policy* 31, 103–110.
- Stoykova, Boyka & Drummond, Michael & Barbieri, Marco & Kleijnen, Jos (2003). The lag between effectiveness and cost-effectiveness evidence of new drugs. Implications for decision-making in health care. *Eur J Health Econ* 4, 313–318.
- Zwart-van Rijkom, Jeannette & Leufkens, Hubertus & Busschbach, Jan & Broekmans, Andre & Rutten, Frans (2000). Differences in Attitudes, Knowledge and Use of Economic Evaluations in Decision-Making in The Netherlands. The Dutch Results from the EUROMET Project. *Pharmacoeconomics*. 18, 149–160.
- Wiili-Peltola, Erja (2005). Sairaala muutosten ristipaineessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. HAUS-julkaisuja 1/2005. Savion Kirjapaino Oy.
- Woolf, Steven & Chan, Evelyn & Harris, Russell & Sheridan, Stacey & Braddock, Clarence & Kaplan, Robert & Krist, Alex & O'Connor, Annette & Tunis, Sean (2005). Promoting Informed Choice: Transforming Health Care To Dispense Knowledge for Decision Making. *Ann Intern Med* 143, 293–300.

TedBM-hanke: Haasteena toimipaikkakohtainen terveydenedistämistäktiivisuutta (health promotion capacity) kuvaava vertaistietojärjestelmä

*Matti Rimpelä, Kirsi Wiss ja Anne-Marie Rigoff, Stakes/KHS-ryhmä/TedBM-hanke
(matti.rimpela@stakes.fi),*

Terveyden edistämisen seurantarjestelmiä kehitettäessä keskiössä ovat olleet väestön terveydentilaa ja niihin vaikuttavia elinoloja kuvaavat tiedot ("indikaattorit") ja ohjelma-arviointi. 1990-luvulla kansainvälisessä kirjallisuudessa alettiin pohtia toimintaa kuvaavien tietojen suunnitelmallista keräämistä terveysindikaattoreiden rinnalla. Seuraavaksi keskeisten käsitteiden joukkoon nousivat "capacity-building" ja "health promotion capacity". WHO:n hallintoneuvostolle laaditussa vuoden 2005 Bangkokin Health Promotion kongressin seurantaraportissa korostetaan "capacity-building" - haastetta ja samalla lyhyesti määritellään sen sisältöä: *"Intensify action to built health promotion capacity of Member States.... The term "capacity" refers to not only the expertise of individual practitioners but also capabilities related to policy, partnership, financing, evidence of effectiveness, and information systems."* (WHO 2006)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta ja tukemana Stakes on tämän kesän kuluessa käynnistänyt "Terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmä -hankkeen" (=TedBM-hanke) vuosille 2006–2009. Hankkeen keskeisimmät yhteisöt ovat kunnat, terveyskeskukset ja koulut. Selvittäessämme hankkeen lähtökohia ja teoreettista viitekehystä olemme päätyneet kehittämään terveys- ja ohjelmaindikaattoreiden rinnalla health promotion capacity -käsitteeseen perustuvia mittareita. Ehdotamme suomenkieliseksi vastineeksi yhteisön "terveydenedistämistäktiivisuutta". Tässä kirjoituksessa kuvaamme TedBM-hankkeen tavoitteita ja hahmottelemme terveydenedistämistäktiivisuus -käsitteen tulkintoja muutamalla kirjallisuuspoiminnalla.

TedBM-hanke

Vuoden 2006 alussa valmistellun suunnitelman mukaan TedBM-hankkeen lähtökohdat määräytyvät ensinnäkin laeissa ja kansallisissa ohjelmissa väestön terveyden edistämiseksi asetetuista tavoitteista ja kuntien tehtävistä näiden tavoitteiden saavuttamisessa. Tässä suunnassa kysytään esimerkiksi: Miten kunnan yleishallinnossa on asetettu väestön terveyden lisäämiseen ja väestöryhmittäisten terveyserojen kaventamiseen liittyviä tavoitteita? Miten nämä tavoitteet on omaksuttu eri toimialoilla ja seurataanko niiden toteutumista? Millainen painoarvo terveyden edistämistavoitteilla on kunnan kansanterveystyössä? Miten terveydenhoitopalvelut on järjestetty suhteessa kansallisiin suosituksiin ja oppaisiin?

Toiseksi kuntien terveydenedistämistäktiivisuuden vertailutietojärjestelmän tulee tukea kuntien sekä niiden toimialojen ja yksiköiden *sisäistä arviointia ja vertailukehittämistä*. Kehittämistyön onnistumisen välttämättömänä edellytyksenä on, että kertyvät tiedot koetaan kuntien ja muiden toimipaikkojen sisällä hyödyllisiksi. Kolmanneksi samojen tietojen on mahdollistettava myös *ulkoinen arviointi ja kansallisten toimintatavoitteiden seuranta*. Ulkoisen arvioinnin keskeisiä kriteereitä ovat alueiden ja väestöryhmien välinen tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus.

Tietosisältöjen määrittelyn sekä mittaamisen, tallentamisen ja raportoinnin tulee perustua huolelliseen valmisteluun laajassa yhteistyössä. Tietojen keräämisessä tulee yhdistyä yhtäältä

toimipaikkojen kuormituksen minimoiminen ja toisaalta ainakin kerran vuodessa toteutuva päivittäminen. Erityisesti on varmistettava vertailukelpoisuus toimipaikkojen välillä ja vuodesta toiseen. Tietojärjestelmän tulee myös mahdollistaa tehokas hyödyntäminen kaikkien keskeisten toimijoiden keskuudessa. Hyödyntäjiä ovat samanaikaisesti esimerkiksi kuntalaiset, kunnat, terveyskeskukset, lääninhallitukset, sosiaali- ja terveysministeriön tutkimuslaitokset ja tutkijaryhmät.

Tavoitteena on jatkuvasti toimiva tietojärjestelmä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että järjestelmän ylläpidon ja kehittämisen tulisi kuulua keskeisen valtakunnallisen instituution ydintehtäviin. Tässä hankkeessa lähdetään siitä, että *kuntien terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmä sisältyy Stakesin perustehtäviin ja tietotekninen sovellutus Sotkanettiin*.

Stakes kehittää yhteistyössä kuntien, valtion tutkimuslaitosten, lääninhallitusten, ja alalla toimivien tutkimusryhmien kanssa vuosina 2006–2009 *kaikkia kuntia kattavan yhtenäisen ja suunnitelmallisen kuntien ja kuntapalveluiden terveyden edistämisen seuranta- ja vertailuanalyysijärjestelmän*.

Terveydenedistämisasiivisuus (= TEA)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on pitkään keskusteltu kahdesta eri painotuksesta kansanterveys-työssä ja terveydenhuollon kehittämisessä. 1970-luvulla näitä painotuksia kutsuttiin erityisesti englanninkielisessä perusterveydenhuollon kirjallisuudessa selektiiviseksi ja komprehensiiviseksi. Edellinen korosti tiettyjen ongelmien tutkimukseen perustuvaa osaamista ja siitä rakentuvia toimintaohjelmia, jälkimmäinen taas toiminnan toteutumisyhteisöjen sisäistä tuntemusta ja vahvistamista. Suomalaisittain voitaisiin puhua ongelmalähtöisestä ammatillisesta ja yhteisölähtöisestä voimaannuttavasta toimintalinjasta.

1990-luvun keskustelu health promotion capacity'stä palaa tähän kahtiajakoon. Penelope Hawen työryhmän kaksi raporttia (1997, 1998) täsmensivät käsitteen sisältöä ja soveltamista käytäntöön. Terveyden edistämisen tulokset ymmärretään parhaiten tapahtumien ja toimintojen jonona. TEA:n rakentamisessa tärkeitä vaiheita ovat 1) infrastruktuurin rakentaminen vastaamaan edessä olevaan haasteeseen, 2) yhteisön tai organisaation ongelmanratkaisukyky ja 3) toiminnan ylläpito ja pysyvyys. TEA:n rakentaminen voidaan ymmärtää näkymättömäksi projektiksi, joka ei sinänsä ole toimintaohjelma vaan etenee – jos etenee – yhteisön ”organisaatiokulttuurin syvärakenteessa”. TEA on siis yhteisön ja organisaation, ei yksittäisten yksikköjen tai asiantuntijoiden ominaisuus.

Critical Public Health -lehdessä oli 2000-luvun alussa useita pohdintoja terveydenedistämisasiivisuudesta (esim. Labonte ja Laverack 2001 a ja b; Chapman ym. 2004; Evans 2004). Labonte ja Laverack kuvasivat kolme eri indikaattoriryhmää: TEA indikaattorit ovat eri asia kuin kansanterveysindikaattorit tai ohjelmaspesifiset indikaattorit. Heidän määrittelyssään ”community capacity building describes a generic increase in community groups' abilities to define, assess, analyze and act on health or any other concerns of importance to their members.” He määrittivät yhdeksän TEA:n ulottuvuutta: osallisuus, johtajuus, organisaatorakenteet, ongelmanmäärittely, voimavarojen mobilisoiminen, vastaaminen miksi-kysymykseen, yhteistoiminta, ulkoisten toimijoiden roolit ja ohjelmajohtaminen. Kirjoituksensa toisessa osassa he kehittävät mittareita. TEA olisi ymmärrettävä ohjelmakeskeisten arviointien rinnakkaispoluksi. Se ei siis tee ohjelma-arviointia tarpeettomaksi, mutta tuo mukaan ohjelmia yhdistävän koko yhteisöä koskevan ulottuvuuden. Tekniseksi menetelmäksi he ehdottavat yhdeksää ulottuvuutta mittavaa hämähäkinverkkoa (spider-gram).

Chapmanin työryhmä (2004) ja Evans (2004) tuovat keskusteluun ammatillisen näkökulman ja havainnollistavat sen haasteita Englannin uudessa kansanterveystyötään. Valtakunnallisesti

asetetut tavoitteet, ammattiosajien perinteiset roolit ja niiden yhdistäminen terveyden edistämisen kehukseen tuottaa väistämättä myös ristiriitoja.

Crisp'in työryhmä (2000) havainnollistaa ensin neljä perinteistä organisaatiolähtöistä toiminta-ajatusta TEA:n rakentamisessa: alhaalta ylös; ylhäältä alas, kumppanuus ja yhteisön organisoituminen. He korostavat, että lähes aina kaikissa näissä vaihtoehdoissa tarvitaan ulkoa tulevaa voimavaraa ja keskeinen haaste onkin toiminnan ja osaamisen rakentuminen yhteisön sisään niin, että rakentaminen jatkuu, vaikka ulkoinen voimavara jää pois. Ebbesenin työryhmä (2004) on soveltanut Crisp'in työryhmän kehittelyä Kanadassa useiden maakuntien yhteiseen sydänohjelmaan.

Lopuksi

Monista eri vaihtoehdoista olemme päätyneet ehdottamaan ”health promotion capacityn” suomalaisiksi vastineeksi *terveydenedistämiskäyttöisyyttä*. Se on hieman kömpelö termi, mutta korostaa olennaista ulottuvuutta: yhteisöllä on ominaisuus, jota voidaan kutsua terveydenedistämiskäyttöisyydeksi ja jota voidaan myös mitata.

TEA:lle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä tulkintaa eikä valideiksi todettuja mittareita. Saman-aikaisesti on korostettava, että se ei ole ohjelmien (esim. tautien ehkäisy tai liikunnan lisääminen) eikä ehkäisevien palvelujen (esim. neuvola, opiskeluhoito, seulonnat) seurannan ja arvioinnin kilpailija, vaan tiettyssä yhteisössä niitä ja yhteisön muita ominaisuuksia yhdistävä ’rinnakkaispolku’. Labonten ja Lawerackin (2001a ja b) havainnollistamalla tavalla olisi terveyden edistämisen vertaistietojärjestelmän kuvattava ohjelmia ja palveluita ja myös kansanterveyttä sekä niiden lisäksi yhteisön (esim. kunta, terveyskeskus, oppilaitos) etenemistä TEA:n rakentamisessa.

Mitä TEA ja sen mittaaminen käytännössä voisi tarkoittaa? Tarkastellaanpa lyhyesti suomalaisen terveyskeskuksen kehitystä. Jälkikäteen voidaan olettaa, että 1970-luvun alussa suomalaisen terveyskeskuksen kehittämisessä oli mukana TEA:n aineksia. Ehkä ei niinkään suhteessa kuntalaisiin, mutta eri toimintojen suhteessa toisiinsa. Tavoitteena oli terveyden- ja sairaanhoitoa yhdistävä ja terveydenhoitoa priorisoiva toiminnallinen kokonaisuus (esim. Puro 1969). Kun toiminnallista kokonaisuutta ei jatkuvasti pidetty esillä eikä sitä opittu mittaamaan, terveyskeskus hajaantui erilaisten palvelujen ”toimistohotelliksi”: ongelmalähtöinen ammatillisuus on noussut hallitsevaksi ja yhteisölähtöinen voimaantuminen jäänyt toissijaiseksi. TEA ei ole rakentunut 1960–70-luvun vaihteen ideoinnin tarkoittamalla tavalla kestäväksi osaksi näiden yhteisöjen syvärakenteita.

Lähteet

- Chapman, J.L. & Shaw, S. & Carter, Y.H. & Petchey, R. & Evans, D. (2004). Public health capacity in the new primary care organizations: defining a workforce that is fit for the purpose. *Critical Public Health* 14 (1), 17–26.
- Crisp, B.R. & Swerissen, H. & Duckett, S. (2000). Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Prom Int* 15 (2), 99–107.
- Ebbesen, L.S. & Heath, S. & Naylor, P.J. & Anderson, D. (2004). Issues in measuring health promotion capacity in Canada: a multi-province perspective. *Health Prom Int* 19 (1), 85–94.
- Evans, D. (2004). Shifting the balance of power? UK public health policy and capacity building. *Critical Public Health* 14 (1), 51–63.
- Hawe, P. & King, L. & Noort, M. & Gifford, S.M. & Lloyd, B. (1998). Working invisibly: health workers talk about capacity-building in health promotion. *Health Prom Int* 13 (4), 285–295.
- Hawe, P. & Noort, M. & King, L. & Jordens, C.H. (1997). Multiplying Health Gains: the critical role of capacity building within health promotion programs. *Health Policy* 39, 29–42.
- Labonte, R. & Laverack, G. (2001a). Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? And for what purpose? *Critical Public Health* 11 (2), 111–127.
- Labonte, R. & Laverack, G. (2001b). Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? And with what measurement? *Critical Public Health* 11 (2), 129–138.
- World Health Organization (2006). Health promotion: follow-up to 6th Global Conference on Health Promotion. Report by the Secretariat. EB 117 (11), 16 Jan 2006.

Erityyppiset työterveyspalvelujen tuottajat ja markkinarakenne

Eila Kankaanpää, Työterveyslaitos, Kuopio ja Kuopion yliopisto

Hannu Valtonen ja Ismo Linnosmaa, Kuopion yliopisto

Tausta

Markkinoiden ja kilpailun toivotaan johtavan asiakaslähtöisempiin, laadukkaampiin ja tehokkaammin tuotettuihin palveluihin. Markkinoiden ja kilpailun vaikutusten tutkimus on paljolti ollut kilpailun laatu- ja hintavaikutusten tutkimusta (Cookson, Dawson 2006). Vähemmän on tutkittu sitä, miten erityyppiset työterveyspalvelujen tuottajat reagoivat markkinoiden rakenteeseen, tai mitkä ovat näiden reaktioiden toiminnalliset seuraukset. Monissa maissa tätä olisikin vaikea tutkia, koska usein yksi tuottajatyyppeistä dominoi palvelutuotantoa. Suomalaisessa työterveyshuollossa tätä on kuitenkin mahdollista tutkia, palveluja tuottavat useat erityyppiset tuottajat ja ne ovat myös muuttaneet strategiaansa.

Tutkimuksessa pyritään selvittämään miten erityyppisten tuottajien strategiset muutokset liittyvät markkinarakenteeseen ja ovat tulkittavissa tuottajaorganisaation insentiivien kautta. Markkinareaktioista tutkitaan seuraavia:

- markkinoille tulo/poistuminen, omien asemien ulkoistaminen
- lääkärikeskusten fuusioituminen ja
- kunnallisten tuottajien hinnoittelu hintasäännöstelyn poistamisen jälkeen.

Näiden reaktioiden toiminnallisina vaikutuksina tarkastellaan muutoksia

- palvelujen sisällössä (lääkärin sairaanhoitokäynnit/henkilöasiakas),
- henkilöstörakenteessa (terveydenhoitajien ja lääkäreiden henkilötyövuosien suhde, lääkäreiden keskimääräinen viikkotuntimäärä) ja
- markkinaosuudessa (henkilöasiakkaiden osuus työssäkäyntialueen työpaikoista, terveydenhuollon kuntayhtymille henkilöasiakkaiden osuus jäsenkuntien työpaikkojen summasta, jos työpaikkojen lukumäärä oli suurempi kuin työssäkäyntialueen %).

Työterveyspalvelujen tuottajat

Kun tutkitaan markkinarakenteen vaikutusta tuotannon organisointiratkaisuihin, ovat tärkeimpiä insentiivirakenteen tekijöitä päämiehen markkinaympäristö ja tuottajan tulonmuodostusprosessi.

Työnantajien omat asemat ovat osa päämiehen organisaatiota, ja ”tulot” määritellään päämiehen budjetissa. Valtion oma työterveyshuoltokin toimi tällä periaatteella, 1990-luvulla valtion työterveyshuolto ensin liikelaitostettiin, sitten yksityistettiin ja kuuluu nyt lääkärikeskusten ryhmään. Työnantajien yhteiset asemat ovat itsenäisiä organisaatioita, mutta työnantajat osallistuvat hallintoon ja strategisiin ratkaisuihin. Tulonmuodostus syntyy laskutettavista tuotteista ja perus/vuosimaksuista. Kunnalliset tuottajat ovat osa terveyskeskusorganisaatiota ja siten päämiehenä on viime kädessä kunnallispoliittinen johto. Kunnalliset yksiköt laskuttavat työnantajia palveluista, mutta ne ovat terveyskeskuksen budjettiyksiköitä. Varsinkin ennen hintasäännöstelyn poistoa (vuonna 1995) ”tulot” määritettiin terveyskeskuksen kulubudjetissa. Nykyään pääosa tuloista tulee laskutettavista palveluista ja perus/vuosimaksuista. Lääkärikeskuksissa päämies on voittoa

Taulukko 1. Työterveyspalvelujen tuottajat 1992 ja 2004

	Osuus henkilöasiakkaista, %		Osuus työterveyspalvelujen tuottajista, %	
	1992	2004	1992	2004
Kunnallinen työterveyshuolto	43	37	24	34
Työnantajien omat asemat	28	18	50	30
Työnantajien yhteiset	5	6	5	8
Lääkärikeskukset	16	39	4	27
Valtion työterveyshuolto	8		17	

tavoitteleva omistaja/t. Yksittäisen lääkärikeskuksen toiminta perustuu omistaja-yrittäjyydelle, lääkärikeskusketjuissa on omistajina myös sijoittajia. Tulonmuodostus perustuu palvelulaskutukseen ja perus/vuosimaksuihin.

Tutkimusaineisto

Työterveyslaitoksella on kerätty työterveyspalvelujen tuottajilta tietoja asiakkaista, henkilöstöstä ja tuotetuista palveluista Työterveyshuolto Suomessa -lomakekyselyllä vuosina 1992, 1995, 1997, 2000 ja 2004. Vuoden 1992 lomake lähetettiin kaikille niille palvelujen tuottajien toimipisteille, jotka olivat Kansaneläkelaitoksen terveyspalvelujen tuottajien rekisterissä. Lomake ei siis aina vastaa tuottajaa. Aineistossa on yhdistetty kunnallisen tuottajan eri toimipisteiden lomakkeet, lääkärikeskuksille on käsin koodattu ketjutunnus.

Maantieteelliset markkinat on muodostettu työssäkäyntialueista. Markkinaympäristöä kuvaa tuottajien lukumäärä työssäkäyntialueella. Suomessa on 55 kuntarajat ylittävää työssäkäyntialuetta, niihin kuulumattomien kuntien tuottajien työssäkäyntialueeksi koodattiin oma sijaintikunta. Työssäkäyntialueet luokiteltiin kolmeen ryhmään 1) vain kunnallisia tuottajia, työnantajien omia tai valtion yksiköitä ja korkeintaan yksi markkinatuottaja (= lääkärikeskus tai työnantajien yhteinen asema) alueella 2) markkinatuottajia 2–9 ja 3) markkinatuottajia vähintään 10.

Kunnallisilta tuottajilta kysyttiin lomakkeessa lääkärin tyypillisen/perussairasvastaanotto-käynnin hinta euroina ja keskimääräinen kesto. Hintojen nosto tulkittiin ”reiluksi”, kun hinta oli vähintään 25 €/15 minuuttia.

Tulokset

Vuonna 1992 ”isoilla työnantajilla”, jotka ylläpitivät vähintään kahta omaa työterveysasemaa, oli lähes 200 työterveysasemaa, vuonna 2004 enää 64. Työterveyspalvelujen markkinarakenne ei vaikuttanut työnantajan oman aseman lopettamiseen, vaikka 75 % omista asemista lopetettiin.

Taulukoissa 2 ja 3 on toimintaa kuvaavia tunnuslukuja vuodelta 1992 ja sen jälkeen ryhmiteltynä sen mukaan onko tuottaja strategisesti muuttanut toimintaansa (lääkärikeskus ketjuuntunut, kunnallinen tuottaja nostanut hintoja). Taulukon soluissa vastanneiden yksiköiden lukumäärä vaihtelee puuttuvan tiedon takia.

Lääkärikeskusketjujen toimipisteitä oli vuonna 1992 vain 18, vuonna 2004 jo 91. Valtion yksiköt ovat yksi ketjuista vuonna 2004. Lähes puolet lääkärikeskusten toimipisteistä kuuluu johonkin ketjuun. Markkinarakenne ei vaikuttanut ketjuuntumiseen (Taulukko 2). Valtakunnallisesti suurimmat viisi ketjua tuottavat palvelut 23 prosentille työterveyshuollon henkilöasiakkaista.

Taulukko 2. Lääkärikeskusten ketjuuntuminen

Markkinarakenne		Tunnusluvut 1992 keskiarvo (STD)	Tunnusluvut 2004 ketjuilla, keskiarvo (STD)	Tunnusluvut 2004 muilla, keskiarvo (STD)
2-9 markkina- tuottajaa	lääkärin sh-käynnit/hlö	1,4 (0,8)	1,5 (0,8)	1,6 (0,9)
	hoitaja HTV/lääkäri HTV	1,6 (0,9)	1,4 (0,7)	2,2 (2,7)
	lääk. viikkotunnit keskim.	19 (12)	18 (12)	11 (9)
	markkinaosuus, %	4 (4)	11 (11)	9 (9)
	henkilöasiakkaiden lkm	1 200 (1 200) N = 25-56	3 600 (3 100) N = 18-42	2 300 (2 600) N = 37-41
10- markkina- tuottajaa	lääkärin sh-käynnit/hlö	1,6 (1,3)	1,2 (1,0)	1,4 (0,9)
	hoitaja HTV/lääkäri HTV	1,6 (0,9)	1,7 (1,3)	2,7 (3,9)
	lääk. viikkotunnit keskim.	17 (11)	21 (11)	12 (12)
	markkinaosuus, %	4 (11)	3 (7)	6 (10)
	henkilöasiakkaiden lkm	2 500 (3 300) N = 58-76	6 900 (5 600) N = 25-46	2 600 (4 100) N = 41-52

Taulukko 3. Terveyskeskusten reagointi hintasäännöstelyn poistumiseen (lääkärin sairausvastaanottokäynnin hinnan nosto)

Markkinarakenne	Toiminnallinen tunnusluku	Tunnusluvut 1992, keskiarvo (STD)	Tunnusluvut 2004 hintoja reilusti nostaneilla, keskiarvo (STD)	Tunnusluvut 2004 muilla, keskiarvo (STD)
Enintään 1 markkina- tuottaja	lääkärin sh-käynnit/hlö	0,1 (0,2)		0,5 (0,3)
	hoitaja HTV/lääkäri HTV	5,7 (3,1)		5,6 (5,2)
	lääk. viikkotunnit keskim.	15 (11)		14 (11)
	markkinaosuus, %	46 (24)		41 (28)
	henkilöasiakkaiden lkm	3 600 (2 000) N = 21-27		2 700 (1 700) N = 16-18
2-9 markkina- tuottajaa	lääkärin sh-käynnit/hlö	0,2 (0,3)	0,8 (0,6)	0,7 (0,6)
	hoitaja HTV/lääkäri HTV	4,4 (3,9)	3,5 (2,8)	3,3 (2,9)
	lääk. viikkotunnit keskim.	17 (13)	20 (14)	16 (16)
	markkinaosuus, %	16 (16)	19 (19)	13 (15)
	henkilöasiakkaiden lkm	3 600 (3 200) N = 49 - 66	4 200 (2 800) N = 24-25	3 600 (4 600) N = 40 - 47
10- markkina- tuottajaa	lääkärin sh-käynnit/hlö	0,1 (0,3)	0,6 (0,5)	0,5 (0,6)
	hoitaja HTV/lääkäri HTV	7,6 (7,6)	4,4 (3,7)	6 (5)
	lääk. viikkotunnit keskim.	14 (12)	19 (12)	11 (12)
	markkinaosuus, %	40 (32)	39 (32)	46 (32)
	henkilöasiakkaiden lkm	2 900 (3 700) N = 84 - 114	4 100 (4 800) N = 32	2 100 (2 100) N = 79 - 93

Kunnallisista yksiköistä nosti lääkärin sairausvastaanottokäynnin hintaa reilusti 29 %. Markkinarakenne ei vaikuttanut siihen, nostettiin kunnallisen tuottajan lääkärin sairausvastaanottokäynnin hintaa. (Taulukko 3.)

Pohdinta

Näiden alustavien tulosten perusteella näyttää sille, että markkinarakenne ei vaikuta työterveyspalvelujen tuottajien organisointiratkaisuihin: markkinoilta poistumiseen, fuusioitumiseen tai hinnoitteluun sääntelyn poistamisen jälkeen.

Ulkoistamista päästään tutkimaan paremmin jatkossa, kun käytettävissä on tietoa työterveyspalvelujen järjestämisestä työnantajien näkökulmasta Kelan korvaushakemusten kautta.

Tulokset eivät tukeneet oletuksiamme erityyppisten tuottajien insentiivirakenteen ohjaamista strategisista ratkaisuista. Oletimme, että työnantajien omia asemia lopetetaan tai ulkoistetaan enemmän hyvin kilpailluilla markkinoilla, koska markkinatuottajan etsintäkustannukset laskevat ja kilpailun takia markkinatuottajilla olisi kannustin tehokkaampaan tuotantoon ja siten niillä olisi suhteellinen etu työnantajan omiin yksiköihin nähden. Odotimme, että lääkärikeskusten ketjuuntumisella haettaisiin paikallista markkinavoimaa, mutta niiden markkinaosuudet eivät työssäkäyntialueilla olleet korkeita. Voikin olla, että ketjuuntumisella on haettu vastaparia valtakunnallisille työnantajille (Chae, Heidhues 2004). Terveyskeskusten odotimme nostavan useammin hintojaan voimakkaasti kilpaillussa ympäristössä, kilpaillut markkinat tarjoavat sekä tuottajille että asiakkaille referenssin hintatasosta.

Eri tuottajatyyppeiden välillä on edelleen isoja eroja toiminnassa. Vaikka organisointiratkaisut eivät liittyneet markkinarakenteeseen, näyttää organisointiratkaisuihin liittyvän toiminnallisia seurauksia. Kunnallisissa yksiköissä on vähemmän lääkäriresurssia voimakkaasti kilpaillussa kuin vähemmän kilpaillussa ympäristössä, ja toisaalta ketjuuntuneiden lääkärikeskusten parhaimmat lääkäriresurssit viitannevat siihen, että tuottajien välillä kilpaillaan työvoimasta.

Tässä on tutkittu sitä, reagoivatko tuottajat markkinoihin. Jatkossa tutkitaan myös sitä, miten tuottajat muokkaavat markkinoita (kuten tässä ketjuuntuminen) (van Witteloostuijn, Boone 2006).

Lähteet

Chae, S. & Heidhues, P. (2004). "A group bargaining solution", *Mathematical Social Sciences* 48 (1), 37–53.

Cookson, R. & Dawson, D. (2006). Hospital competition and patient choice in publicly funded health care. Teoksessa A.M. Jones (toim.): *The Elgar Companion to Health Economics*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 221–232.

van Witteloostuijn, A. & Boone, C. (2006). A resource-based theory of market structure and organizational form. *Academy of Management Review* 31 (2), 409–426.

Kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset ja johtaminen kymmenessä suurimmassa kaupungissa 2005

Matti Rimpelä ja Kirsi Wiss, Stakes/KHS-ryhmä/TedBM-hanke

Kansanterveyslain tarkoittaman kouluterveydenhuollon (peruskoulut ja lukiot) kustannuksia seurattiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelujärjestelmään liittyneellä KETI-tietojen keruulla vuoteen 1992 saakka:

	Kouluterveydenhuollon kustannukset koko maassa (1 000 €)			
	1989	1990	1991	1992
KETI-tilaston tieto	29 936	32 045	34 069	33 306
Vuoden 2006 rahassa	41 305	41 700	42 560	40 576

Kouluterveydenhuollon määrärahojen reaaliarvo lisääntyi hieman 1989–1991, mutta väheni vuonna 1992 lähes 5 %. Suunnittelujärjestelmän ja valtion normiohjauksen purkamisen jälkeen kustannustietoja ei ole vuoden 1992 jälkeen kerätty. 1990-luvun laman yhteydessä kouluterveydenhuollon voimavaroja vähennettiin eri arvioiden mukaan keskimäärin 15–20 %. Kouluterveydenhuollon johtamista kunnissa ei ole aikaisemmin tutkittu.

Tässä tutkimuksessa olemme selvittäneet kouluterveydenhuollon nykytilaa kymmenessä suurimmassa kaupungissa vuonna 2005. Kouluterveydenhuollon vastuuhenkilöiltä kysyimme henkilöstövoimavaroja ja johtamisjärjestelyjä vuonna 2005. Henkilötyövuosien perusteella on laskettu kustannuksia oppilasta kohti olettaen, että koululääkäriin palkkamenot vuodessa ovat 80 000 € ja kouluterveydenhoitajan 40 000 €.

Kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset

Kymmenen suurimman kaupungin vastuuhenkilöiden mukaan niiden kouluterveydenhuollossa tehtiin vuonna 2005 yhteensä 322 terveydenhoitajan ja 39 lääkärin henkilötyövuotta (yhteensä 361). Laatusuosituksen (2004) mukainen mitoitus olisi edellyttänyt 369 ja 104 henkilötyövuotta (yhteensä 473). Suurissa kaupungeissa ei korvattu lääkäripulaa lisäämällä terveydenhoitajien työpanosta.

Edellä mainituin perustein arvioidut palkkakustannukset olivat kymmenessä suurimmassa kaupungissa yhteensä noin 16 milj. €, kun laatusuosituksen saavuttamiseen olisi tarvittu lähes puolet enemmän (yhteensä 23,1 milj. €). Palkkamenot olivat keskimäärin 73 € /oppilas/vuosi. Kuopiossa ja Vantaalla henkilöstömenot olivat pienimmät (57 €) ja suurimmat Lahdessa (86 €) sekä Turussa (79 €). Yksikään suuri kaupunki ei varannut vuonna 2005 kouluterveydenhuoltoon laatusuosituksen mukaista henkilöstöpanosta (vähintään 105 €/oppilas/vuosi).

Kouluterveydenhuollon johtamisjärjestelyt

Taulukkoon 1. on koottu kymmenen suurimman kaupungin kouluterveydenhuollon vastuuhenkilöiden antama kuvaus niiden johtamisjärjestelyistä. Tietojen samankaltaistamiseksi taulukon luonnos lähetettiin vastuuhenkilöille useita kertoja tarkistettavaksi.

Taulukko 1. Kouluterveydenhuollon johtamisjärjestelyt kymmenessä suurimmassa kaupungissa.

Kaupunki	Kouluterveydenhuollon johtaminen
Helsinki	Terveyskeskuksen terveysasemaosastossa toimii koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon yksikkö, jonka päällikkö vastaa koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta koko kaupungissa. Yksikössä on lisäksi vastaava ylilääkäri ja kaksi ylihoitajaa, 115 terveydenhoitajaa, 9 lääkäriä, 2 psykiatrista sairaanhoitajaa ja 1 psykologi. Ylihoitajat toimivat kahden kouluterveydenhuoltoalueen esimiehenä. Vastaava ylilääkäri toimii yksikön 9 lääkärin esimiehenä ja lääketieteellisenä asiantuntijana. Koululääkäreinä toimii lisäksi 63 terveyskeskuslääkäriä, jotka kuuluvat terveysasemien henkilöstöön.
Espoo	Kouluterveydenhuolto sijoittuu perhe- ja sosiaalipalveluiden tulosityksikköön ja toimintaa johtaa perhe- ja sosiaalipalvelujen johtajan alaisuudessa viiden alueen perhekeskuspäälliköt. Johtamisen ja kehittämisen tukena toimii kokopäiväinen terveydenhoidon asiantuntija. Lääkäripalvelut tulevat terveyspalvelujen tulosityksiköstä.
Vantaa	Kouluterveydenhuolto on alueellistettu viidelle alueelle, joissa siitä vastaavat lasten ja perheiden palvelujohtajat ja heidän alaisenaan ennalta ehkäisevän terveydenhuollon esimiehet. Koululääkäreinä toimivat terveyskeskuslääkärit ovat alueilla sairaanhoidon johtajien alaisuudessa.
Tampere	Neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon vastuualueen päällikkö on perusterveydenhuollon vastaavan ylilääkärin alainen. Kouluterveydenhuoltoa toteutetaan kolmella palvelualueella, joiden esimiehinä ovat alueelliset ylilääkärit ja ylihoitajat. Keskusneuvola vastaa koko kaupungin kouluterveydenhuollon suunnittelusta ja kehittämisestä. Keskusneuvolassa näitä tehtäviä hoitaa lastenlääkäri ja koordinaattoriterveydenhoitaja.
Turku	Kouluterveydenhuolto kuuluu perusterveydenhuollon tulosalueeseen ja sen tuloaluejohtajaylilääkärin vastuulle. Asiantuntijaylilääkäri ja hoitotyön asiantuntija omistavat kouluterveydenhuollon prosessit. Asiantuntijaylilääkäri vetää kouluterveydenhuollon kehittämisryhmää. Kouluterveydenhuollon lääkärit ja terveydenhoitajat ovat henkilöstöhallinnollisesti neljällä aluejaon mukaisella tulosalueella
Oulu	Avoterveydenhuollon palveluysikössä ylilääkäri ja ylihoitaja vastaavat kouluterveydenhuollosta. Kouluterveydenhuoltoa toteutetaan seitsemässä terveysasemapiirissä, joiden esimiehinä ovat vastaavat lääkärit ja osastonhoitajat. Kouluterveydenhuololle on nimetty vastuulääkäri ja -terveydenhoitaja, jotka koordinoivat kehittämistä.
Lahti	Kouluterveydenhuolto kuuluu hyvinvointipalvelujen vastuualueen terveysneuvontapalvelujen palveluysikköön, jonka toiminnasta vastaa päällikkö. Kouluterveydenhuollon kehittämisvastuu on vastaavalla terveydenhoitajalla sekä vastaavalla apulaisyylilääkärillä. Koululääkäreinä toimivat terveyskeskuslääkärit ja vastaava apulaisyylilääkäri terveyspalvelujen vastuualueella avohoidon johtavan ylilääkärin alaisuudessa
Kuopio	Avohoidon vastuualueella terveydenhoidon tulosityksikössä apulaisyylilääkäri ja osastonhoitaja vastaavat koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta. Kouluterveydenhoitajat kuuluvat terveydenhoidon tulosityksikköön ja koululääkäreinä toimivat terveyskeskuslääkärit vastaanottotoiminnan tulosityksikköön.
Jyväskylä	Kouluterveydenhuolto ja kouluterveydenhoitajat kuuluvat avoterveydenhuollon tulosalueen terveyden edistämisen palveluysikköön ja sen johtajan vastuulle. Koululääkäreinä toimivat avosairanhoidon palveluysikön terveyskeskuslääkärit.
Pori	Kouluterveydenhuolto kuuluu avoterveydenhuollon tulosalueeseen ja sitä koskevat ohjeet hyväksyy avoterveydenhuollon johtoryhmä. Kehittämisestä vastaa työryhmä: ylilääkäri, osastonhoitaja, koululääkäri ja hammashoidon johtava lääkäri. Kouluterveydenhuolto toteutetaan neljällä terveyden- ja sairaanhoitoalueella omien tulosityksiköiden esimiesten johdolla. Jokaisella koululla on terveydenhoitajan lisäksi oma vastuulääkäri.

Pohdinta

Kouluterveydenhuollon tehostamista on 1990-luvun lopulta alkaen korostettu useissa valtionhallinnon informaatio-ohjauksen asiakirjoissa ja muissa suosituksissa. Kunnissa on viime vuosina huolestuneena seurattu lasten ja nuorten raskaiden palvelujen kuten lastensuojelun, erikoissairaanhoidon ja erityisopetuksen kustannusten kasvua. Tässä tilanteessa voisi olettaa, että kunnat pyrkisivät vähentämään raskaiden palvelujen kuormitusta vahvistamalla peruspalvelujaan. Suurilla kunnilla on paras mahdollinen asiantuntemus käytettävissään ja lisäksi myös melko hyvät taloudelliset mahdollisuudet peruspalvelujen kehittämiseen.

Tämä tutkimus osoittaa, että kouluterveydenhuollon voimavarat ja johtamisjärjestelyt vaihtelevat erittäin paljon suurten kaupunkien kesken. Myönteisenä esimerkkinä on Helsinki, jossa johtamisvastuut ovat selkeät ja päätoimisella henkilöstöllä on pyritty varmistamaan myös osaaminen. Turussa ja Tampereella henkilöstövoimavarat olivat lähimpänä laatusuosituksen minimitasoa, mutta jäivät edelleen noin viidenneksen sen alapuolelle.

Toista ääripäätä edusti Vantaa. Useista yrityksistä huolimatta Vantaalta ei löytynyt kouluterveydenhuollosta kokonaisuutena vastaavaa henkilöä, jolla olisi ollut tarkemmat tiedot henkilöstövoimavaroista. Laskelmassa on käytetty tämän selvittelyn yhteydessä saatua arviota, jonka mukaan henkilöstöä on kouluterveydenhuoltoon osoitettu lähes puolet vähemmän kuin laatusuosituksen vähimmäistaso edellyttäisi.

Koko maassa voidaan arvioida, että laatusuosituksen mukaisen kouluterveydenhuoltohenkilöstön palkkamenot olisivat ensi vuonna peruskouluissa yhteensä noin 70 ja lukioissa noin 15 milj. €. Suurten kaupunkien nykytilanteen mukaan henkilöstömenoihin olisi osoitettava lisää noin 44 % eli yhteensä noin 37 milj. €, jotta laatusuosituksen mukainen henkilöstömitoitus olisi mahdollista koko maassa.

Terveyskeskukset voivat arvioida nykytilannettaan arvioimalla kansanterveyslain mukaisen kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset ja jakamalla summan peruskoulun ja lukioiden oppilasmäärällä sekä vertaamalla tulosta laatusuosituksen mukaan arvioituun keskitasoon: henkilöstömenoihin tulisi varata palkkakustannusten nousun huomioon ottaen vuoden 2007 talousarviossa vähintään 110 € /oppilas/vuosi.

Suhteessa esimerkiksi lastensuojelumeneihin kouluterveydenhuollon kustannukset osoittautuvat melko pieniksi. Vertailukohtana voidaan pitää lastensuojelun suurten kustannusten (perheen kulut yli 25 000 €) kehitystä. Vuosina 2000–2004 nämä menot lisääntyivät koko maassa 136 milj. € (162 → 298 milj. €). Pelkästään kasvu oli lähes kaksi kertaa suurempi kuin edellä esitetyn arvion mukaiset kouluterveydenhuollon kulut vuonna 2005.

SESSIO 4

Terveydenhuollon käytäntöjen sosiaalinen muotoutuminen

Raskaudenkeskeytys pietarilaisilla naistenklinikoilla: Gynekologioiden asenteita ja työkäytäntöjä

Meri Larivaara, Stakes/Terveystieteiden tutkimuskeskus

meri.larivaara@stakes.fi

Luotettavien raskaudenkehäisyyden menetelmien saatavuus ja mahdollisuus keskeyttää ei-toivottu raskaus turvallisesti takaavat naisille autonomisen aseman suhteessa omaan lisääntymiseensä. Yhteiskunnan tapa järjestää nämä palvelut kertoo perheeseen, seksuaalisuuteen ja sukupuoleen liittyvistä arvoista sekä naisten asemasta yhteiskunnassa. Nämä arvot välittyvät myös lisääntymisterveyden ammattilaisten asenteissa, toiminnassa ja tavoissa tulkita lääketieteellistä tietoa (Van der Geest & Finkler 2004). Niinpä terveydenhuollon henkilöstöön kohdistuva tutkimus tarjoaa mahdollisuuden tutkia yhtäältä yhteisön arvomaailmaa ja toisaalta sitä, kuinka arvot muotoilevat lääketieteellisen tiedon tulkintoja ja käytäntöjä.

Neuvostoliitossa hormonaalista raskaudenkehäisyyttä pidettiin terveydelle haitallisena, ja muita ehkäisyvälineitä oli heikosti saatavilla ja niiden laatu oli heikko (Kon 1995, Popov et al. 1993). Raskaudenkeskeytys oli laillistettu uudelleen vuonna 1955, ja lainsäädäntö mahdollisti abortin naisen omasta pyynnöstä (Kon 1995). Tässä tilanteessa raskaudenkeskeytyksestä tuli pääasiallinen syntyvyyden säännöstelykeino (Popov et al. 1993, Savelyeva et al. 1997). Ehkäisyvälineiden saatavuus parani 1990-luvulla ja vuosikymmenen kuluessa raskaudenkeskeytysten määrä puolittui. Silti raskaudenkeskeytyksiä tehdään huomattavan paljon suhteutettuna hedelmällisyysikäiseen naisväestöön ja verrattuna esimerkiksi Suomeen (European health for all -database).

Lääkäreiden lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita ja käytäntöjä on tutkittu Venäjällä vain vähän. Koko maan kattaneen kyselytutkimuksen mukaan vain 67 % venäläisistä lääkäreistä piti raskaudenkehäisyyttä parempana syntyvyydensäännöstelykeinona kuin raskaudenkeskeytystä (Hutter 1996). Muutamat julkaistut tutkimukset viittaavat siihen, että lääkäreiden tiedot ehkäisyvälineistä olivat puutteellisia ja vääristyneitä 1990-luvun alussa (Gavrilova 1997, Hutter 1996). Aikaisempi tutkimus ei kerro, miten venäläiset lääkärit suhtautuvat raskaudenkeskeytysten korkeaan määrään nykyisin ja miten he pyrkivät työssään vähentämään niitä.

Lisääntymisterveyspalvelujen toimintaympäristö on muuttunut Venäjällä huomattavasti Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen. Syntyvyys on laskenut merkittävästi (DaVanzo 1999), ja yhteiskunnallinen ilmapiiri on vapautunut seksuaalisuuden suhteen (Haavio-Mannila & Rotkirch 1997, Kon 1995, Rotkirch 2000). Toisaalta sukupuolirooleihin liittyvät asenteet ovat muuttuneet konventionaalisempaan suuntaan, ja Venäjällä perinteisesti voimakas äitiyden korostaminen osana naiseutta elää vahvana (Rotkirch 2000, Rotkirch & Haavio-Mannila 1996).

Artikkelin teoreettinen viitekehys nousee lääketieteellisestä antropologiasta. Lähtökohtana on ajatus, että kaikki ruumiiseen, terveyteen ja sairauteen liittyvä tieto rakentuu kulttuurisesti ja uusiintuu jatkuvasti sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Gordon 1988, Lock & Scheper-Hughes 1996). Lääketieteellinen antropologia pyrkii systemaattisesti purkamaan lääketieteen taustalla olevia kulttuurisia oletuksia ja arvoja sekä osoittamaan, kuinka nämä oletukset ovat kutoutuneet lääketieteelliseen tietoon ja lääketieteen harjoittamiseen (Lock 1988). Tarkastelen tässä artikkelissa pietarilaisilla naistenklinikoilla työskentelevien gynekologioiden raskaudenkeskeytystä koskevia asenteita ja työtapoja sekä niiden taustalla vaikuttavia yhteisöllisiä arvoja.

Artikkelin aineisto on kerätty pietarilaisilla julkisen sektorin naisten poliklinikoilla, jotka tarjoavat perusterveydenhuollon ja osin erikoissairaanhoidon lisääntymisterveyspalveluita suurimmalle osalle kaupungin naisista, sillä yksityissektorin rooli on vielä varsin vähäinen. Tutkimus-

menetelmät ovat laadullisia. Aineisto koostuu pääasiassa kahdella naisten poliklinikalla tehdystä osallistuvasta havainnoinnista ja puoli-strukturoiduista haastatteluista, mutta sitä täydentävät muilla poliklinikoilla tehdyt verrokkihaastattelut. Tutkimusta varten on havainnoitu 20 ja haastateltu 16 gynekologia. Analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä.

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit olivat tyytyväisiä viime vuosina tapahtuneeseen raskaudenkeskeytysten määrän vähenemiseen, jonka he arvelivat johtuvan ainakin osin luotettavien raskaudenehkäisymenetelmien lisääntyneestä käytöstä. Myönteisestä kehityksestä huolimatta lääkärit olivat huolissaan raskaudenkeskeytysten yleisyydestä. Heidän oli vaikea kuvailla tyypillisiä raskaudenkeskeytykseen hakeutuvia naisia tai tyypillisiä tilanteita, joissa raskaudenkeskeytykseen joudutaan. He korostivat kunkin naisen yksilöllistä tilannetta ja kertoivat spontaanisti tapausesimerkkejä. Yrittäessään selittää raskaudenkeskeytysten yleisyyttä lääkärit turvautuivat kahdentyyppisiin selityksiin.

Ensinnäkin lääkärit pyrkivät selittämään, miksi ei-toivottuja raskauksia esiintyy, vaikka luotettavia ehkäisymenetelmiä on runsaasti saatavilla. Heidän kokemuksensa mukaan useat raskaudenkeskeytyksiä hakevat naiset suhtautuvat vastuuntunnottomasti tai kevyesti omaan terveyteensä eivätkä tiedosta tai välitä raskaudenkeskeytyksen riskeistä. Lääkärit tunnistivat kaksi tyypillistä naisryhmää, jotka eivät käytä säännöllistä ehkäisyä: toisaalta ns. asosiaaliset naiset ja toisaalta menestyvät uranaiset. Lääkäreiden mukaan näiden naisten on vaikeaa pitää yllä järjestystä arkielämässään, minkä vuoksi ehkäisy unohtuu. Gynekologit pitivät väestön tietämystä terveysasioista heikkona. Heidän mielestään viranomaisten aikaisempi kielteinen suhtautuminen hormonaaliseen ehkäisyyn ja vanhemman sukupolven kokemukset raskaudenkeskeytyksistä syntyvyyden säännöstelyn menetelmänä näkyvät edelleen raskaudenkeskeytysten määrässä.

Toiseksi lääkärit hakivat syitä siihen, että yllätyksenä alkaneet raskaudet päättyivät keskeytykseen. Perhesyyt olivat heidän mukaansa tavallisin syy. He selittivät pikkulasten äitien keskeyttävän ei-suunnitellun raskauden usein, koska haluavat siirtää seuraavan lapsen hankintaa myöhemmäksi. Toisaalta lääkäreiden mukaan myös teini-ikäisten tai lähes aikuisten lasten äidit päätyvät usein raskaudenkeskeytykseen. Sen sijaan lapsettoman kolmekymmppisen naisen kohdalla raskaudenkeskeytystä pidettiin harvinaisena ratkaisuna. Lääkäreiden mukaan myös taloudelliset tekijät selittävät raskaudenkeskeytyksiä. Kuten eräs lääkäri totesi kuvatessaan kahden lapsen äidin päätöstä: *”Kaksi lasta on jo sankarillinen teko. ... Hän ymmärsi, että lapsen hankkiminen on taloudellisesti vaikeaa.”* Raskaana olevan naisen suhde lapsen isään nousi esiin vasta edellä kuvattujen tekijöiden jälkeen.

Tutkimukseen osallistuneet lääkärit suhtautuivat kaiken kaikkiaan kielteisesti raskaudenkeskeytyksiin. Tämä ilmeni epäsuorasti heidän potilastapauksia koskevissa kommentteissaan ja kertomuksissaan sekä raskaudenkeskeytyksiä yleisemmällä tasolla sivuavassa puheessa. Lääkäreiden mielestä naisten tulisi joko käyttää ehkäisyä tai synnyttää lapsia. Kielteistä asennettaan lääkärit perustelivat raskaudenkeskeytyksen haitallisilla terveysvaikutuksilla ja etenkin mahdollisista komplikaatioista aiheutuvalla hedelmättömyydellä. Lääkärit suhtautuivatkin kielteisimmin lapsettomille naisille tehtäviin raskaudenkeskeytyksiin. Moraalisia tai eettisiä argumentteja raskaudenkeskeytyksestä vastaan esiintyi vain neljässä haastattelussa.

Toisaalta kuvatessaan yksittäisiä raskaudenkeskeytykseen päätyneitä naisia lääkärit olivat usein myötätuntoisia ja sanoivat ymmärtävänsä naisten valintoja. Näiden tapauskertomusten pohjalta hahmottuu käsitys siitä, missä tilanteissa lääkäreiden mielestä raskaudenkeskeytys on ymmärrettävä ja hyväksyttävä valinta. Näihin kuuluvat naisen jo olemassa olevat pienet tai teini-ikäiset lapset sekä sairaat lapset. Epävarma suhde lapsen isään hahmottui myös yhdeksi syyksi, vaikka lääkärit olivatkin sitä mieltä, että yksinäiset naiset selviävät lapsen kanssa, jos he saavat riittävästi tukea omilta vanhemmiltaan ja heidän taloudellinen tilanteensa on vakaa. Vaihdevuosi-ikää lähestyvien naisten raskaudenkeskeytykset olivat myös lääkäreiden silmissä ymmärrettäviä, jos naisella on jo lapsia. Sen sijaan nuorten naisten ja uranaisten raskaudenkeskeytykset herättivät

vähemmän ymmärrystä. Muita empatiaa lisääviä tekijöitä olivat naisen osoittama vastuullinen asenne terveyteensä sekä suru tai katumus keskeytyspäätöksestä. Naisen omia terveysongelmia tai lapsen synnynnäisiä sairauksia pidettiin itsestään selvinä syinä keskeyttää raskaus.

Lääkärit kuvasivat keskustelewansa kaikkien raskaudenkeskeytystä hakevien naisten kanssa keskeytykseen liittyvistä terveysriskeistä sekä antavansa ehkäisyneuvontaa. Kuudestatoista lääkäristä kolmetoista kertoi yrittävänsä muuttaa naisen ratkaisua suostuttelemalla tätä pitämään lapsen. He pitivät tätä toimintaa täysin luonnollisena ja yleisenä. Nämä lääkärit selittivät kar-toittavansa ensin syyt raskaudenkeskeytykseen ja etsivänsä sen jälkeen niihin ratkaisuja yhdessä naisten kanssa. He sanoivat soittavansa usein naisen äidille tai kumppanille saadakseen tukea yritykselleen estää raskaudenkeskeytys. Lääkärit kuvasivat viivyttävänsä toisinaan lähetteen kirjoittamista, jotta naisella olisi enemmän aikaa harkita ratkaisuaan. He kertoivat olevansa erityisen aktiivisia suostutteluissaan, jos kyseessä on lapseton nainen ja ensimmäinen raskaus. Lääkäreiden mukaan naiset ovat aina tyytyväisiä jälkikäteen, jos he ovat lääkäreiden suostuttelemina päätyneet pitämään lapsen.

Havainnointiaineisto sisältää vain pienen määrän raskaudenkeskeytykseen liittyviä vastaanottokäyntejä, mutta havaintojen perusteella lääkärit eivät toteuta yllä kuvattuja strategioita käytännössä. Yhdessäkään tapauksessa lääkäri ei kertonut raskaudenkeskeytykseen liittyvistä riskeistä ja vain puolessa tapauksista lääkäri antoi ehkäisyneuvontaa. Lääkärit eivät myöskään yrittäneet muuttaa naisten ratkaisuja tai ottaneet yhteyttä heidän läheisiinsä. Tulkitsen tämän eron siten, että he kuvasivat haastatteluissa ihanteena pitämiään käytäntöjä, kun taas havainnot kertovat todellisista käytännöistä.

Lääkäreiden tavat selittää raskaudenkeskeytyksiä heijastavat osittain aikaisempaa tilannetta, jossa ehkäisyvälineiden saatavuus oli heikko. Tässä tilanteessa oli luonnollista keskittyä miettimään niitä syitä, joiden vuoksi naiset eivät koe voivansa synnyttää lasta, eikä sitä, miksi ei-toivottuja raskauksia esiintyy. Lääkäreiden tuomitseva ja vastuullisuutta vaativa suhtautuminen raskaudenkeskeytystä hakeviin naiseen on yhteneväinen Pietarissa aikaisemmin tehdyn sairaalaetnografisen tutkimuksen kanssa. Kyseisessä tutkimuksessa sen tulkittiin heijastavan lääkäreiden suhteellisen heikkoa asemaa terveydenhuollon organisaatiossa, jolloin potilaskontakteista tulee ainoa mahdollinen paikka käyttää sosiaalista valtaa asiantuntijana (Rivkin-Fish 2005). Tapausesimerkkien kautta paljastuu äitiyden vahva kulttuurinen merkitys, joka vaikuttaa lääkäreiden raskaudenkeskeytystä koskeviin asenteisiin ja käsityksiin ihanteellisista käytännöistä. Lääkäreiden puheessa raskaudenkeskeytykset määrittävät lähes kokonaan naisten päätäntävaltaan kuuluvaksi alueeksi, joissa miehillä on vain marginaalinen asema. Tutkimustulokset havainnollistavat, kuinka yhteisössä jaetut arvot muovaavat lääketieteen ammattilaisten näkemyksiä lääketieteellisestä tiedosta ja sen soveltamisesta käytäntöön.

Lähteet

- DaVanzo, Julie (1999). Introduction. Teoksessa Julie DaVanzo (toim.): *Russia's Demographic "Crisis"*. RAND Center for Russia and Eurasia.
- European Health for All Database [online]. WHO Regional Office for Europe (<http://www.who.dk/hfad>, accessed 16.8.2006).
- Gavrilova, D. V. (1997). Lisääntymiskäyttäytyminen venäläisessä väestössä nykytilanteessa [venäjäksi]. *Planirovaniye semyi* 4.
- Gordon, Deborah R. (1988). *Tenacious Assumptions in Western Medicine*. Teoksessa Margaret & Deborah Gordon (toim.): *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer, 19-56.
- Haavio-Mannila, Elina & Rotkirch, Anna (1997). Generational and gender differences in sexual life in St. Petersburg and urban Finland. *Yearbook of Population Research in Finland* 34, 133-160.
- Hutter, Inge (1996). Induced abortion and contraceptive use in Russia: State of the art and need for a micro-approach. *Population Research Centre, Working Paper 96-5, May 1996*.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia: From the Age of the Czars to Today*. New York: The Free Press.
- Lock, Margaret (1988). Introduction. Teoksessa Margaret Lock & Deborah Gordon (toim.): *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer, 3-10.

- Lock, Margaret & Scheper-Hughes, Nancy (1996). *A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent*. Teoksessa Carolyn F. Sargent & Thomas M. Johnson (toim.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Westport: Praeger, 41–70.
- Popov, Andrey A. & Visser, Adrian Ph & Ketting, Evert (1993). Contraceptive knowledge, attitudes and practice in Russia during the 1980s. *Studies in Family Planning* 24(4), 227–235.
- Rivkin-Fish, Michele (2005). *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Bloomington: Indiana University Press.
- Rotkirch, Anna (2000). *The Man Question: Loves and Lives in Late 20th Century Russia*. Dept. of Social Policy, Research Reports 1/2000. Helsinki: University of Helsinki.
- Rotkirch, Anna & Haavio-Mannila, Elina (toim.) (1996). *Women's Voices in Russia Today*. Dartmouth: Publishing Company Limited.
- Savelyeva, G. M. & Gavrilova, D. V. & Lobova, T. A. (1997). Family planning in Russia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 58, 51–57.
- Van der Geest, Sjaak & Finkler, Kaja (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine* 59, 1995–2001.

Ennaltaehkäisykeinosta elämää säilyttäväksi tekniikaksi: sikiödiagnostiikan käytännöt 1970- ja 80-luvuilla

*Mianna Meskus, Sosiologian laitos / Tutkijat
PL 10 (Snellmaninkatu 12) 00014 Helsingin yliopisto
mianna.meskus@helsinki.fi*

Työpaperi pohjaa käynnissä olevaan väitöskirjatyöhöni ”Väestövaarasta yksilöriskiin. Kansalaiset, geenitieto ja perimän politiikka Suomessa 1950-luvulta nykypäivään.” Siinä tarkastellaan geenitiedon lääketieteellistä käyttöä sekä sen vaikutusyhteyttä hyvinvointivalttiolliseen terveyspolitiikkaan ja elämänhallinnan yksilöllistymiseen 1900-luvun viimeisinä vuosikymmeninä. Kyse on geenikeskeisen ajattelun yhteiskunnallistumisen ja arkipäiväistymisen analyysistä erityisesti äitiyshuoltoon, perinnöllisyysneuvontaan ja perhesuunnitteluun liittyvien käytäntöjen ja kiistojen kontekstissa. Väitöskirjatutkimuksessa analysoidaan terveyspoliittisten toimijoiden ja genetiikan asiantuntijoiden tuottamia raportteja, ohjelmia, säännöstöjä, ohjeita sekä tieteellisiä ja populaareja artikkeleita. Työn tavoitteena on avata näkökulma siihen, miten hyvinvointiyhteiskunnan kansalaisista on pyritty muovaamaan oman elämänsä ja terveytensä subjekteja, ja millä tavoin riskistä, erityisesti geneettisestä riskistä, on tullut keskeinen keino hyvän elämän ja inhimillisen kokemuksen jäsentämisessä.

Väitöskirjatyö, ja siten myös tämä työpaperi, perustuu ajatukseen, että nykyinen ymmärryksemme ajattelun ja toiminnan mahdollisuuksista esimerkiksi lisääntymiseen ja perheen perustamiseen, tai terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä on historiallisten tapahtumakulkujen muovaamaa ja avaamaa. Väitöstutkimuksen lähestymistapa on siksi historiallinen ja sen aikajänne ulottuu 1900-luvun puolivälistä nykypäivään.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivillä esitettävä työpaperi käsittelee tekeillä olevaa analyysia perimää koskevan tiedon laajentumisesta 1970–1980-luvuilla ja perinnöllisten sairauksien, erityisesti suomalaisen tautiperimän ”ilmaantumisesta” kansanterveydelliseksi ongelmaksi. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on se, millä tavalla sikiötutkimukset saivat keskeisen, lääketieteellisiä lupauksia kannattelevan aseman perimän ja terveyden ongelmia ratkottaessa. Aineistona ovat pääasiassa suomalaisten perinnöllisyyslääkäreiden artikkelijulkaisut yllä mainitulta ajanjaksolta lääketieteellisissä ammattilehdissä, mutta myös muissa terveydenhoidon ammattilaisille suunnatuissa julkaisuissa.

Analysoin työpaperissa genetiikan asiantuntijoiden esittelyjä, perusteluja ja problematisointeja sikiötä koskevista lääketieteellisistä tutkimuksista sekä niihin liittyvien menetelmien lupauksista ja uhkakuvista. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on, miten ymmärrys sikiödiagnostiikan hyödyllisyydestä historiallisesti muovautuu ja minkälaisia muutoksia siinä tapahtuu vuosituhatlupien loppua lähestyttäessä. Työpaperin teoreettisena tavoitteena on pohtia visualisoinnin ja kuvantamisen teknologioiden merkitystä äitiyshuollon käytännöille sekä ”elämän itsensä” ennakoimista ja hallintaa koskeville toiveille.

Journalistinen sairaala – kulttuurinen näkökulma terveydenhuollon ja median suhteisiin

Sinikka Torkkola, Tiedotusopin laitos, Tampereen yliopisto

Sinikka.torkkola@uta.fi

Terveydenhuollon suhde mediaan on ristiriitainen. Yhtäältä terveydenhuolto tarvitsee mediaa tiedonvälittäjänä, sillä joukkoviestimet ovat yksi keskeisimmistä terveystiedonlähteistä. Toisaalta joukkoviestimien välittämää terveystietoa kritisoidaan, ja sanotaan median johtavan kansalaisia harhaan. Niinpä monet terveystieteen tutkimukset ovatkin keskittyneet selvittämään, välittääkö media oikeaa tietoa terveydestä, sairaudesta, terveydenhuollosta ja lääketieteestä. Kulttuurisesti suuntautuneen (terveys)viestinnän näkökulmasta näiden tutkimusten lähtökohdat ovat ongelmallisia, sillä ne pitävät sisällään oletuksen viestinnästä informaation siirtäjänä. Siten viestintä vain kantaisi mukanaan viestejä terveydestä ja sairaudesta eikä osallistuisi niiden määrittämiseen. Kulttuurisesti suuntautuneissa terveystieteen tutkimuksissa viestintä sen sijaan ymmärretään osaksi terveyden ja sairauden merkityksellistämistä. (Torkkola 2002, 71–77; 2004.)

Tässä artikkelissa eritellään sanomalehden sivuille rakentuvaa journalistista sairaalaa. Tutkimus on osa terveystieteen käsittelevää väitöstutkimusta, jossa analysoidaan sekä teoreettisesti että empiirisesti journalismin suhdetta terveyksiin ja sairauksiin. Tutkimuksen empiirisenä aineistona ovat Tampereen yliopistollista sairaalaa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä käsittelevät Aamulehdessä vuosina 1980–1998 julkaistut jutut. Tutkimusmetodina on hermeneuttinen tekstintutkimus, jonka tavoitteena ei ole lopullisen totuuden löytäminen vaan ymmärrys. (Ks Gadamer 2004, 3–76). Tutkimuksen toinen metodologinen kiinnityskohta on Michel Foucault'n (2002) diskurssiteoria. Foucault'lle diskurssit eivät ole inhimillisen elämän kuvaajia vaan inhimillinen elämä konstruoituu diskursseissa. Analyysissä ei etsitä todellisuutta diskurssien takaa vaan tehdään näkyviksi diskursseja tuottavia diskursiivisia käytäntöjä. Journalistinen sairaala on diskursiivinen muodostelma eikä sitä voi palauttaa sairaalan toiminnassa syntyviin merkityksiin. Vaikka yksittäiset faktatiedot voivat olla yhtä pitäviä reaalisen sairaalan faktojen kanssa, sanomalehden sivuilla rakentuva sairaala ei kuitenkaan ole toisinto toisaalla rakentuvista sairaaloista. Vaikka journalistinen sairaala on tekstuaalinen konstruktio, se ei tarkoita, ettei sillä olisi mitään suhdetta todellisuuden sairaaloihin. Journalistinen sairaala on yhteydessä muihin sairaaloihin ja niitä tuottaviin diskursiivisiin käytäntöihin. Vaikka tutkimus sanomalehden sairaalasta ensisijaisesti tekee näkyväksi journalistisen sairaalan käytäntöjä, sairauksia ja ihmisiä, se kertoo myös siitä kulttuurisesta tilasta ja paikasta, joka tekee mahdolliseksi kaikki muutkin sairaalat.

Resurssitaistelu tiivistyy jonoksi

Aineiston erittelyssä on käytetty apuna määrällisiä kuvauksia juttutyypeistä, aiheista ja kuvituksesta. Aineiston laadullisen erittelyn lähtökohta on aiheiden määrällinen ryhmittely. Juttuaiheiden määrällisessä kuvauksessa selvimmän esiin nouseva piirre on juttuaiheiden toisteisuus. Vuosien 1980–1998 välillä aineistossa kiertävät samat aiheet vuodesta toiseen. Taulukossa 1 on kuvattu juttujen pääaiheet. Tässä artikkelissa keskityn kahden yleisimmän aiheen käsittelyyn ja erittelen, miten resurssit sekä talous ja hallinto rakentavat journalistista sairaalaa.

Taulukko 1. Juttujen pääaiheet

Juttujen pääaiheet	%	N
Resurssien puute tai lisäys	30	355
Hallinto ja talous	21	251
Taudit ja hoidot	14	164
Työntekijät	9	102
Potilaat	8	97
Tiede	7	84
Sairaalan ulkopuoliset toimijat	7	77
Muut	5	55
Yhteensä	100	1185

Resursseja käsittelevien juttujen ryhmään kuuluu sekä resurssien puutteita että niiden lisäystä käsittelevät jutut. Resurssien puute on yksittäisistä aiheista käsiteltyin: 13 prosenttia jutuista käsittelee pääaiheenaan resurssipulaa. Lisäksi yli viidennes jutuista käsittelee aihetta toisen aiheen rinnalla, niin sanottuna sivuaiheena. Resurssilisäysjutuissa kerrotaan uusista laitteista, hoidoista ja tiloista. Taloutta ja hallintoa käsittelevässä jutturyhmässä on mukana jutut, joissa aiheena ovat sairaalan ja sairaanhoitopiirin organisaation toiminta tai talous, sairaalan hoitoon liittymättömät toimintahäiriöt ja -ongelmat.

Resurssijutuissa on nähtävissä pieni ajallinen muutos. Vaikka resurssipuheet yhtäältä toistuvatkin vuodesta toiseen hyvin samankaltaisina, niin toisaalta puheiden eetos on myös muuttunut. Ennen 1990-luvun alun lamaa resurssipuheet ovat ennen muuta vetoamuksia päättäjille terveydenhuollon rahoituksen lisäämiseksi. Hyvinvointivaltio-ajattelun mukaisesti terveydenhuollon palveluja tuli tarjota kaikille tasapuolisesti. Sairaalan resurssipulapuheen tehtävänä on osoittaa hoidon tasapuolisuuden puutteet. Laman aikana tasapuolisuuden eetoksen rinnalla nousee niukuuden jakamisen eetos. Puheet hyvinvointipalvelujen menojen hillitsemisestä eivät kuitenkaan syntyneet yhtäkkiä laman myötä vaan keskustelu hyvinvointipalvelujen tuottavuudesta alkoi jo 1980-luvulla (Lehto & Blomster 1999).

Jono on journalistisen sairaalan tärkein metafora. Jono kertoo sekä järjestyksestä että kaaoksen uhasta. Jonossa on toivoa, sillä se on hoidon alku. Mutta siinä on myös uhkaa, jos jono ei liikkukaan. Jono on samalla sekä merkki hoitamattomuuden uhasta että kyvystä hallita uhkaa. Mary Douglasin (2000, *passim. erit.* 156–159) mukaan epäjärjestys symbolisoi sekä vaaraa että voimaa. Samalla kun kaavoja rikkova epäjärjestys on vaara, se on myös kaavojen rakentamisen raaka-ainetta. Epäjärjestyksestä tulee järjestystä kun epäjärjestyksen elementit luokitellaan. Epäjärjestyksen luokittelu on rituaali, jossa sekä tunnustetaan epäjärjestyksen vaara että yritetään hallita sitä. Sairaus on sekä yksittäistä ihmistä että koko yhteisöä uhkaava vaara. Luokittelemalla sairaudet taudeiksi tuodaan sairauden kaaokseen järjestystä. Hoitojono on symbolinen rituaali, jossa torjutaan taudin uhkaa. Jos jonojen sijaan puhuttaisiin vain hoitoa odottavista ihmisistä, ei mukana olisi vaaraa torjuvaa järjestyksen elementtiä. Hoitoahan voi odottaa missä ja miten vain.

Sairautta järjestävän puolensa vuoksi jono on myös eufemistinen metafora, sillä sen myötä hoidon odottamisesta tulee osa hoitoa. Hoidon saamattomuus kaunistuu järjestelmäksi, jossa kukin pääsee vuorollaan hoitoon. Hoitoon pääsyn ehtojen muuttumisen sijasta puhutaan jonoon mahtumisesta. Jonoon mahtuminen peittää alleen ne sairaalan potilaaksi hakeutumisen käytännöt, jotka vaikuttavat hoitoon pääsyyn. Jono-ilmaisun eufemistisuutta korostaa ilmaisun virallistuminen osaksi terveydenhuollon termistöä (ks. Stakes 2002). Virallistaminen kivettää

metaforaa ja painaa näkymättömiin ilmaisun kaunistelevan puolen. Jonosta on tullut osa hoitoa; se kertoo järjestyksestä eikä hoidon puutteesta.

Jono-metafora on lähtöisin terveydenhuollon käytännöistä. Kunnanlääkärintyön kuvauksissa kerrotaan, miten potilaat konkreettisesti jonottivat lääkäriin pääsyä. (Kauttu, Reinilä & Voutilainen 1983, 161–174). Gastaldo (1997, 125) liittii terveydenhuollon jonottamisen käytännöt biovallan järjestykseen. Konkreettiset potilasjonot tuottavat kurinalaisia ruumiita ja kasvattavat kuuliaisia terveyskansalaisia¹. Harvat potilaat enää seisovat konkreettisissa jonoissa eivätkä virtuaaliset potilasjonot kurita hoitoa hakevia kansalaisia samalla tavoin kuin odotushuoneissa vietetyt tunnit. Konkreettisten jonojen muuttuminen paperipinoiksi ja sähköisiksi tiedostoiksi ei kuitenkaan merkitse jonon kansalaisia järjestävän, kurittavan puolen häviämistä vaan virtuaalisuus tekee jonon biovallasta entistä näkymättömämmän.

Sairauden yhteiskunnallinen järjestys

Journalistinen sairaala rakentuu ristiriitaisista elementeistä: uhasta, toivosta ja hallinnasta. Yhtäältä uhkaavat taudit ja puute hoitoresursseista rakentavat uhkaa. Toisaalta vakuutetaan sairaalan pystyvän hoitamaan sairautta ja kerrotaan uusista mahdollisuuksista voittaa tauti. Sairaalan organisaatiota ja taloutta käsittelevät jutut korostavat hallintaa ja organisaation kykyä ratkaista ongelmia. Journalistinen sairaala rakentuu tautia järjestäväksi, hallituksi ja epäpoliittiseksi organisaatioksi. Sairaalan kytkeytyminen osaksi poliittista järjestelmää nousee esiin vain henkilövalintojen yhteydessä.

Journalistisen sairaalan resurssivaateiden ja resurssien organisoiminen tuovat esiin modernin lääketieteen ja terveydenhuollon ristiriitaiset elementit. Yhtäältä yhä monimutkaisemman – ja kalliimman – teknologian myötä yhä useampia tauteja pystytään diagnostisoimaan ja hoitamaan. Taloudellisesti lääketieteellinen teknologia on myös lupaava ala. Toisaalta juuri taloudellisista syistä uuden teknologian käyttöä pyritään rajoittamaan ja säätelemään. Terveydenhuollon kasvavien menojen syynä on nimenomaan pidetty jatkuvasti uudistuvia hoitoja ja laitteita. (Brown & Webster 2004, 15–16.) Journalistisessa sairaalassa näkyvät nämä molemmat puolet. Resurssipuheet ovat yhteydessä uutta ja entistä parempaa hoitoa lupaavaan lääketieteelliseen kehitykseen. Hallintoa ja taloutta käsittelevät puheet puolestaan nostavat esiin kehityksen nurjan puolen ja vaateet menojen hillinnästä.

Journalistisessa sairaalassa sairaudet ja terveydetkin rakentuvat biolääketieteellisiksi taudeiksi. Mahdollisuudet voittaa taistelu tautia vastaan riippuvat resursseista. Resurssikeskeisyys puolestaan peittää alleen hoidon saatavuuden poliittiset ja eettiset kysymykset ja korostaa lääketieteellisin perustein tehtävää päätöksentekoa. Biolääketieteellinen hegemonia selittänee myös, miksi potilas niin harvoin kuuluu journalistisen sairaalan uutispalstoilla. Äänettömyys ei kuitenkaan merkitse potilaiden poissaolo. Potilaat ovat vahvasti läsnä sairaalan kuvastoissa. He ovat mykkiä taudin kantajia, jotka osoittavat sairaalan tarpeellisuuden. (Torkkola 2002, 81–86).

Järjestyksen ja hallinnan korostuminen journalistisessa sairaalassa murtaa biolääketieteellistä hegemoniaa ja nostaa esiin sairauksien ja terveyksien yhteiskunnallisuuden. Tämä tulkinta poikkeaa Judy Segalin (1997) tutkimuksesta, jossa todetaan terveydenhuoltokeskustelun olevan lähtökohdiltaan biolääketieteellistä. Vaikka sairaus järjestyy journalistisessa sairaalassa lääketieteelliseksi taudiksi, se ei näytä olevan ainoa tapa järjestää sairautta. Resurssit, hallinta ja talous eivät ole lääketieteellinen tapa järjestää sairautta vaan sosiaalinen. Journalistinen sairaala on instituutio, joka rakentaa terveyksien ja sairauksien erojen kautta sosiaalista järjestystä. Vaikka tätä järjestystä usein pyritään perustelemaan lääketieteellisesti, niin lähtökohdiltaan järjestys ei

¹Terveyskansalaisuus-käsitteestä ks. Helén & Jauho 2002

ole lääketieteellinen vaan poliittinen. Yhteiskunnallista järjestystä varten tuotetut terveyksien ja sairauksien rajat ovat toiset kuin taudin diagnosoimista ja hoitoa varten tuotetut rajat. Terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys konkretisoituu kysymyksiksi terveystieteiden ja terveyskansalaisuuteen liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista (ks. Helén & Jauho 2002, 25–26): Millaisessa tilanteessa ja miten paljon kansalaiselle kuuluu yhteisön huolenpitoa. Onko kaikilla kansalaisilla kaikissa sairastapauksissa samanlaiset oikeudet?

Terveysviestinnän ja -journalismin tutkimukselle terveyden ja sairauden ymmärtäminen sosiaalisen järjestyksen tuottajana voi merkitä uutta suuntaa. Monien median sairauksia eritelneiden tutkimusten (esim., Gwyn 2002, 92–119; Lupton 1995; Seale 2002, 67–92) keskeinen tulos on se, että biolääketieteelliset terveys- ja sairausdiskurssit ovat hallitsevassa asemassa. Tämä näkyy muun muassa siinä, että sairaudet esitetään tyypillisesti vaaroina, joiden voittamiseksi lääketiede tekee kaikkensa. Pohtia voi, onko biolääketieteellinen tautihegemonia ollut niin voimakas, että se on estänyt mediatutkijoita näkemästä terveyksien ja sairauksien yhteiskunnallista ulottuvuutta.

Lähteet

- Douglas, M. (2000) Puhtaus ja vaara. Ritualisoidun rajatiedon analyysi. Suomennos V. Blom & K. Hazard. Alkuteos 1966. Tampere: Vastapaino
- Foucault, Michel (2002/ 1972). The archaeology of knowledge. London: Routledge. Englannin A.M. Sheridan Smith. Ranskankielinen alkuteos 1969.
- Gadamer, H. (2004) Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa. Valikoitua ja suomennettua I. Nikander. Tampere: Vastapaino. Alkuperäisartikkelit vuosilta 1953–1985.
- Gastaldo, D. (1997) Is health education good for you. Re-thinking health education through the concept of bio-power. Teoksessa Petersen, A. & Bunto, R. (toim.) Foucault, health and medicine. London: Routledge, 113–133.
- Gwyn, Richard (2002) Communicating health and illness. London: Sage.
- Helén, I. & Jauho, M. (2003) Terveystieteiden ja elämän politiikka. Teoksessa Helén, Ilpo & Jauho, Mikko (toim.) Kansalaisuus ja kansanterveys. Helsinki: Gaudeamus, 13–32
- Kauttu, K., Reinilä, A. & Voutilainen A. (1981) Kunnanlääkärin työ ja elämä. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Lehto, J. & Blomster, P. (1999) 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveyspolitiikan suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 64:3, 207–221.
- Lupton, Deborah (1995) Medical and health stories in the Sydney Morning Herald's front page. *Australian Journal of Public Health* 19:5, 501-508.
- Segal, J. (2003) Public discourse and public policy: some ways that metaphor contains health (care). *Journal of Medical Humanities* 18:4, 217-231.
- Stakes (2002) Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten.
- Seale, Clive (2002) Media & health. London: Sage.
- <http://sty.stakes.fi/FI/sanastot/index.htm>. Luettu 18.8.2006.
- Torkkola, S (2002). Journalistista terveyttä. Näkökulmia terveystieteisiin. Helsinki: Tammi.
- Torkkola, S. (2004). Johdanto terveystieteeseen. Verkoartikkeli. Viestintätieteiden yliopistoverkosto. <http://www11.uta.fi/~ep20740/terveysviestinta/>

Hoitokäytännöt ja kokemustieto harvinaisesta sairaudesta

*Terttu Nupponen, yhteiskuntat. tri, erikoistutkija
terttu.nupponen@luukku.com*

Kehittelen parhaillani tutkimushanketta harvinaisen sairauden kokemustiedon ja hoitojärjestelmän kohtaamisen problematiikasta. *Tavoitteena on useamman tutkijan yhteinen tutkimushanke harvinaisten sairauksien ja hoitojärjestelmän suhteesta.*

Esitykseni on sosiologin näkökulma hereditaarisen angioödeeman (HAE-taudin), erään harvinaisen, globaalistikin esiintyvän hengenvaarallisen sairauden kokemiseen ja hoitokäytäntöihin. Kokemustietoon liittyy tietoa sekä sairauden erityisistä fysiologisista piirteistä että sosiaalisista seurauksista ja sen muista kaupantekijäisistä, jotka ovat luonteeltaan pitkälti sosiaalisia ja liittyvät monesti yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin.

Esittelen tässä tutkimusaiepaperissa yhtäältä suomalaista ja kokemuksellista tietoa hereditaarista angioödeemasta (HAE-tauti), toisaalta pohdin kysymystä, miten lähestyä yhteiskuntatieteellisesti HAE-taudin asiantuntijajärjestelmiä ja kokemuksellista tietoa sairauden hoidon hyvistä käytännöistä. HAE-tautia ei ole tutkittu ilmeisesti missään yhteiskuntatieteelliseltä eikä erityiseltä sosiaalilääketieteelliseltä kannalta.

Lähtökohtana on yhtäältä tutkimuksellinen, toisaalta monen potijan kokemustieto yhden harvinaisen, geenivirheeseen liittyvän sairauden, hereditaarisen angioödeeman (HAE-taudin), erityispiirteistä suhteessa suomalaisen hoitojärjestelmän perusoletuksiin ja rutiineihin. *HAE:n kokemuspärspektiivi asettaa kyseenalaisiksi medikalistiset, lääkehoitoon rakentuvat itsestäänselvyydet, niin myös yksinkertaistetut käsitykset sairastamisesta dikotomisena ”terve/sairas”-, ”kykenevä/avuton”- tilana. Tämä kaksijakoisuus ilmentää hoitokäytäntöjen ja kulttuurien perusmentaliteetteja. Hoitojärjestelmää hallitsee itsestäänselvyys, jossa pääpaino on lääkehoitoon kiinteästi liittyvällä työllä ja jossa jää sivuun oireiden lievittäminen ja hoidon kehittäminen esim. kokemuspohjaisen tiedon pohjalta.*

Sekä kotimaisen että kansainvälisen kokemustiedon perusteella näyttää siltä, että HAE:n hyvän hoidon vaatimukset ovat ristiriidassa isojen sairaaloiden ja yleisen terveydenhuollon rutiinien kanssa. Refleksiivisyyden vaatimuksilla ei ole tämän harvinaisen sairauden hoidon kohdalla ilmeistä sijaa.

Mikä harvinainen tauti? HAE-tauti on sairaus, joka perustuu geenivirheeseen. Se periytyy 50 prosentin todennäköisyydellä. Kyse voi olla myös mutaatiosta, mutta harvemmin. Tätä turvotusta säätelevän entsyymin puutokseen tai sen toimimattomuuteen pohjautuvaa HAE-tautia esiintyy kansallisuudesta, rodusta ja paikasta riippumatta yleisyysuhteessa 1:10 000-1:50 000. Sairaus aiheuttaa turvotuskohtauksia (raajoissa, kasvoissa, kielessä, hengitysteissä ja/tai vatsassa) ja on pahimmillaan hengenvaarallinen.

Samantapainen sairaus AAE voi kehittyä myös hankitusti, yleensä iäkkäillä ihmisillä lääkityksen seurauksena. Ensivassa hoitoväki saattaa pitää kohtausta allergisena reaktiona tai umpisuolentulehduksen oireina. Viivyttelyn ja tehottoman hoidon seurauksena voi olla kuolema. Hoidon puutteet ehkä liittyvätkin joissakin suvuissa selittämättömien, vauvojen tai aika nuortenkin aikuisten yhtäkkisiin kuolemiin. Kuitenkin tehokkaan lääkehoidon seurauksena potilas saattaa selvitä 4–5 tunnissa jatkamaan terveiden kanssa tavallista elämää – ja esim. kasvojen turvotuksen jälkeen palaamaan oman itsensä näköiseksi ihmiseksi. Toisaalta vaivojen pitkittyminen ja sairaalaan jääminen liittyvät hyvin monissa tapauksissa nimenomaan hoitojärjestelmän

epäasianmukaiseen toimintaan. HAE-potilaalla on näin yhteistä diabeetikkojen ja epileptikkojen elämänehtojen kanssa.

Turvotusten syntymekanismia ei tunneta tarkasti. Sen tähden ei esim. tiedetä, miksi turvotuksia ei ole koko ajan geenivirheen perineillä tai sen mutaation saaneilla. Diagnosoituja HAE-tapauksia on Suomessa n. 100 henkeä.

Se että HAE-potilaita on vähän, tekee joukosta vähäpätöisen suomalaisessa lääketieteessä ja hoitojärjestelmässä – ja välillisesti kärjistää eettis-sosiaalisia ongelmia.

Tehokkain ja turvallisin hoito merkitsee tällä hetkellä Hollannissa tai Saksassa valmistettavan verivalmisteen (C1-inhibiittorin) laittamista heti kohtauksen alussa (1–2 litraa/potilas) suoneen liuoksena. Lääke sisältää turvotusta säätelevää entsyymiä C1:tä. Se vaikuttaa yleensä puolessa tunnissa. Tällä hetkellä yksi annos maksaa Punaisen Ristin taksan mukaan sairaalalle n. 1 000 euroa. Kaiketi sen vuoksi potilaan annetaan aika yleisesti odottaa 2–4 tuntia etenevän turvotuksensa ja jatkuvien, tuskaisten vatsakipujensa ja pahoinvoinnin kanssa ennen kuin lääkettä annetaan – tai potilas saa toista, halvempaa verivalmistetta, veriplasmaa. Se taas voi tuoreimman tutkimustiedon mukaan pahentaa taudin kulkua. Ehkäiseviä lääkkeitä on kehitetty, mutta niiden teho on epävarma.

Kustannukset ovat suuret yhtä kohtausta ja hankalasti sairastavaa potilasta kohti. Kustannuslaskennassahan ei oteta yleensä huomioon ryhmän kokonaismenoja. Kuitenkin ne jäävät muutamalta kymmeneltä potilaalta vähäisiksi verrattuna suuriin kansantauteja potevien ihmisjoukkojen menoihin.

HAE-tautia potevilla on samantapaisia hoidon saannin sekä sosiaalilääketieteellisiä ongelmia maasta riippumatta. Näitä ovat mm. taudin harvinaisuus, hyvän hoidon vaatimusten tuntemattomuus, hoidon ennustamattomuus ja kuntoutuskäytäntöjen ja –instituutioiden tuntemattomuus. Sairauskohtaukset häiritsevät potilaiden ja heidän läheistensä normaalia elämää. Mitään kartoitusta tai arviota en ole nähnyt, jossa pohdittaisiin HAE-taudin ongelmatiikkaa ja seurauksia kehityksmaissa.

Sairautta podetaan mitä yksilöllisimmällä tavalla. Sairaus ilmenee yleensä lapsena tai nuorena ja tulee selvästi entistä vakavammaksi nuorilla aikuisilla. Toisilla kohtauksia on vain yksi elämässään (esim. hampaan paikkauksen yhteydessä), toisilla turvotuskohtauksia on kerran vuodessa tai joka viikko. Sairaas ja heidän läheisensä ovat asian kanssa yleensä yksin tai sitten kyse on myös tietoisesta asenteesta. Sairaus pidetään tiukasti perheen sisällä ja/tai sen ongelmia ratkotaan perheen omin resurssein.

Suomessa ei ole organisoitua vertaisverkostoa eikä potilasjärjestöä, ei myöskään olemassa olevien isojen järjestöjen alaisuudessa. Netistä löytyy tietoa muiden maiden *HAE-vertaisjärjestöistä* – esim. Bulgariaan on äskettäin perustettu alan järjestö ja tiedotuskeskus -, tapahtumista sekä keskeisestä, kansainvälisestä hoidon kehittäjästä HAE Internationalista (www.haei.org). Mm. Englannissa, Saksassa www.angiooedema.de, Italiassa ja Unkarissa tehdään aktiivista immunologista tutkimusta taudista. Yhdysvalloissa (www.hereditaryangioedema.com, www.haea.org) potilaat taistelevat paremman hoidon puolesta. Siellä ei ole virallisessa käytössä em. turvotusta säätelevän entsyymin puutosta kompensoivaa valmistetta C1-inhibiittoria, ainoaa tunnettua tehokasta lääkettä, joka on pelastanut monen potilaan hengen Euroopassa ja Kanadassa.

Kansainvälisen HAE Internationalin työhön liittyy Advisory Panel, mihin kuuluu asian-tuntija- ja vertaisjäseniä Argentiinasta, Britannian, Italiasta, Espanjasta, Yhdysvalloista sekä Unkarista. Tähän mennessä Budapestissa on vuodesta 1999 lähtien pidetty joka toinen vuosi neljä HAE-tutkimuksen workshoppiä/kongressia; suomalaisia lääkäreitä tai vertaisaktiiveja niihin ei ole osallistunut. Vertaisryhmät sekä asiantuntijat jakavat tietoa hyvän hoidon standardeista. Niitä on kirjattu Britannian ja Kanadan hyvän HAE-hoidon asiakirjoihin (Consensus Document 2005, Canadian...2005). Suomessa ei ole yhtenäistä käsitystä hyvän hoidon vaatimuksista; sellaisena

standardina näyttää silloin tällöin toimivan artikkeli, joka ilmestyi v. 2003 Lääkärilehdessä (Jarva & Meri 2003).

Teknologia on keskeisellä sijalla HAE-potilaiden vertaistoiminnassa ja hyvän lääkehoidon kehittämisessä. Yhtäältä globaalit tietoverkot ja sähköpostilistat avaavat tukilähteitä sairastajille ja läheisille, toisaalta lääkekehittely on Keski-Euroopassa vilkasta. Uusien lääkkeiden testauksissa *vertaisryhmät ovat saaneet keskeisen asiantuntijan aseman. On ilmeistä, että tässä globaalissa julkisuudessa HAE-potilaan habitus koostuu jännitteisistä aineksista, joissa huono-osaisuus ja asiantuntijuus sekoittuvat toisiinsa.*

HAE-taudin kulttuurihistorialla on yhteistä esim. suomalaisten muiden harvinaisten sairauksien kanssa: ennen biologisten mekanismien selviämistä vuonna 1963 (Donaldson & David 1963) HAE-tautia ja muuta angioödemaa sairastavia pidettiin mielisairaaloissa. Milton kuvasi taudin ensimmäisenä, v. 1876, ja William Osler selvitti v. 1888 sen perinnöllisyyden.

HAE:n aiempi lyhenne oli vielä muutama vuosi sitten Suomessa HANE, so. hereditaarinen angioneuroottinen ödeema. ”Neuroottinen”-luonnehdinta kuvaa hyvin sitä, että turvotusoireista ihmistä pidettiin helposti psyykkisesti poikkeavana. Näin kävi, kun hänen ulkonäkönsä oli esim. luomien turvotuksen tähden monta päivää poikkeava, eikä hän ei saanut silmiään auki eikä voinut nähdä. Saman kohtelun sai varmaan sekkin, joka valitti päiväkaupalla pahoinvointia ja vatsakipuja – vaivoja joiden voimakkuus ja tuskaisuus muistuttavat umpisuolentulehduksen tuottamia vakavia vaivoja.

Sairaus luetaan ihotautilääkärien erikoisalanaan. Käytännössä sitä hoitaa yhtäältä ensiapujen hoitoväki alasta riippumatta, sairaaloiden osastoilla ja poliklinikoilla useimmiten sisätautilääkäri. Esim. allergiasairaalan hoitava ihotautilääkäri ei välttämättä tapaa potilastaan HAE-kohtauksen aikana kertaakaan. Sairaus on suhteellisen huonosti tunnettu, monet hammaslääkärit kuitenkin ovat siitä perillä paremmin kuin yleislääkärit. Hoitokäytännöt ovat Suomessa vakiintumattomat. Hoitojärjestelmä käsittelee aika tyypillisesti HAE-sairaita rutiininomaisesti ja todennäköisyysoletusten pohjalta eikä ole kovin herkkä ottamaan huomioon kohtausten hengenvaarallisuutta. Kivut varsinkin jäävät vaille huomiota – kun ei löydy umpisuolentulehdusta, asiaa ei selvitetä sen pitemmälle. ”Emme me pysty poistamaan HANE-tautia häneltä.” HAE-potilas saa selvitä kummallisten kipujen kanssa yksin. Keskeistä olisi kuitenkin hoidon kehittämisessä refleksiivinen ote, kokemustiedon hyödyntäminen ja sairauden kohtausittaisuuden ja ennalta-arvaamattomuuden merkityksen pohtiminen.

Tässä hahmoteltu *tutkimus voi valottaa mm. kysymystä, millainen osa hoitokäytännöillä saattaa olla tai sitten ei saata olla huono-osaisuuden synnyttäjänä ja ylläpitäjänä.* Taudin harvinaisuus avaa monia sellaisia näkökulmia hoitojärjestelmän tarkoitettuihin ja tarkoittamattomiin vaikutuksiin, joita suomalainen tutkimus ei ole käsittäkseni tuonut esiin.

Lähteet

- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko (2006). Tuomariksi houkuteltu tiede. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.): Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Vaajakoski: Stakes.
- Canadian 2003 International Consensus Algorithm for the Diagnosis, Therapy and the Management of Hereditary Angioedema (2004). *Journal of the Allergy Clinical Immunology* 114 (3): 629–637.
- Excerpt from Angioedema. e-medicine, <http://www.emedicine.com/med/byname/Angioedema.htm>
- Donaldson, V.H. & Evans, R.R. (1963). A biochemical abnormality in hereditary angioneurotic edema: absence of serum inhibitor of C1-Esterase. *Am J Med* 35, 37–44.
- Gompels, M.M. & ym. C Inhibitor deficiency: consensus document. British Society for Immunology, Clinical and Experimental Immunology, Review, doi:10.1111/j.1365-2249.2005.02726.x.
- HAE-Blatt. Informationsheft Nr.3,-2004 für Mitglieder, Betroffene und Interessierte.
- Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena (2002). ETENE-julkaisuja 6, ETENE:n 3. kesäseminaari Helsinki, 20. elokuuta 2002, Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Sosiaali- ja terveysministeriö.
- <http://www.raredis.org/modules/news/>

- <http://www.raredis.org/modules/sections/index.php?op=printpage&artid=30>
- <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/j.1365-2249.2005.02726.x/full?cookieSet=1>
- Hänninen, Sakari (2006). Huono-osaisuuden mieli. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Tuukka Lahti (toim.): Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Vaajakoski: Stakes.
- Jarva, Hanna & Meri, Seppo (2003). Angioödeeman diagnostiikka ja hoito, Suomen lääkirilehti 42, 4239–4243.
- Kreutz, W. D. & Fischer, C. & Heller, I. & Martinez-Saguer, D. & Klarmann (1998). Substitution des C1-Esterase-Inhibitors bei Hereditärem Angioödem. Sonderdruck aus „Die Gelben Hefte“, Jg. XXXVIII, Heft 4, 109–119.
- Nzeako, Ugochukwu C. & Frigas, Evangeolo & Tremaine, William J. (2001). Hereditary Angioedema. A Broad Review for Clinicians. (Reprinted) Arch Intern Med 161, 2417-2429. www.archinternmed.com.
- Ohela, Kerttu (1977). Hereditaarinen angioneuroottinen ödeema: seitsemän suomalaisen suvun kliininen, immunologinen ja geneettinen tutkimus. Väitösk., Helsingin yliopisto.
- Reid, Maurice (2005). Angioedema. e-Medicine. Laupdated 26.th April 2005. <http://www.emedicine.com/med/TOPIC135.HTM>

SESSIO 5

Lisääntymisterveys

Oikeudenmukaisuus koeputkihedelmöityshoitojen käytössä ja resurssien jaossa

Reija Klemetti, Mika Gissler, Tiina Sevón ja Elina Hemminki

Tutkimuksen taustaa

Oikeudenmukaisuus on suomalaisessa terveydenhuollossa määritelty siten, että samanlaisessa tarpeessa olevilla on samanlainen mahdollisuus päästä hoitoon ja saada hoitoa. Terveystieteiden tutkimukseen käytettävien resurssien tulisi myös jakautua oikeudenmukaisesti sukupuolen, iän, asuinalueen ja sosioekonomisen aseman suhteen. Hedelmöityshoidoissa oikeudenmukaisuus on hankalampi määrittää. Hedelmällisyys alenee iän myötä, joten koeputkihedelmöityshoitojen tarve kasvaa naisen vanhetessa. Toisaalta hoitojen onnistuminen laskee ja äidin ja lapsen terveysongelmien riski kasvaa naisen iän myötä. Onko oikeudenmukaisempaa käyttää terveydenhuollon rajallisia resursseja keskittymällä hoitamaan vanhempia naisia eli naisia, joiden tarve hoitoihin on suurempi, vai hoitaa nuorempia naisia, joilla hoidot onnistuvat vanhempia naisia useammin ja joiden raskaudet ovat turvallisempia?

Tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata koeputkihedelmöityshoitoihin käytettyjen resurssien jakautumista hoitoja saaneiden naisten iän ja sosioekonomisen aseman sekä hoitosektorin (yksityinen/julkinen) mukaan ja pohtia resurssien jaon oikeudenmukaisuutta.

Menetelmät

Koeputkihedelmöityshoitoja vuosina 1996–1998 saaneet naiset identifioitiin Kelan lääke- ja toimenpidekorvausrekistereistä (N = 9 175). Naisten taustatiedot saatiin Kelasta ja Väestötietokeskuksesta, hoitojen korvaus- ja kustannustiedot Kelasta ja hoitoja antavilta klinikoilta ja tiedot hoidoista syntyneistä lapsista yhdistämällä naisten aineisto syntymärekisteriin.

Tulokset

Keskimääräisen 1,5 vuoden seurannan aikana vanhemmat, 40 vuotta täyttäneet naiset saivat hieman enemmän hoitosyklejä kuin nuoremmat, alle 35-vuotiaat naiset (2,5 vrt 3,0). Hoitojen onnistuminen – elävänä syntyneiden lasten lukumäärä annettuja hoitosyklejä kohti - heikkeni naisen iän myötä. Alle 35-vuotiaiden naisten hoitosykleistä 18% päättyi elävän lapsen syntymään mutta 40 vuotta täyttäneillä vain 6%. Kun kaikki seurannan aikana annetut hoitosykliä otettiin huomioon, alle 35-vuotiaista naisista 46% ja 40 vuotta täyttäneistä 17% sai elävänä syntyneen lapsen hoitojen ansiosta. Keskimääräiset kokonaiskustannukset elävänä syntyneeltä lasta kohti lisääntyivät iän myötä 13 729 eurosta (alle 35-vuotiaat) 40 662 euroon (40 vuotta täyttäneet). Kustannusten vaihtelu sosioekonomisen aseman mukaan oli pieni. Kun kustannuksia laskettiin väestökohtaisesti (kutakin ikäluokkaa ja sosioekonomista asemaa kohti), yhteiskunnan resurssit

käytettiin eniten nuorten naisten (3,3-kertaisesti vanhempiin naisiin verrattuna) ja korkeimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien naisten hoitamiseen (2,4-kertaisesti työntekijänaisiin verrattuna). Alueelliset erot olivat pieniä.

Johtopäätökset

Tutkimuksessamme ei ollut tietoa hedelmättömyyden yleisyydestä eli hoidon tarpeesta vaan koeputkihedelmöityshoitojen käytöstä, joten emme voi olla varmoja, suositaanko Suomessa nuorempia naisia hedelmöityshoidoissa. Mikäli näin on, korkeammat kustannukset ja suuremmat terveysriskit vanhemmilla naisilla puoltavat nykyisen käytännön oikeudenmukaisuutta. Erot sosioekonomisen aseman suhteen voivat kertoa epäoikeudenmukaisuudesta.

Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen terveyskeskuksissa

Tuire Sannisto ja Kari Mattila, Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos, yleislääketiede ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, yleislääketieteen yksikkö
Elise Kosunen, Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos, yleislääketiede ja STAKES
Yhteydenotot: tuire.sannisto@uta.fi

Lähtökohdat

Raskauden ehkäisyneuvonnan järjestäminen määrättiin Kansanterveyslaissa 1972 kuntien tehtäväksi. On epäilty, että viime vuosikymmenten yhteiskunnallisten ja terveydenhuollon muutosten myötä terveyskeskusten ehkäisyneuvontapalveluiden tarjontaa olisi heikennetty. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyskeskusten raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden nykytilaa sekä terveyskeskusorganisaatioiden että niissä ehkäisyneuvontatyötä toteuttavien toimipisteiden näkökulmasta.

Menetelmät

Tutkimus toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa (N = 63) syksyllä 2005 sähköpostikyselynä. Kyselylomakkeet suunnattiin erikseen johtaville lääkäreille (vastausprosentti 78), hoitotyön johtajille (95 %) sekä 122:lle ehkäisyneuvontatyötä tekeväälle lääkärille (69 %) ja 128 hoitajalle (92 %). Lopullisessa tarkastelussa oli mukana 104 eri toimipistettä, joista sadasta oli hoitajien vastaus ja lääkäreiden vastauksia oli 72.

Tulokset terveyskeskuksittain

Raskauden ehkäisyneuvontapalveluita oli yleisimmin (n = 34, 54 %) tarjolla yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa. Kolmessatoista (21 %) terveyskeskuksessa palvelut oli keskitetty erilliseen ehkäisyneuvolaan. Viidessä terveyskeskuksessa palvelut järjestettiin osana väestövastuista neuvolatyötä. Yhdessätoista terveyskeskuksessa ehkäisyneuvontaa toteutettiin neuvolatoiminnan ulkopuolella osana muuta lääkärin vastaanottotyötä. Rajoituksia keskitettyjen palveluiden piiriin pääsyssä ilmoitti kaksi suurta kaupunkiterveyskeskusta. Perhesuunnittelupalveluiden kehittämisestä vastaava lääkäri oli nimettävissä 20:ssä (41 %:ssa vastanneista) ja hoitaja 22 (39 %) terveyskeskuksessa. Yhdeksässä terveyskeskuksessa oli nimetty sekä vastuulääkäri että -hoitaja, 19:ssä ei kumpaakaan. Tieto vastuulääkäristä jäi puuttumaan 14:stä ja -hoitajasta kuudesta terveyskeskuksesta.

Tulokset toimipisteittäin

Toimipisteiden työntekijöillä, erityisesti lääkäreillä, oli laaja työnkuva: lääkäreillä keskimäärin 6,4 ja hoitajilla 4,0 eri terveyskeskustyön tehtäväaluetta. Hoitajan vastaanotolle ehkäisyneuvontaan pääsi 52 %:ssa toimipisteistä keskimäärin kolmessa päivässä. Lääkärin vastaanotolle oli 77 %:ssa

toimipisteistä jonotettava vähintään 7 arkipäivää. Vastaanottoajan pituus oli hoitajilla keskimäärin 31 (15–53) min ja lääkäreillä 18 (10–30) min. Ehkäisyvälineiden, yleisimmin ehkäisytablettien, ilmaisjakelua harjoitettiin kaikissa toimipisteissä, mutta toiminnan eroavaisuudet toimipisteiden välillä olivat suuria. Ehkäisyneuvontatyön kirjallisena ohjeena ilmoittivat lääkärit yleisimmin käytettävän Yleislääkärin käsikirjan ja tietokannan ohjetta (42 %), hoitajat terveystieteiden oman ohjetta (64 %).

Päätelmät

Raskauden ehkäisyneuvonta on terveystieteissä järjestetty monin eri tavoin, yleensä muun neuvolatyön ohessa. Merkittävässä osassa terveystieteitä ehkäisyneuvontaa oli tarjolla pelkästään lääkärin vastaanotolla ilman neuvolatiimin tukea, mikä saattaa heikentää palveluiden saatavuutta, laatua ja pitkäjänteistä kehittämistyötä. Ehkäisyneuvonnan vastaanottotapahtumaan käytetään yleensä riittävästi aikaa, mutta hidas lääkärin vastaanotolle pääsy saattaa vaikeuttaa raskauden ehkäisyn toteutumista. Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelukäytännöt vaihtelevat melko paljon toimipisteiden välillä. Noin kolmanneksessa terveystieteistä ei ole ehkäisyneuvonnan kehittämisen vastuuhenkilöä.

Seksuaalielämän palautuminen ja raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen

Elise Kosunen, Lääketieteen laitos, Tampereen yliopisto

Riittakerttu Kaltiala-Heino, EVA, TAYS ja terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto

Tausta

1990-luvulla kiinnitettiin huomiota siihen, että raskauden keskeytykset lisääntyivät tavanomaisessa synnytysikässä olevilla naisilla. Rekisteriaineiston yksityiskohtaisempi analyysi (2002) osoitti kohonneen raskauden keskeytyksen riskin 6–8 kuukauden kuluttua synnytyksestä, mikä viittaa ongelmiin raskauden ehkäisyssä synnytyksen jälkeisenä aikana. Ehkäisyyn tulisi olla tehokkaasti järjestetty viimeistään täysimetyksen loppuessa (Suomessa yleensä 3–6 kk synnytyksen jälkeen), ellei uusi raskaus ole heti suunnitelmassa. Viimeisimpien kansainvälisten suositusten mukaan käytännöllisesti katsoen kaikki ehkäisymenetelmät (yhdistelmäehkäisypillerit mukaan lukien) ovat käytettävissä tässä vaiheessa, vaikka osittainen imetys jatkuisikin.

Aineisto

Tutkimus on osa Äitien hyvinvointi -hanketta, joka toteutettiin kyselynä Kangasalan ja Lempäälän kunnissa. Mukaan kutsuttiin äitiysneuvolaan hakeutuneet ensi- ja uudelleensynnyttäjät kevään 2002 ja kevään 2003 välisenä aikana. Terveystieteiden laitos pyysivät äitejä mukaan tutkimukseen ensimmäisten neuvolakäyntien yhteydessä. Suostumuksensa antaneille äideille jaettiin kyselylomakkeet alku- ja loppuraskaudessa sekä kaksi kertaa synnytyksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa raportoidaan seksuaalielämän palautumista, imetystä ja ehkäisymenetelmien käyttöä koskevat tulokset niiltä, jotka osallistuivat tutkimukseen kolme kuukautta (n=218) ja vuosi synnytyksen jälkeen (n = 142).

Tulokset

Äideistä 79 % äideistä oli aloittanut sukupuolielämän kolmen kuukauden sisällä synnytyksestä, ja heistä 43 %:lla yhdyntöjä oli viikoittain. Tässä vaiheessa koko joukosta 79 % imetti, pelkkää rintamaitoa antoi 48 % (60 % imettävistä). Yhdynnät aloittaneilla imetys ja täysimetys oli vähäisempää kuin ei-aloittaneilla. Yhdynnät aloittaneista 58 % käytti kondomia, 14 % lääketieteellisiä menetelmiä (hormonaalisia menetelmiä tai kierukkaa) ja 21 % ei mitään ehkäisyä. Osittain imettävillä tai imetyksen lopettaneilla äideilläkin kondomi oli yleisimmin käytetty menetelmä (51 %), 24 % käytti lääketieteellisiä menetelmiä ja 26 % ei mitään. Ehkäisyä käyttämättömistä neljännes ei kuitenkaan halunnut lisää lapsia tai ei osannut sanoa kantaansa asiaan.

Yhdynnät aloittaneet ilmoittivat merkitsevästi useammin olevansa tyytyväisiä seksielämäänsä kuin ei-aloittaneet. Lääketieteellisiä menetelmiä käyttävät olivat merkitsevästi tyytyväisempiä ehkäisyynsä kuin kondomin käyttäjät, mutta tyytyväisyydessä seksielämään ei ollut eroa ryhmien välillä. Jälkiehkäisyn käyttö tunnettiin heikosti: kaikista kolmen kuukauden kohdalla vastanneista 7 % tiesi jälkiehkäisyn käytön oikean taka-aikarajan (72 tuntia). Kondomin käyttäjien ja lääketieteellisiä menetelmiä käyttävien välillä ei ollut eroa tietämyksessä.

Vuoden kuluttua synnytyksestä sukupuolielämä oli palautunut vastanneista lähes kaikilla (n = 138), imetystä jatkavia oli 15 % (n = 22). Uudelleen raskaana olevia oli 13. Kondomi oli edelleen yleisimmin käytetty ehkäisy (42 %). Lääketieteellisen menetelmän oli aloittanut 36 %, näistä kolmannes oli aloittanut sen vasta, kun synnytyksestä oli kulunut jo yli puoli vuotta.

Tyytyväisyys ehkäisymenetelmään oli edelleen vuosi synnytyksen jälkeen merkitsevästi suurempi lääketieteellisen menetelmän käyttäjillä kuin kondomin käyttäjillä. Toisin kuin edellisen vaiheen kyselyssä, näitä menetelmiä käyttävät olivat tyytyväisempiä myös seksielämäänsä kuin kondomia käyttävät.

Johtopäätökset

Vaikka aineisto oli pieni, viittaavat tulokset vahvasti siihen, että synnytyksen jälkeisiä raskauden ehkäisykäytäntöjä on syytä tehostaa. Aihe tulee huomioida terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutuksessa. Suoraan väestölle suunnattua tiedostusta ehkäisymenetelmistä (imetys- ja jälkiehkäisy ja jälkiehkäisy mukaan lukien) tulee lisätä.

Attitudes and religious beliefs of the Somali men's condom and the women's contraceptive use in Finland

*Filio Degni, PhD, University of Turku Department of Public Health Lemminkäisenkatu 1
20520 Turku*

Abstract

Approximately 5000 to 6000 Somali refugees arrived in Finland between 1990 and 1995. Presently, 8098 have settled in Finland. The study was conducted in 1998. Qualitative and quantity methods were used to collect the data among 47 Somali married men living in the city of Helsinki, Turku. The aim of the research was to study Somali men's attitudes to condom and the women's contraceptive use. The findings the study revealed that the large majority (63% of the men) did not use condoms including those who did revealed their condom use behavior but also reject stigmatically the women's contraceptive use according to them in the legacy of their religion, Islam against 27% who use condoms and were in favor in women's using modern contraceptive methods. For this last group, condom use and women's contraceptive use were not affected by religious beliefs.

Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa (NELLI): pilottitutkimuksen tuloksia

*Riitta Luoto, UKK Instituutti ja Terveystieteen laitos, TaY ja NELLI-tutkimusryhmä**
(*Kinnunen TI, Aittasalo M, Fogelholm M, Pasanen M, Ojala K ja Mansikkamäki K, UKK
Instituutti ja Terveystieteen laitos, TaY; Lehtomäki L, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Tam-
pere; Koponen P, Hämeen ammattikorkeakoulu, Hämeenlinna; Weiderpass E, Karolinska In-
stitutet, Tukholma, Ruotsi; Hilakivi-Clarke L, Georgetown University, Washington DC, USA)

Tausta

Aiemman tutkimuksemme mukaan suositukset ylittävä raskauden aikainen painonnousu saattaa lisätä postmenopausaalisen rintasyövän riskiä. Suuri raskauden painonnousu myös hidastaa painon palautumista raskauden jälkeen.

Tavoitteet

Esitutkimuksen tavoitteena oli kokeilla tutkimusprotokollan toimivuutta äitiys- ja lastenneuvoissa. Lisäksi tavoitteena oli tutkia, onko terveydenhoitajien toteuttamalla liikunta- ja ravitsemusneuvonnalla ja ohjatulla ryhmäliikunnalla vaikutusta ensisynnyttäjien fyysiseen aktiivisuuteen, ravintotottumuksiin, raskauden aikaiseen painonnousuun ja raskauden jälkeiseen painonkehitykseen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimukseen osallistui 6 äitiys- ja lastenneuvola, joista 3 oli koe- ja 3 kontrollineuvoita. Tutkimukseen rekrytoitiin elokuun 2004 ja tammikuun 2005 välisenä aikana yhteensä 225 ensisynnyttäjää: 133 raskaana olevaa (8.–12. raskausviikko) ja 92 synnyttäneitä (2 kk synnytyksestä). Koeneuvoissa oli tavanomaisten neuvolakäyntien yhteydessä tehostettua liikunta- ja ravitsemusneuvontaa. Liikuntaneuvonta toteutettiin ensimmäisellä ja ravitsemusneuvonta toisella neuvolakäynnillä. Liikuntaneuvontaa tehostettiin sen jälkeen vielä neljällä ja ravitsemusneuvontaa kolmella käynnillä. Tutkittavilla oli mahdollisuus osallistua ohjattuun ryhmäliikuntaan kerran viikossa. Kontrollineuvoissa asiakkaiden neuvonta jatkui entiseen tapaan, eikä ryhmäliikuntaa järjestetty. Tutkimus kesti raskaana olevilla 37. raskausviikolle ja synnyttäneillä lapsen 10 kk ikään saakka. Tiedot liikunta- ja ravintotottumuksista, psyykkisestä hyvinvoinnista sekä mahdollisista haittavaikutuksista kerättiin kyselylomakkeilla, lisäksi synnyttäneiltä mitattiin paino ja vyötärön ympärys jokaisella tutkimuskäynnillä. Tutkimuksen toteutettavuutta arvioitiin tutkimukseen laadittujen apulomakkeiden, kyselylomakkeiden, neuvolakäyntien ja ryhmäkeskustelujen avulla. Osoittimina ovat osallistumisprosentti, neuvontakäyntien toteutuminen, puuttuvien tietojen ja keskeyttäneiden määrä sekä terveydenhoitajien ja tutkittavien kokemukset.

Tulokset

NELLI- tutkimuksen tuloksia ei ole vielä julkaistu (9/2006). Alustavien tulosten mukaan interventio lisäsi raskaana olevien kasvisten, hedelmien ja marjojen käyttöä ja piti yllä runsaskuituisen leivän osuutta kaikesta leivästä, mikä lisäsi myös kuidun saantia. Lisäksi koeryhmäläiset säilyttivät kontrolliryhmäläisiä paremmin ennen raskautta olleen vähintään kohtuukuormitteisen liikunnan viikoittaisen määrän raskauden loppuun saakka. Raskauden aikaisessa painonnousussa ei kuitenkaan ollut eroa ryhmien välillä. Synnyttäneillä koeryhmäläisillä runsaskuituisen leivän osuus kaikesta leivästä suureni ja he palautuivat raskautta edeltävään painoon useammin kuin kontrollineuvoloiden äidit. Liikuntatottumusten muutoksessa ei ollut eroa ryhmien välillä. Koeryhmän äitien lapsista yksikään ei ollut suurikokoinen (syntymäpaino > 4 kg), mutta kontrolliryhmässä makrosomisia lapsia oli 15 %.

Johtopäätökset

Pilotin kokemukset olivat rohkaisevia ja osoittavat, että tehostettu raskauden aikainen elintapaneuvonta voi vaikuttaa liikunta- ja ravintotottumuksiin. Kokemukset ja tulokset auttavat uuden interventiotutkimuksen suunnittelussa.

PERJANTAI 6.10.

RYHMÄ 1

Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomen terveydenhuollossa: Kansalliset politiikkatoimijat jäsenyyden reunaehtojen muovaajina

*Suvi Nieminen, Terveystieteen laitos, 33014 Tampereen yliopisto
suvi.k.nieminen@uta.fi*

Johdanto

Vanheneva väestö ja vähenevä työvoima haastavat lähivuosina Suomen useiden muiden länsimaiden tavoin pohtimaan hyvinvointipalvelujensa turvaamisessa tarvittavan työvoiman rekrytointikysymyksiä. Suurimman haasteen terveydenhuollon työvoiman saatavuudelle ennustetaan muodostuvan hoitohenkilöstöstä, joka vielä 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa kärsi mittavasta joukkotyöttömyydestä (esim. STM 2005; sairaanhoitajatyöttömyydestä ks. myös Santamäki 2004).

Useat rekrytointiongelmien kanssa painivat länsimaat ovat vuosikymmeniä hoitaneet terveydenhuollon henkilöstövajettaan turvautumalla laajamittaiseen ulkomaisen työvoiman rekrytointiin. Terveysammattilaisten kansainvälinen rekrytointi ja 'aivovienti' köyhistä maista rikkaampiin maihin on ollut myös kiivaan kansainvälisen polemiikin kohde. (Bach 2003 & 2006; Buchan & Calman 2004; myös Hugman 1991, 147-173) Suomessa ulkomaisen terveydenhuoltoalan tutkimuksen suorittaneiden ulkomaalaistaustaisten terveysammattilaisten määrä on ollut kuitenkin hyvin marginaalinen, ja useimmista muista länsimaista poiketen Suomi on vielä 2000-luvun alussakin profiloitunut ennemmin terveysammattilaisten maasta- kuin maahanmuuttomaana.

Maahanmuuttaja-ammattilaisten merkityksen Suomenkin terveydenhuollossa voi kuitenkin odottaa kasvavan tulevaisuudessa, kun terveydenhuolto joutuu demografisen muutoksen johtamassa siirtymävaiheessa kamppailemaan entistä lujemmin riittävän työvoiman rekrytoimisesta. Muuttuvassa yhteiskunnallisessa ja työmarkkinapoliittisessa tilanteessa myös ammatilliset rajat ja kvaalifikaatiot joutuvat uudelleenmuotoilun kohteiksi (esim. Henriksson 1998; Henriksson & Wrede 2004). Näihin neuvotteluihin osallistutaan monilla eri tasoilla - niin valtiollisella, järjestöpoliittisella kuin työpaikkatasoillakin. Niissä rakennetaan uudelleenmäärittelyä siitä, kuka on, kenestä voi tulla ja millä ehdoin tunnustettu ammattilainen Suomen terveydenhuollossa. Kansallisen politiikan tasolla määritellään niin yhteiskunnallisen kuin ammatillisenkin jäsenyyden rajat ja reunaehdot mm. pätevyysvaatimusten kautta. Hyvinvointiammatteja koskeva politiikka muodostaa kehyksen, jolla on merkittävä mutta toistaiseksi vielä vähän tunnustettu ja tutkittu vaikutus maahan muuttaneiden terveysammattilaisten asemaan kansallisilla työmarkkinoilla (esim. Hugman 1991).

Tässä esityksessä tarkastelen, millaista jäsenyyttä maahanmuuttajasairaanhoitajille konstruoidaan osana Suomen terveydenhuoltoa niin valtiopoliittisella tasolla kuin työmarkkinajärjestöjen tahoilla. Keskeisimpinä valtiollisina toimijatahoina tarkastelen kansallisesta terveystalitiikasta vastaavaa ja siten myös terveydenhuollon henkilöstöpolitiikkaa ohjaavaa sosiaali- ja terveysministeriötä sekä kansallisesta työ- ja maahanmuuttopolitiikasta vastaavaa työministeriötä. Työmarkkinajärjestötoimijoista tarkastelen Kuntaliittoa maan suurimpien terveysalan työnantajien, kuntien, asiamiehenä. Työntekijäpuolen näkemysten esille tuojana tarkastelen maan suurinta terveys- ja sosiaalialan ammattilaisten liitto Tehyä. Tarkasteluajanjaksolla, vuosien 2000–2005

aikana, julkaistuista dokumenteista on tarkempaan analyysiin valittu kunkin toimijatahon kohdalla dokumentti, jossa tehdään kysymyksen kannalta keskeisimmät politiikkalinjaukset. Primaariaineisto koostuu siten seuraavista dokumentista: *Työpolitiikan strategia 2003 – 2007 – 2010* (Työministeriö 2003), *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitotoimikunnan mietintö* (STM 2001), *Kuntien työvoima ja henkilöstö 2010* (Kuntaliitto 2002) ja *monikulttuurisuus selvitys* (Tehy 2005a, 2005b).

Lähtöolettamukseni on, että poliittisen kielenkäytön ja kannanottojen vaikutukset kantavat yksilötasolle asti paitsi toimintalinjausten, resurssien allokoinnin ja viranomaisohjeistusten kautta myös erilaisia ihmisryhmiä ja niiden yhteiskunnallisia suhteita koskevien määrittelyjen ja kategorisointien kautta, jotka osallistuvat kansalliseen kulttuurisen ymmärryksen ja merkityksenannon rakentamiseen (vrt. Potter & Wetherell 2001; Wetherell & Potter 1992; Huttunen & Löytty & Rastas 2005, 25). Artikkelissani kysyn, kuinka kansallisen tason poliittiset toimijat konstruoivat politiikkadokumenteissaan maahanmuuttajasairaanhoitajia osaksi Suomen terveydenhuoltoa niin työvoimaresurssina kuin terveydenhuollon ammattilaisina; millä tavoin ja ehdoin tämä tapahtuu, ja millaisia seuraamuksia kielenkäytöllä on? Erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat ulossulkemisen tavat ja segregatioon liittyvät kysymykset.

Esitekseni muodostaa osan sosiaali- ja terveyspolitiikan alaan kuuluvasta väitöskirjasta ”Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomen terveydenhuollossa – Ammatillisen jäsenyyden (moni)kulttuuriset neuvottelut”. Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella osana dosentti Lea Henrikssonin johtamaa Rekrytoinnin politiikka – tutkimusprojektia (2004-2007). Tutkimuksessa tarkastellaan EU-/ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien asemaa Suomen terveydenhuollossa sekä ulkomaalaisestaustaisten saamia merkityksiä ammatti- ja työyhteisöjen jäsenyyden kulttuurisissa neuvotteluissa. Ammatillisen jäsenyyden neuvottelua tarkastellaan sekä sairaanhoitajien omasta näkökulmasta merkityksellistettynä että kansallisella politiikkatasolla määritettävien reunaehtojen kautta. Teoreettisesti tutkimus nojautuu etnistien suhteiden tutkimuksen ja sosiologisen terveysammattien tutkimuksen perinteisiin.

Maahanmuuttaja-ammattilaisten monet kategoriat

Vuoden 2005 toukokuun loppuun mennessä Terveystutkimuskeskus oli myöntänyt ammatinharjoittamisluvan noin 140:lle EU-/ETA-maiden ulkopuolella sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneelle ulkomaalaiselle ja noin 1000:lle vastaavanlaiselle lääkärille. Samana vuonna TEO rekisteröi 56 uutta EU-maista Suomeen muuttanutta ulkomaalaista sairaanhoitajaa. (TEO 2006; L. Kinnunen, henkilökohtainen tiedonanto 26.6.2005). EU-/ETA-maiden ulkopuolelta tulevien terveydenhuollon ammattilaisten vaikeutena on ammatillisen pätevyyden tunnustamisen ja sitä kautta ammatinharjoittamisoikeuden saaminen (esim. Kyhä 2006; vrt. myös Wickett & McCutcheon 2002). Suomessa asuvien, EU-/ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden mutta Suomessa laillistamattomien sairaanhoitajien määräästä ei ole virallisia tilastoja.

Eri toimijatahot ottavat kantaa terveydenhuollon työvoimakysymykseen kukin oman toiminta-alansa perspektiivistä ja intresseistä käsin. Toimijatahojen kesken vallitsee yhteisymmärrys siitä, että terveydenhuoltoa uhkaava rekrytointikriisi vaatii osakseen aktiivisia toimenpiteitä. Sen sijaan toimintalinjaukset ja potentiaalisille työvoimaresursseille, näiden muassa ulkomaalaisille ammattilaisille, rakennetut positiot, merkityksenannot ja kategorisoinnit vaihtelevat huomattavasti.

Työministeriö (2003) määrittelee aktiivisen työperusteisen maahanmuuttopolitiikan yhdeksi työhallinnon toiminnan viidestä strategisesta lähtökohdasta. Maahanmuuttaja-ammattilaisilla on siten keskeinen asema ministeriön agendalla, ja heidät nähdään välttämättömänä resurssina

hyvinvointivaltion työvoiman tarjonnan kannalta tulevaisuudessa. Työministeriön tavoin myös työnantajapuoli, Kuntaliitto, näkee Suomen terveydenhuollon tarvitsevan kipeästi maahanmuuttaja-ammattilaisia. Työministeriön ja Kuntaliiton sinänsä samansuuntaiset linjaukset pitävät kuitenkin sisällään hyvin erilaisia näkemyksiä ja kategorisointeja. Ministeriön työperusteisen maahanmuuttopolitiikan perspektiivistä katsoen humanitaarisista syistä saapuvat maahanmuuttajat muodostavat sekundaarisen ryhmän. Koulutetuista ja ammattitaitoisista työperusteisista muuttajista poiketen humanitaarisista syistä saapuvat maahanmuuttajat, erityisesti pakolaiset, nähdään kouluttamattomana ja vaikeasti työllistettävänä ryhmänä, jolla on myös kulttuurista johtuvia ongelmia sopeutua suomalaiseen yhteiskuntaan. Arvottomalla maahanmuuttajan ammattitaidon ja sopeutumiskyvyn maahanmuuttosyyntä perusteella Työministeriö sulkee ylivoimaisen enemmistön Suomeen tähän asti muuttaneista ulkomaalaisista terveydenhuollon ammattilaisista potentiaalisena ja arvostettuna pidetyn työvoimareservin ulkopuolelle. Linjaus suo samalla Suomelle vapauden oman preferenssijärjestyksen luomiseen eri lähtömaiden kesken.

Sen sijaan Kuntaliiton ja Tehyn painotuksissa on vahvasti läsnä maassa jo asuvien maahanmuuttaja-ammattilaisten aseman vahvistaminen. Molemmat työmarkkinajärjestöt konstruoivat maahanmuuttajasairaanhoitajat 'kokeneina ammattilaisina', jotka tuovat Suomen terveydenhuoltoon kielitaitoa, kulttuurista tietoutta, työkokemusta sekä tarkemmin määrittelemättömiä 'positiivisia taitoja' (esim. Kuntaliitto 2002, 15; Tehy 2005b). Kuntaliitosta poiketen Tehy ei kuitenkaan näe sairaanhoitajien maasta- tai maahanmuutolla olevan huomattavaa merkitystä hoitoalan työvoiman saatavuuden kannalta Suomessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön agendalla maahanmuuttajasairaanhoitajat näyttäytyvät varsin triviaalina kysymyksenä. Heidä ei nähdä muiden potentiaalisiksi katsottujen työvoimaresurssien – mm. ikääntyvien, nuorten ja vajaakuntoisten – tavoin aktiivisina subjekteina tai merkittävänä työvoimakategoriana. He toimivat kuitenkin eräänlaisina varaventiileinä, joka mahdollistavat Suomelle muiden pohjoismaiden mallin seuraamisen ”hankkia työvoimaa maan ulkopuolelta” (STM 2001, 85). Toisaalta heidät konstruoidaan terveydenhuollon työmarkkinoille ikään kuin itsestään vuotavana työvoimahanana: ”...sosiaali- ja terveysalalle tulee ulkomaista työvoimaa samassa suhteessa kuin muillekin sektoreille” (emt., 112–113). Tulkitsen segregaaation tapahtuvan STM:n agendalla eräälaisella ’suomalaiset ammattilaiset’ ja ’ulkomaalainen työvoima’ -akselilla, jossa suomalaisista hoitajista joudutaan taistelemaan kansainvälisesti kiristyvässä kilpailutilanteessa, kun taas ulkomaalaisten hoitajien kohdalla kysymys on yksinkertaisesta hankinnasta tai heidän automaattisesta valumisestaan työmarkkinoille – joista viime mainittu oletamus ei myöskään pidä paikkaansa tilastojen valossa (esim. Tilastokeskus 2003); ulkomaalaiset ovat selkeästi aliedustettu ryhmä terveydenhuollon työntekijöiden joukossa.

Toisaalta STM:n ’suomalainen–ulkomaalainen’ -erottelu ei päde samalla tavalla eri ammattiryhmien välillä. Ulkomaalaisista sairaanhoitajista poiketen ulkomaalaisille lääkäreille rakennetaan merkittävä status, ja heidän asemaansa pyritään vahvistamaan mm. pätevoittämistä tehostamalla. Kysymykseen voi siten kytkeä niin professionaalisten valtakysymysten kuin sukupuolisuudenkin näkökulmat.

Lähteet

- Bach, Stephen (2006). Going Global? The Regulation of Nurse Migration to the UK. Paper presented at the British Journal of Industrial Relations Workshop on the Political Economy of Immigration and Migrant Labour, Centre for Economic Performance, London School of Economics, 10–11 March 2006.
- Bach, Stephen (2003). International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues. Geneva: International Labour Office.
- Buchan, J. & Calman, L. (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Geneva: International Council of Nurses.
- Henriksson, Lea (1998). Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) (2004). Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus.

- Hugman, R. (1991). *Power in Caring Professions*. Basingstoke: Macmillan
- Huttunen, Laura, Löytty, Olli & Rastas, Anna (2005). Suomalainen monikulttuurisuus. In Rastas, A., Huttunen, L. & Löytty, O. (toim.) *Suomalainen vieraskirja. Kuinka käsitellä monikulttuurisuutta*. Tampere: Vastapaino, 16–44.
- Kuntaliitto (2002). *Kuntien työvoima ja henkilöstö 2010*. Kuntaliitto.
- Kyhä, Henna (2006). Miksi lääkäri ei kelpaa lääkäriksi? Korkeakoulutetut maahanmuuttajat Suomen työmarkkinoilla. *Aikuis-kasvatus* (2), 122–129.
- Potter, J. & Wetherell, M. (2001). *Unfolding Discourse Analysis*. Teoksessa Wetherell, M., Taylor, S. and Yates S.J.: *Discourse Theory and Practice. A Reader*. London: Sage, 198–209.
- Santamäki, Kirsti (2004). Sairaanhoidajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 144–167.
- STM (2005). Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantar ryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2005 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiota 2005:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tilastokeskus (2003). *Työssäkäyntitilasto*.
- Työministeriö (2003). *Työpolitiikan strategia 2003 – 2007 – 2010*. Työhallinnon julkaisu nro 334. Helsinki: Työministeriö.
- Wetherell, Margaret & Potter, Jonathan (1992). *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Legitimation of Exploitation*. Cornwall: Harvester Wheatsheaf.

Sosioekonomisen aseman vaikutus terveyspalvelusektorin valintaan

Professori Jari Vuori, HTT ja Jaana Hurri, TtM, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos

Kuvailun kohteena oleva aineisto sisältyy kansalaisten terveyspalvelujen valintaa koskevaan tutkimukseen, joka on osa Kuopion yliopiston, Suomen Akatemian ja Kansaneläkelaitoksen hanketta. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa. Tässä osiossa käsitellään kaupungeista satunnaisotannalla valittujen 20–80-vuotiaiden tulojen, koulutuksen ja terveyspalvelusektorin valinnan yhteyttä¹. Tulot ja koulutus valittiin tarkasteltaviksi, koska aiemmissa tutkimuksissa korkeampien tulojen ja paremman koulutuksen on osoitettu lisäävän terveyspalvelujen käyttöä ja vaikuttavan myös valintaan julkisen tai yksityisen hoitopaikan välillä (Propper ym. 2005, Propper 2000).

Tuloina tiedusteltiin kyseisen kotitalouden yhteenlaskettuja tuloja tai etuuksia veroja vähentämättä kuukaudessa ja kotitalouden säästöön tai vapaaseen kulutukseen kuukaudessa jäävää rahamäärää. Kotitalouksien yhteenlasketut tulot asettuivat tässä otoksessa pääosin 1 000 ja 6 000 euron välille kuukaudessa. Tilastokeskuksen vuodelta 2004 keräämien tulotietojen mukaan kansalaisten keskimääräiset tulot olivat noin 1 760 euroa kuukaudessa (Tulot ja kulutus 2004). Tässä otoksessa suurella osalla talouksista tulot ylittivät tilastokeskuksen raportoiman tulojen keskiarvon. Alle 500 euroa kuukaudessa ansaitsevia kotitalouksia oli vain 3.9 % ja yli 7 001 euroa ansaitsevia 6.2 %. Kun tuloja tarkasteltiin kuukaudessa säästöön tai vapaaseen kulutukseen jäävän rahamäärän avulla, muodostui jakauma tasaisemmaksi kuin edellä. Alimpaan, ”50 euroa tai vähemmän” -luokkaan, ilmoitti kuuluvansa 10,2 % kotitalouksista ja 15.9 % ylimpään, ”yli 901 euroa” -luokkaan.

Tässä aineistossa vastaajien koulutustausta painottui opistotason- tai ammattikorkeakoulututkinnon (25 %) ja yliopistotutkinnon (26 %) omaaviin. Prosenttiosuudet on huomattavan korkeat, jos niitä verrataan tilastokeskuksen tilastolukuihin (Koulutus 2004). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2004 oli tutkinnon suorittaneita 10.7 % ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita ja yliopistotutkinnon suorittaneita 9.4 %. Otoksen korkeammat kuukausiansiot ja parempi koulutustausta selittyvät varmasti osaltaan sillä, että aineisto oli kerätty suurista kaupungeista.

Terveyspalvelusektorin valintaa tiedusteltiin kysymällä missä hoitopaikassa vastaaja oli viimeksi käynyt. Sektorivalinnan yhteydessä käsiteltiin vain kansalaisten valintaa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Yli puolet (52.3 %) kyselyyn vastaajista ilmoitti viimeiseksi hoitopaikakseen julkisen terveydenhuollon ja 30.2 % yksityisen.

Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoimalla kuukausitulot, säästöön tai vapaaseen kulutukseen jäävät tulot ja koulutus vastaajan edellisellä hoitokerralla valitseman terveyspalvelusektorin kanssa. Kuukausitulot ja terveyspalvelusektorin ristiintaulukoinnissa huomattiin, että tuloilla oli vaikutusta terveyspalvelusektorin valintaan. Matalammassa tuloluokassa aina tuloihin 3 000 euroa kuukaudessa asti oli julkinen terveydenhuolto ollut pääasiallinen valinta hoitopaikaksi. Henkilö, jonka tulot ylittivät 6 000 euroa kuukaudessa, oli valinnut hoitopaikakseen yksityisen terveyspalveluja tuottavan yrityksen useammin kuin julkisen yksikön. Vastaajan säästöön tai vapaaseen käyttöön jäävän rahamäärän alittaessa 300 euroa kuukaudessa, oli julkinen tervey-

¹Tutkimuksen tulokset julkaistaan kokonaisuudessaan myöhemmin.

denhuolto selvästi suosittu vaihtoehto hoitopaikan valinnassa. Kun säästöön tai vapaaseen käyttöön jäävä rahamäärä ylitti 700 euroa kuukaudessa, kohdistui valinta useammin yksityiseen terveydenhuollon yksikköön kuin julkiseen.

Tarkasteltaessa koulutustaustan suhdetta terveyspalvelusektorin valintaan, voidaan ajatella, että vaikuttavina tekijöinä koulutuksen lisääntyessä ovat sekä asiakkaan suuremmat tulot että valintaa ohjaavan tiedon lisääntyminen (Propper ym. 2005). Jatkoanalyysissa olisi silti tärkeää tietää, mistä valita lopulta syntyy. Väestöotos on yleistettävissä kyllä yliopistokaupunkeihin, mutta aineistossa koulutetut ovat yliedustettuina. Lisäksi se mistä vastaajat lopulta saavat tietonsa palveluista ja miten mm. julkisen palvelun kielteinen julkisuuskuva vaikuttaa valintaa, tulee tutkittavaksi. Sektorivalinnan selitykseksi pelkkä rahallinen mahdollisuus käyttää yksityistä on teoreettisesti ohut (ks. esim. Vuori 1998, 2001, Vuori & Laamanen 2004).

Lähteet

- Koulutus 2004 [on line]. Tilastokeskus päivitetty 21.12.2005 [viitattu 13.4.2006]. Saatavissa [www-muodossa: <URL:http://www.stat.fi>](http://www.stat.fi)
- Propper, C. (2000). The demand for private health care in the UK. *J Health Econ* 19(6), 855–876.
- Propper, Carol & Eachus, Jenny & Chan, Philip & Pearson, Nicky & Smith, George Davey (2005). Access to health care resources in the UK: the case of care for arthritis. *Health Econ* 14, 391–406.
- Tulot ja kulutus 2004 [on line]. Tilastokeskus päivitetty 12.4.2006 [viitattu 13.4.2006]. Saatavissa [www-muodossa: URL: http://www.stat.fi](http://www.stat.fi)
- Vuori, Jari (1998). Terveyspalvelujen laatu ja palveluluottoidea. *Hallinnon tutkimus* 3, 211–218.
- Vuori, Jari (2001). Yhdysvaltain terveyshallinnon etnografiaa: terveyttä vai terveysjärjestelmiä kansalaisille. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 38 (1), 80–94.
- Vuori, Jari & Laamanen, Marja-Leena (2004). Sektorimieltymykset julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laadun arvioinneissa. Teoksessa Sari Rissanen & Sirkka Sinkkonen (toim.): *Hoivayrittäjyys*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Mitä kansalaiset odottavat julkisilta ja yksityisiltä terveystaloukselta?

Jari Vuori, professori, HTT ja Tarja Savolainen, tutkija, TtM, Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos

Suomen terveydenhuollossa asiakkaiden terveydenhuoltoon liittyviä mielipiteitä kartoittavat tutkimukset ovat pääosin olleet asiakastyytyväisyyskyselyjä, joilla kaiken kaikkiaan on Suomessa vielä lyhyet perinteet. Nykyään asiakastyytyväisyyttä mitataan monissa terveydenhuollon organisaatioissa säännöllisesti, mutta niissä syntynyttä tietoa hyödynnetään vain sisäisesti oman organisaation tarpeisiin. Valtakunnallisia vertailutuloksia asiakastyytyväisyydestä ovat julkaisseet Stakes (1) vuonna 1996 ja Suomen Kuntaliitto (2) vuonna 2002. EU-maiden tasolla tarkasteltuna terveystalouksien järjestämisestä ja rahoitusperustasta on kertynyt runsaasti tietoa. Sen sijaan eroja eurooppalaisten kuluttajien terveyskäyttäytymisessä ja -näköyksissä on tutkittu vähän (3). Kirjallisuudessa on viitteitä siitä, että asiakkaiden terveystalouksiin kohdistuvat odotukset ovat erilaiset julkisella ja yksityisellä sektorilla, koska asiakkaat eivät pysty kriittisesti arvioimaan saamansa hoidon lääketieteellistä tasoa ja kiinnittävät hoitoprosessissa huomionsa muihin asioihin (4, 5). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miltä odotuksia asiakkailla on heidän käyttäessään julkisia ja yksityisiä terveystalouksia, miten paljon nämä odotukset eroavat toisistaan ja mitä ne kertovat kansalaisten sektoripreferensseistä (6).

Artikkelissa käytetty aineisto on osa Kuopion yliopiston, Suomen Akatemian ja Kansaneläkelaitoksen kansalaisten terveystalouksien valintaa koskevaa tutkimusta¹. Kysely toteutettiin Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa. Vastaajiksi valittiin satunnaisotannalla joukko 20–80-vuotiaita kansalaisia. Kysymykset koskivat vastaajien sosioekonomista asemaa, terveystalouksien käyttöä ja sairastamista. Lisäksi kartoitettiin kansalaisten mielipiteitä suomalaisesta yhteiskunnasta ja terveystalouksista, terveystalouksien käyttäjäkokemuksista sekä palvelujen laatutekijöistä. Kyselylomake lähetettiin 6 000 kansalaiselle loka-marraskuussa 2005. Lomakkeita palautui 2 796, joten vastausprosentiksi tuli 47 %. Aineisto käsiteltiin SPSS for Windows 11.5 tilasto-ohjelmalla.

Vastaajista 16 % ei ollut käyttänyt terveyskeskus- tai yksityislääkäripalveluja viimeisen vuoden aikana lainkaan. Jompaakumpaa palvelua kerran vuoden aikana oli käynyt 25 % vastaajista ja 2–4 kertaa niin ikään 25 % vastaajista. Loput vastaajista olivat käyttäneet tasaisesti sekä julkisia että yksityisiä terveystalouksia. Vaikka palvelujen ristikkäiskäyttö oli vähäisempää kuin jommankumman sektorin yksittäinen käyttö, voidaan vastaajien katsoa edustavan tasapuolisesti julkisen ja yksityisen terveydenhuollon asiakkaita ja siten omaavan käyttökokemuksia kummaltakin sektorilta. Kyselylomake ei erotellut julkisia ja yksityisiä työterveyspalveluita. Siksi työterveyspalvelut jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Vastaajia pyydettiin nimeämään 14 vaihtoehdosta kolme tärkeintä laatutekijää tärkeysjärjestyksessä heidän käyttäessään julkisia ja yksityisiä terveystalouksia. Molempien sektoreiden palveluissa (julkisissa 21 % ja yksityisissä 20 %) tärkeimmäksi tekijäksi koettiin nopea pääsy vastaanotolle. Toiseksi tärkeimmäksi tekijäksi molemmilla sektoreilla (julkisella 10 % ja yksityisellä 11 %) osoittautui erikoislääkäripalvelujen saatavuus. Kolmanneksi tärkein tekijä julkisella sektorilla oli pitkäaikainen ja vakituinen hoitosuhde samalla lääkärillä (10 %) ja yksityisellä sektorilla

¹Tutkimus julkaistaan kokonaisuudessaan myöhemmin

yhteyden saaminen hoitavaan lääkäriin (9 %). Julkisten terveyspalvelujen hinnalla oli merkitystä 6 %:lle ja yksityisten terveyspalvelujen hinnalla 9 %:lle palvelujen käyttäjistä. Vähiten merkitystä vastaajille oli hoitopaikan ja lääkäripalvelujen maineella sekä vastaanottoiloilla.

Tämän tutkimuksen tulokset eivät tue kirjallisuudessa esitettyjä näkemyksiä siitä, että kansalaiset odottaisivat erilaisia asioita julkisilta ja yksityisiltä terveyspalveluilta. Huoli omasta terveydentilasta ja sen seurauksena vaatimus nopeasta pääsystä vastaanotolle osoittautui selkeästi tärkeimmäksi laatutekijäksi kummallakin sektorilla. Muiden laatutekijöiden osalta mielipiteissä oli enemmän hajontaa. Kysely toteutettiin Suomen suurimmissa kaupungeissa, joissa julkiset ja yksityiset terveyspalvelut ovat vaihtoehtoisesti saatavissa. Vastaajat olivat keskimääräistä suomalaista paremmin koulutettuja ja ansaitsevia. Julkisten tai yksityisten palvelujen käyttö on heille näin ollen todellinen valinta. Mahdollisesti tästä syystä palvelujen hinta ei noussut merkityksellisesti esiin erottelvana tekijänä. Myös erikoislääkäripalvelut ovat isoissa kaupungeissa hyvin saatavilla. Lääkäriin on mahdollista luoda pitkä hoitosuhde, koska suuremmat kaupungit ovat tähän asti onnistuneet hyvin lääkäreiden rekrytoinnissa.

Lähteet

1. Sandell, P. & Outinen, M. (1996). Tätä mieltä potilaat. Valtakunnallisen asiakastytyväisyyden vertailumittarin tuloksia 1996. Helsinki: Stakes, 39.
2. Suurten kaupunkien terveyskeskusten avosairaanhoidon asiakastytyväisyystutkimus 2002. www.kunnat.net.
3. Wats M. (2005). The preferences of health care consumers in Europe. *Eurohealth* 11(3), 11–12.
4. Angelopoulou, P. & Kangis, P. & Babis, G. (1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11 (1), 14–20.
5. Camilleri, D. & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 11 (4), 127–133.
6. Vuori, J. & Laamanen, M. (2004). Sektorimieltymykset julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen laadun arvioinnissa. Teoksessa S. Rissanen & S. Sinkkonen (toim.): *Hoivayrittäjyys*. Jyväskylä: PS-kustannus, 201–219.

DONAU (Do need for and use of hospital care meet?) - Kohtaavatko hoidon tarve ja käyttö?

Sirkku Vuorma, Siru Keskinen ja Arpo Aromaa, Kansanterveyslaitos, Terveystutkimuksen osasto, etunimi.sukunimi@ktl.fi

Olli-Pekka Lehtonen, TYKSLAB, etunimi.sukunimi@tyks.fi, www.donau.fi ja DONAU-työryhmä

Terveystutkimuksen suunnittelu Suomessa perustuu tällä hetkellä palvelujen toteutuneeseen käyttöön ja kustannuksiin. Erikoissairaanhoidon käyttö vaihtelee maamme sairaanhoitopiirien kesken huomattavasti ja siten, etteivät väestö- tai tiedossa olevat sairastavuustekijät näytä selittävän kokonaan sitä. Hoidon tarpeen määrittäminen on välttämätöntä käytössä olevien voimavarojen optimaalista suuntaamista varten. Paras tapa palvelujen mitoittamiseksi ja kohdentamiseksi on selvittää väestön hoidontarve kokonaisuudessaan ja yksittäisten sairauksien kohdalta sekä se, missä määrin palvelujen tarve on tyydytetty. Tällaiselle menetelmälle on myös maailmanlaajuisia kysyntää.

Hankkeessa, joka kuuluu Suomen Akatemian TERTTU-tutkimusohjelman rahoittamiin tutkimushankkeisiin, kehitetään väestötutkimukseen perustuva menetelmä erikoissairaanhoidon tarpeen arvioimiseksi. Kyselytutkimuksen tuloksia verrataan terveystarkastuksen tuloksiin, jolloin voidaan mitata kyselyn pätevyys näiden sairauksien hoidontarpeen ja hoidon tyydyttymisen osoittimena. Tulosten perusteella kehitetään edelleen kyselymenetelmää hoidon tarpeen ja tyydyttymisen arvioimiseksi. Sen jälkeen kehitetään alueen väestön ja kyselyn tulokset huomioon ottava laskentamenettely hoidontarpeen ja sen tyydyttymisen mittaamiseksi.

Hypoteesina on, että valituissa tautiryhmissä erikoissairaanhoidon toteutunut käyttö ei kaikilta osin vastaa väestötasolla mitattua hoidon tarvetta.

Aineisto ja menetelmät

Keväällä 2006 tehtiin pilottitutkimus Hämeenlinnassa. Se sisälsi sekä väestökyselyn että terveystarkastusosan ja siinä hyödynnettiin Terveystutkimuksen menetelmiä. Kyselylomake lähetettiin 1 501 henkilön otokselle ja terveystarkastukseen kutsuttiin vajaa 400 henkilöä. Tutkittavat olivat 25-vuotiaita tai sitä vanhempia ja yli 75-vuotiaiden osuus otoksessa oli kaksinkertainen suhteessa heidän väestöosuuteensa. Puolella terveystarkastukseen kutsuttavista henkilöistä oli jokin tutkittavista sairauksista (astma, sepelvaltimotauti, depressio, polven tai lonkan nivelrikko) ja puolet oli ko. sairauden suhteen terveitä verrokkeja.

Lomakkeessa oli kysymyksiä pitkäaikaissairauksista, terveystutkimuksen ja lääkkeiden käytöstä sekä kysymyksiä koskien koulutusta, ammattia ja perhettä. Kohdesairauksista kysyttiin oireista, saadusta hoidosta, hoidon riittävydestä sekä ohjauksen ja neuvonnan tarpeesta.

Terveystarkastuksessa oli yleisiä mittauksia kuten pituus, paino ja vyötärönympäryys sekä terveystutkimus. Lisäksi tehtiin joko keuhkojen toimintakoe, lepo-EKG, nivelten liikkuvuustestejä tai tietokonepohjainen mielenterveystutkimus (CIDI, (Composite International Diagnostic Interview)).

Terveystarkastukseen osallistujilta pyydettiin tietoinen suostumus kirjallisena ennen terveystarkastusta. Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ja KTL:n eettisissä toimikunnissa.

Tuloksia

Kyselyyn vastasi 1 035 henkilöä eli 69 % kyselyn saaneista. Ikäryhmittäin osallistumis-aktiivisuus vaihteli ollen matalin (55 %) nuorimassa 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä ja korkein (87 %) ikäryhmässä 65–74-vuotiaat.

Kyselyyn vastanneista hieman yli puolet koki terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Kolmannes katsoi terveydentilansa keskitasoiseksi ja noin joka kymmenes huonoksi. Kysymykseen ”Onko lääkäri joskus todennut Teillä jonkin pitkäaikaissairauden?” vastasi 980 henkilöä. Heistä 756:lla (77 %) oli todettu jokin pitkäaikaissairaus. Tavallisimpia näistä olivat verenpainetauti, joka oli todettu 336 henkilöllä, nivelrikko 225 henkilöllä ja selkäsairaus 232 henkilöllä. Astma oli todettu 106 henkilöllä, sepelvaltimotauti 112:lla, masennus 112:lla, polven nivelrikko 141:lla ja lonkan nivelrikko 89 henkilöllä. Pitkäaikaissairaista 15 % eli 116 henkilöä ilmoitti, että he eivät olleet sairautensa vuoksi lääkärin seurannassa, vaikka he olisivat sitä halunneet.

Jokin lääkärin määräämä lääkehoito oli 733 vastaajalla (71 %). Heistä 6 % tarvitsisi omasta mielestään enemmän ohjausta lääkkeiden käyttöön.

Hoidon toteutumista analysoitiin hyödyntäen Käypä hoito -suosituksia. Esimerkiksi astman Käypä hoito -suosituksen mukaan astman lääkehoitoa käyttävän henkilön tulisi käydä lääkärin vastaanotolla ja seurata lääkehoidon onnistumista PEF-mittauksin kerran vuodessa. Beeta-salpaaja ja asetosalisyylihappo tulisivat kuulua sepelvaltimotautipotilaan lääkitykseen, ellei näille ole vasta-aiheita.

Lopuksi

Sairauksien hoidosta ja seurannasta esitetään seminaarissa tarkempia tuloksia. Tavoitteena on kirjoittaa pilotin tuloksista suomenkielinen artikkeli syksyn aikana.

Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa

Tuula Kivinen, tutkija, HumanRe-projekti, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, PL 1627, 70211 KUOPIO
tuula.kivinen@uku.fi

Tiedon ja osaamisen merkitys korostuu nyky-yhteiskunnassa sekä yksilön, organisaation että yhteiskunnan tasoilla. Maa- ja metsätalouden laajuisesti käynnissä olevaa murrosta luonnehtivat informaatioteknologinen vallankumous, uuden globaalien talouden leviäminen ja verkostoyhteiskunnan nousu. Toimintaympäristön voimakas muutos on lisännyt vaatimuksia myös tietointensiivisille ja professionaalille terveydenhuollon organisaatioille ja niiden perinteisesti tehtäväkeskeiselle johtamiselle. Tiedonhallinnasta on tullut avaintekijä ja verkostomainen toiminta ja työtapo edellyttävät tiedon jakamista ja uuden tiedon luomisen sekä osaamisen menetelmien tuntemista. Kuten Virkkunen (2002) toteaa, työskentely muuttuvassa taloudessa perustuu yhä enemmän yhdessä tekemiselle. Ensinnäkin osaaminen on muuttunut yhteisöllisemmäksi: osaamisen tuottaminen ja ylläpito on laajentunut yksilöiden ja pienten työyhteisöjen piiristä organisaatioiden ja organisaatioverkostojen toiminnaksi. Osaaminen on myös laajentunut ajallisesti: painopiste on siirtynyt tietyn vallitsevan toimintatavan (nyt) toteuttamiseen liittyvästä osaamisesta kehittämiseen ja kokonaan uuden osaamisen tuottamiseen (tulevaisuus). Tieto ja tietäminen ovat muuttuneet laadullisesti siten, että on siirrytty erillisten suoritusten ja toimintatapojen hallinnasta näitä yhdistävän perusratkaisun kehittämiseen sekä monien rinnakkaisten toimintatapojen uudistamisen edellyttämään tietoon ja osaamiseen. Ei enää riitä, että työntekijä keskittyy vain kapeasti ”hoitamaan oman työnsä”, vaan lisäksi on tunnettava nykyisen käytännön perusteet, ymmärrettävä eri asioiden väliset yhteydet ja suhteet, hahmotettava kokonaisuuksia, ennakoitava tulevaa ja analysoitava, arvioitava ja verrattava erilaisia toimintatapoja.

Tiedon ja osaamisen johtamiselle (knowledge management) ei ole olemassa yhtä yhteisesti hyväksyttyä määritelmää tai teoriapohjaa. Suomen kielessä Knowledge management käsitettä tarkoittaen käytetään muun muassa käsitteitä tietojohdaminen, osaamisen johtaminen, tietämyshallinta ja tietämyksen hallinta. Käännökset kuvastavat erilaisia knowledge managementin sisällöllisiä painotuksia. Kansainvälinen keskustelu tästä poikkitieteellisestä tutkimus- ja kehittämisalueesta alkoi 1980-luvun lopulla, kiihtyi 1990-luvun loppua kohti ja on ollut voimakkaimmillaan 2000-luvun puolella. Suomessa keskustelu alkoi 1990-luvun loppupuolella ja on nopeasti lisääntynyt 2000-luvun alkuvuosina.

Tiedon ja osaamisen johtamisen lähestymistapoja on jaoteltu muun muassa ääripäitä korostavaan ”kovaan” ja ”pehmeään” (vrt. management – leadership). Staattiseen tietokäsitykseen perustuva kova lähestymistapa korostaa tiedonhallintaa (information management) ja tietotekniikkaa ja se korostui 90-luvun alkupuolelta lähtien tietotekniikan nopean kehityksen ja siihen liittyvien konsulttiyritysten lisääntymisen myötä erityisesti amerikkalaisessa keskustelussa. Tietoa prosessina pitävä pehmeä lähestymistapa korostaa puolestaan ihmisten johtamista, hiljaisen tiedon merkitystä ja tiedon sosiaalista luonnetta. Keskustelussa ja tutkimuksessa keskitytään organisaatioihin ja ihmisiin, osaamiseen, uuden tiedon luomiseen ja tiedon jakamiseen. Edellä esitetyn jaottelun mukaisten lähestymistapojen väliset erot ovat kuitenkin pienentyneet 2000-luvulla ja useat tutkijat esittävät kovaa ja pehmeää yhdistäviä lähestymistapoja (esim. Hendriks 2001). Tutkijat ovat lähestyneet tiedon ja osaamisen johtamista eri näkökulmista riippuen puhujan edustamasta tieteen paradigmatista. Ståhlen ja Hannulan (2004) mukaan näitä näkökulmia on ollut pääasiassa

neljä: 1) Filosofisesta näkökulmasta haetaan vastausta kysymykseen, mitä on tieto ja osaaminen. 2) Organisaation kehittämisen (OD) näkökulmasta kysytään, miten yhtäaikaaisesti luodaan ja hallitaan tietoa ja osaamista. 3) Liiketoiminnallinen näkökulma keskittyy tiedon tuottamaan lisäarvoon ja 4) teknologisesti näkökulmasta tarkastelun painopisteenä ovat tiedon käsittelyn, säilyttämisen ja jakamisen tehokkaat työkalut. Tutkimukseni laaja lähestymistapa kattaa sekä tiedonhallinnan (mukaeltu Choo 1998) että uuden tiedon luomisen (Nonaka & Takeuchi 1995) prosessit ja niissä hyödynnettävän informaatioteknologian korostaen lisäksi tiedon ja osaamisen johtamisen strategisuutta ja organisaation kulttuurin merkitystä.

Tutkimuksen tarkoituksena on selkeyttää "knowledge management" käsitettä ja kuvata tiedon ja osaamisen johtamista Suomen terveydenhuollossa. Käsiteanalyysin aineistona on otos (N = 60) kansainvälisistä artikkeleista vuosilta 1985-2003 kuudesta tietokannasta, jotka edustavat yhteiskuntatieteellistä (Ebsco, CSA), hallinnon ja johtamisen (Schima, SSCI) sekä terveydenhuollon aloja (Pubmed, Cinahl). Metodina käsiteanalyysissä käytän Rodgersin evolutionistista käsiteanalyysia. Tiedon ja osaamisen johtamisen kuvaamisessa aineistona ovat 2005 kerätyt kyselyaineistot terveydenhuollon johtajilta (N = 521) ja työntekijöiltä (N = 853). Johtajien vastausprosentti oli 47 % ja työntekijöiden 41 %, keskeisin kadon syy oli lääkärin ja lääkärijohtajien alhainen vastausaktiivisuus.

Kyselytutkimusten tulosten mukaan erityisesti johtajat käyttivät runsaasti aikaa tiedon hankintaan sekä työaikana että työajan ulkopuolella. Kuitenkaan kaikissa organisaatioissa tiedon hankintaa, säilyttämistä ja käyttöä ei ollut suunniteltu eikä sovittu yhteisistä toimintatavoista. Suurimmat tiedon saannin ja tiedonvaihdon ongelmakohdat olivat riittämätön vertailutiedon saanti muista organisaatioista ja yksiköiden välisen tiedonvaihdon vähäisyys organisaation sisällä. Tiedon jakaminen tapahtuu ammattiryhmittäin ja työntekijät pitivät keskijohdon tiedonvälitystä riittämättömänä. Tietotuotteita, -palveluja ja -järjestelmiä on terveydenhuollon organisaatioissa kohtalaisen hyvin saatavilla, mutta niitä käytettiin vähän. Viestintää ja tiedonhakua edistäviä järjestelmiä käytettiin eniten, osaamisen johtamista ja kehittämistä edistäviä järjestelmiä vähiten. Organisaatiokulttuuri ja tietotekniikan ja tiedonhallinnan osaaminen selittävät informaatioteknologian hyödyntämistä. Osaamisen puutteet, tiedon liian käsittelemätön muoto, käytettävyyden- ja käyttöoikeusongelmat haittaavat informaatioteknologian hyödyntämistä ja integroitumista osaksi työtä.

Uuden tiedon luomisen ja osaamisen kehittämisen käytännöistä eniten käytössä olivat lyhyet koulutukset, kehityskeskustelut, työhön liittyvät keskustelut kollegojen kanssa ja ohjeiden tekeminen. Vähiten puolestaan olivat käytössä vertaisarviointi, organisaation sisäiset asiantuntijahakemistot, sparrausryhmät, itsearviointi, työn rikastaminen ja intressipiirit. Sijaisena tai määräaikaisena työskentelevät johtajat ja työntekijät olivat osallistuneet uuden tiedon luomisen ja osaamisen kehittämisen käytäntöihin vakinaisia vähemmän. Työyksiköiden sisällä oli yhdessä tekemistä, keskustelua ja keskinäistä toimintaa, mutta yksikön rajat ylittävät (esim. työkierto), hiljaista tietoa ja osaamista näkyväksi ja koko organisaation käyttöön tekevät käytännöt olivat vähäisesti käytössä. Erilaisten ryhmäkeskustelujen tehtävä ei ole niinkään tiedon siirto, vaan kriittinen, analyttinen, reflektioiva keskustelu ja tätä kautta oman toiminnan kehittäminen - juuri tässä sekä johtajat että työntekijät näkivät puutteita. Vaikka suurimmalla osalla vastaajista oli työaikana mahdollista kehittää osaamistaan, noin puolella ei ole mahdollisuutta hyödyntää kaikkea osaamistaan työssään. Työntekijät olivat keskustelleet osaamisestaan kehityskeskusteluissa lähijohtajansa kanssa, mutta yli puolet johtajista oli sitä mieltä, että kehityskeskusteluissa saatua tietoa ei hyödynnetä koko organisaation henkilöstön kehittämisessä. Strategiset linjaukset eivät ohjaa henkilöstön osaamisen kehittämistä kaikissa organisaatioissa.

Käypä hoito-suositukset kroonisten tautien ehkäisyssä: elintapamuutosten edistäminen terveydenhuollossa – Valtit-hanke

Risto Kuronen LL, terveyskeskuslääkäri, Asikkalan terveysasema, tutkija, Kansanterveyslaitos

Piia Jallinoja VTT, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos

Kristiina Patja LT, asiantuntijalääkäri, erikoistutkija, Kansanterveyslaitos

Yhteyshenkilö: Risto Kuronen, Asikkalan terveysasema, 17200 Vääksy, risto.kuronen@fimnet.fi

Taustaa

Terveydenhuollon palveluista ja pysyvistä lääkkeistä merkittävä osuus käytetään kroonisten tautien hoitoon. Kroonisilla taudeilla on yhteisiä riskitekijöitä, jotka liittyvät elintapoihin (esim. ravinto tai tupakointi). Omilla valinnoilla voi vähentää riskiä sairastumiseen tai lieventää sairauden astetta. Elintapamuutosten edistämällä voidaan vaikuttaa samalla useiden tautien riskitekijöihin ja lisätä hyvinvointia. Kroonisia sairauksia koskevissa hoitosuosituksissa elintapamuutokset ovat osa hoitoa. Näin ollen hoitosuositukset ovat yksi keino lisätä terveydenhuollon henkilöstön kiinnostusta terveydenedistämiseen. Hoitosuositusten määrä kuitenkin kasvaa nopeasti, eikä koko henkilöstöllä ole mahdollisuutta seurata jatkuvasti kehitystä. Voimavarojen keskittäminen voi toteutua useiden hoitosuositusten soveltamisella yhdessä elintapoihin liittyvien kroonisten tautien ehkäisyyn ja hoitoon.

Näyttöön perustuvia Käypä hoito-suosituksia on julkaistu Suomessa vuodesta 1993. Tällä hetkellä valmiita suosituksia on 64, työn alla 35. Suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja ja ohjeita yksittäisten sairauksien diagnostiikasta ja hoidosta ja niiden tavoitteena on nostaa terveydenhuollon laatua ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Suurin osa nykyisistä ja tulevista suosituksista koskee sairauksia ja tiloja, joita hoidetaan perusterveydenhuollossa.

Lääkäreiden ja muiden ammattilaisten asenteet Käypä hoito-suosituksia kohtaan ovat selvitysten mukaan olleet myönteisiä: niitä pidetään hyvinä ja luotettavina koulutustyökaluina ja niiden uskotaan parantavan terveydenhuollon laatua (James ym. 1997, Siriwardena 1995, Watkins ym. 1999, Gupta ym. 1997). Hoitosuosituksien käytännöllisyydessä ja saatavuudessa on kuitenkin koettu ongelmia (Elovainio ym. 2000). Osa lääkäreistä pelkää hoitosuosituksista tulevan ”lääketieteellisiä keittokirjoja” ja että ne rajoittavat lääkäreiden vapautta ja innovatiivisuutta (James ym. 1997, Siriwardena 1995). Eri ammattiryhmien välillä on todettu olevan huomattavia eroja siinä miten hoitosuosituksia työyhteisöissä käsitellään ja minkälaiset edellytykset työyhteisö luo toiminnan kehittämiseksi hoitosuosituksia hyödyntäen (Miilunpalo ym. 2002). Suositukset ovat käytössä yleisemmin terapeuttisen päätöksenteon yhteydessä kuin mietittäessä ennaltaehkäiseviä toimia (Mazza ym. 2001).

Suosituksien jalkautumiseen terveydenhuollon päivittäiseen toimintaan vaikuttavat monet tekijät: asenteet, suositusten suuri määrä, suositusten sisältö, tekijätaho jne. Myös hoitosuosituksien koulutuksen määrällä ja laadulla on vaikutus siihen omaksutaanko suositus käytäntöön (Ockene ym. 2000). Monipuoliset ja tarkasti suunnitellutkaan jalkauttamisprojektit eivät ole aina tuottaneet toivottua tulosta (Grol 2001). Vaikka Käypä hoito-suosituksen jalkautuminen on laaja-alainen prosessi, jonka tulisi alkaa jo suositusta tehdessä, ovat jalkauttamismetodit kuitenkin useimmiten olleet passiivisia ja ohjaavia (Miilunpalo ym. 2001). Suositusten julkaiseminen ammattilehdissä ja

postitus kohderyhmille on välttämätöntä, mutta ei aina riittävä toimenpide, jotta tieto aiheuttaisi toiminnan muutosta (Grol 1992).

Menetelmät ja aineisto, Valtit-hanke

Valtit-hanke toteutetaan osana Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishanketta (Fogelholm ym.painossa), joka on Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnissa vuosille 2002–2012 ajoittuva, monen eri toimijatahon yhteistyönä toteutettava hanke. Tavoitteena on erityisesti ikääntyvän väestön terveyden ja hyvinvoinnin monitieteellinen tutkiminen ja terveyttä edistävien toimenpiteiden tieteelliseen tutkimukseen perustuva kehittäminen, jalkauttaminen ja juurruttaminen.

Valtit-hankkeessa tutkitaan ja pyritään edistämään valtimotautiriskeihin liittyvien Käypä hoito-suositusten käyttöä kroonisten sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa (Patja ym.2006). Erityistavoitteena on terveydelle suotuisten elintapamuutosten edistäminen kaikkialla terveydenhuollossa. Suositukset, joissa elintapamuutos on oleellinen osa taudin ehkäisyä ja hoitoa ja jotka oli julkaistu ennen hankkeen alkua, ovat: *kohonnut verenpaine, aikuisten lihavuus, dyslipidemiat sekä tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot* (www.kaypahoito.fi). Yhdistämällä suosituksissa oleva tieto elintapamuutoksen osalta ja jalkauttamalla se alueellisena yhteistyönä pyritään lisäämään valtimotauteja ennaltaehkäisevää työtä ja nostamaan sen laatua. Ennaltaehkäisyyn (primaari ja sekundaari) kannalta olennaiset hoitopolut ja tavoitteet määritellään ja suosituksiin liittyvää materiaalia tuotetaan soveltuvilta osin terveydenhuoltohenkilöstön ja asiakkaiden käytettäväksi. Valtimotautirikissä olevien henkilöiden tunnistamista pyritään tehostamaan ja ohjannassa tuetaan asiakkaiden omatoimisuutta ja tukeudutaan vastuuttamista lisäävään ryhmätoimintamalliin ja työvälineisiin. Koulutus sisältää keskitettyä sisältökoulutusta sekä paikallisia työpajoja työyhteisön yhteisten käytäntöjen kehittämiseksi sekä lääkäreiden ja hoitajien työnjaon selkeyttämiseksi.

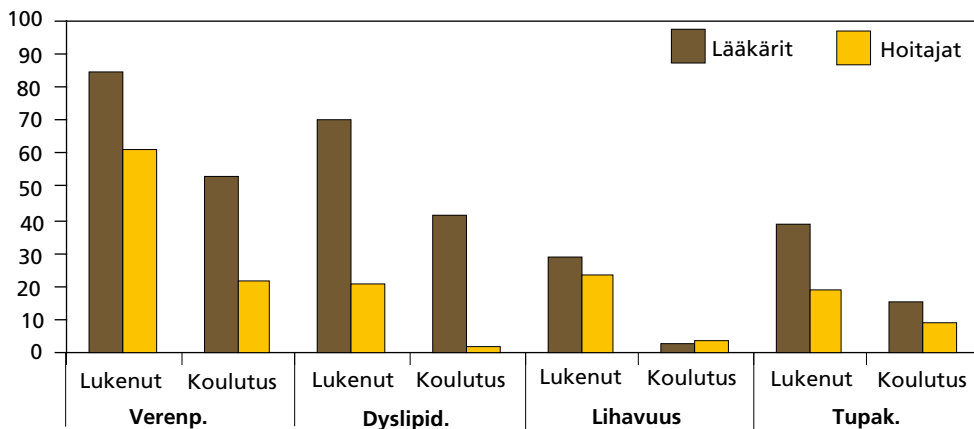
Valtit-hankkeen alkaessa, ennen alueellisten hoitosuositusten jalkauttamista (lokakuun 2004 ja tammikuun 2005 välisenä aikana), tehtiin kysely alueen terveydenhuollon ammattilaisille, joiden työhön kuuluu metabolisen oireyhtymän ehkäisy ja hoito (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidosta sisätaudit, neurologia ja kirurgia). Kyselylomake sisälsi kysymyksiä hoitosuosituksista yleensä (asenteet), elintapoihin liittyvistä hoitosuosituksista (tutustuminen, koulutukseen osallistuminen, käyttö), elintapaneuvonnasta ja elintapamuutoksista (Jallinoja ym, painossa, Kuronen ym, painossa). Lomake lähetettiin terveyskeskuksissa ja keskussairaalassa metabolisen oireyhtymän kanssa työskenteleville lääkäreille ja hoitajille. Tässä esityksessä raportoidaan tuloksia perusterveydenhuollon osalta. Perusterveydenhuollon vastausprosentiksi muodostui 59 % ja aineistoksi 59 lääkäriä ja 161 hoitajaa.

Tulokset

Perusterveydenhuollon ammattilaisten asenteet Käypä hoito-suosituksia kohtaan ovat tämän kyselyn perusteella myönteiset (Kuronen, painossa). Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että suositukset perustuvat tieteellisesti todistettuun aineistoon, ovat asiantuntijoiden tekemiä ja voivat parantaa terveydenhuollon laatua. Samoin suurin osa oli sitä mieltä, että hoitosuositukset ovat hyödyllisiä opetusvälineitä ja niistä saa kätevästi neuvoja.

Sekä lääkärit että hoitajat olivat parhaiten perehtyneet Kohonnut verenpaine-suositukseen. Lääkärit olivat varsin usein lukeneet myös Dyslipidemiat-suositukseen (kuvio 1). Muihin suosituksiin tutustuminen oli vähäistä. Lääkärit ilmoittivat eniten osallistuneensa Kohonnut verenpaine- ja Dyslipidemiat- suosituksiin liittyvään koulutukseen. Hoitajien osallistuminen hoitosuosituksiin liittyviin koulutuksiin oli heidän ilmoituksensa mukaan hyvin vähäistä.

Kuvio 1. Niiden vastaajien (lääkärit n = 59, hoitajat n = 161) prosenttiosuudet, jotka ilmoittivat lukeneensa ko.hoitosuosituksen tai osallistuneensa siihen liittyvään koulutukseen



Johtopäätökset

Asenteet Käypä hoito-suosituksia kohtaan ovat myönteiset ja niihin luotetaan joten tältä pohjalta edellytykset suositusten jalkauttamiselle ovat olemassa. Kaikki tässä tutkitut valtimotautiriskiin liittyvät hoitosuositukset eivät kuitenkaan olleet laajasti tunnettuja ja käytössä Päijät-Hämeen alueella. Myös koulutukseen osallistuminen oli vähäistä.

Aikaisemmin suotuisa kehitys valtimotautien riskitekijöissä on tupakoinnin ja seerumin kolesterolitasojen osalta pysähtynyt (Laatikainen ym.2003). Tässä tilanteessa metabolisen oireyhtymän ja tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn merkitys kasvaa ja elintapaneuvonnan rooli korostuu. Kaikissa tässä kyselyssä mukana olevissa, valtimotautiriskiin liittyvissä suosituksissa elintapamuutos on olennainen osa ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Näiden sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja seuranta ovat ryhmätyötä terveydenhuollossa. Onnistuneen ryhmätyön edellytys on, että Käypä hoito-suosituksissa oleva, käytäntöön sovellettava ja näyttöön perustuva tieto on sekä lääkäreiden, että myös hoitajien käytössä. Elintapasairauksia koskevat Käypä hoito-suositukset voivat muodostaa myös elintapaneuvontakoulutuksen tiedollisen ytimen.

Käypä hoito -suosituksiin liittyvää koulutusta tulee lisätä ja tehdä terveydenhuollon henkilöstölle mahdolliseksi osallistua niihin.

Lähteet

- Elovainio, M. & Mäkelä, M. & Sinervo, T. & ym. (2000). Effects of job characteristics, team climate and attitudes towards clinical guidelines. *Scand J Public Health* 28, 117–22.
- Fogelholm, M. & Valve, R. & Absetz, P. & ym. Rural-urban differences in health behaviour: a baseline description of a community health-promotion program for the elderly. *Scand J Public Health* (painossa).
- Grol, R. (1992). Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care* 1, 184–91.
- Grol, R. (2001). Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical Care* 39 (8 Suppl 2), II46–54.
- Gupta L, Ward JE, Hayward RS. Clinical Practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *Med J Aust* 1997;166:69–72.
- Jallinoja, P. & Kuronen, R. & Absetz, P. & Patja, K. (painossa). Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. *Suomen Lääkärilehti*.
- James, P.A. & Cowan, T.M. & Graham, R.P. & ym. (1997). Family Physicians' Attitudes About and Use of Clinical Practice Guidelines. *J Fam Pract* 45, 341–7.
- Kuronen, R. & Jallinoja, P. & Ilvesmäki, V. & Patja, K. Valtimotautiriskeihin liittyvät Käypä Hoito- suositukset: asenteet, tutustuminen ja käyttö Päijät-Hämeessä. *Suomen Lääkärilehti* (painossa)

- Laatikainen, T. & Tapanainen, H. & Alfthan, G. (2003). Finriski 2002. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 1. Peruseräraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. Helsinki: KTL.
- Mazza, D. & Russell, S.J. (2001). Are GPs using clinical practice guidelines? *Aust Fam Physician* 30, 817–21.
- Miilunpalo, S. & Toropainen, E. & Moisio, P. (2001). Implementation of guidelines in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 19, 227–31.
- Miilunpalo, S. & Toropainen, E. & Mäkinen, M. (2002). Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 118, 613–9.
- Ockene, J.K. & Zapka, J.G. (2000). Provider education to promote implementation of clinical practice guidelines. *Chest* 118 (2 Suppl), 33–9.
- Patja, K. & Jallinoja, P. & Kuronen, R. (2006). Käyväksi hoidoksi terveelliset elintavat. *Kansanterveyslehti* 2/2006, 8–10.
- Siriwardena, A.N. (1995). Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behaviour. *Br J Gen Pract* 45, 643–7.
- Watkins, C. & Harvey, I. & Langley, C. & ym. (1999). General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *Br J Gen Pract* 49, 11–5.

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus

Alustavia tuloksia hankkeeseen osallistuneiden liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisestä ja niiden muutoshalukkuudesta

Poskiparta M., Salmela S., Villberg J., ja Vähäsarja K., Jyväskylän yliopisto

Peltonen M., Kansanterveyslaitos

Saaristo T., Diabetesliitto

Keinänen-Kiukaanniemi S., Oulun yliopisto

Vanhala M., Laukaan terveystakeskus

Saltevo J., Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Oksa H., Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Korpi-Hyövähti E., Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Tuomilehto J., Helsingin yliopisto

Tausta

Tyyppin 2 diabetes lisääntyy nopeasti maailmanlaajuisesti (1). Tähän pääasiallisena syynä on elintapojen ja terveyskäyttäytymisen muutokset: ylipaino lisääntyy ja liikunnan kokonaismäärä on vähentynyt viimeisten vuosikymmenien aikana (2, 3). Suomalainen DPS-tutkimus oli ensimmäinen satunnaistettu tutkimus, jossa osoitettiin elämäntapamuutosten avulla voitavan vähentää tyyppin 2 diabetesriskiä 58%:lla henkilöillä, joilla oli heikentynyt glukoosinsieto (4, 5). Sen jälkeen amerikkalainen DPP-tutkimus tuli samaan tulokseen (6). Näin ollen on vakuuttavasti näytetty, että tyyppin 2 diabetes on ehkäistävissä. Aiemmat tutkimukset myös osoittavat, että yksilöt joko eivät ole halukkaita tai sitten heidän on toiveistaan huolimatta vaikeaa muuttaa omia elämäntapojaan (7, 8). Onnistuakseen elämäntapamuutoksissa he tarvitsevat moniammatillista ja sosiaalista tukea sekä seurantaa (9). Miten näistä tutkimuksista saatua tietoa voidaan hyödyntää väestötasolla ja normaalin terveydenhuollon toimintana on vielä selvittämättä.

Suomessa on ensimmäisenä maana koko maailmassa käynnistynyt valtakunnallinen diabeteksen ehkäisyohjelma (10). Ohjelma on osa diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmaa DEHKO 2000-2010. Ehkäisyohjelma koostuu kolmesta samanaikaisesti toteutettavasta strategiasta; Väestöstrategia, Korkean riskin strategia, sekä Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia. Väestö- ja korkean riskin strategioiden keskeisellä sijalla ovat terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, tehostettu elintapaohjaus sekä laaja toimijoiden joukko.

Osana valtakunnallista diabeteksen ehkäisyohjelmaa viidessä sairaanhoitopiirissä (Etelä-Pohjanmaa, Keski-Suomi, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, ja Pohjois-Savo) toteutetaan tehostettu tyyppin 2 diabeteksen toimeenpanohanke, Dehkon 2D-hanke (11). Hankkeet toteutetaan vuosien 2003-2007 välillä. Hankkeen päätavoitteena on kehittää toimivia menetelmiä tyyppin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi korkeariskisillä henkilöillä, sekä lisätä väestön tietoisuutta tyyppin 2 diabeteksestä ja sen vaaratekijöistä.

Hankkeen arviointi

Dehkon 2D-hankkeen arvioinnin tavoitteena on selvittää hankkeen vaikuttavuus, sekä suorittaa hankkeen prosessiarviointi ja kustannusvaikuttavuusanalyysi. Arviointi tapahtuu vuosien 2003 ja 2008 välillä, ja toteutetaan yhteistyönä hankkeeseen osallistuvien sairaanhoitopiirin, Diabetesliiton, Kansanterveyslaitoksen, sekä Helsingin ja Jyväskylän yliopistoiden välillä.

Hankkeen tavoitteena on löytää henkilöitä, joilla on korkea riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen (12), ja ohjata heidät perus- ja työterveydenhuollon piiriin. Näiden henkilöiden diabetesriskiä pyritään alentamaan terveydenhuollossa suoritettavalla elämäntapaneuvonnalla, joka pohjautuu DPS-tutkimuksessa käytettyihin menetelmiin. Löytyneet henkilöt muodostavat kohortin, jota seurataan vuoden 2007 loppuun asti tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuuden määrittämiseksi. Vuoden 2005 lopussa noin 4 700 korkean riskin henkilöä oli ohjattu tehostetun elämäntapain-tervention piiriin hankealueilla. Vertailuryhmän Dehkon 2D-hankkeessa kerättäville henkilöille muodostaa Kansanterveyslaitoksen toteuttama FINRISKI 2002-tutkimus (13), jonka yhteydessä tehtiin 45–74-vuotiaille glukoosirasituskoet. Tämä tutkimus on tarkoitus toistaa samoille henkilöille vuonna 2007. Näin voidaan verrata tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta Dehkon 2D-hankkeeseen kuuluvien ja kuulumattomien alueiden välillä.

Koko väestön tasolla hankkeen vaikuttavuutta seurataan määrittämällä tyyppin 2 diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden, kuten heikentyneen glukoosin siedon ja kohonneen paastoglukoosin, vallitsevuus hankkeeseen kuuluvien ja kuulumattomien alueiden välillä. Näiden määrittämiseksi hyödynnetään kansallisia FINRISKI-väestötutkimuksia, sekä erillisiä Dehkon 2D-hankkeen alueilla toteutettavia väestötutkimuksia (14). Näiden väestötutkimusten avulla voidaan lisäksi seurata väestön tietoisuutta tyyppin 2 diabeteksestä ja sen riskitekijöistä, sekä seurata muutoksia riskitekijöiden tasossa väestössä.

Hankkeen yhtenä tavoitteena on vähentää sellaisten henkilöiden lukumäärää joilla diabeteksen kliinisen diagnoosin kriteerit täyttyvät mutta joilla ei ole diabeteksen oireita. Tähän pyritään sekä suuntaamalla tehostettua elämäntapaneuvontaa korkean riskin yksilöille, että tehostamalla oireettoman diabeteksen varhaistoteamista. Tämän toiminnan tuloksia arvioidaan väestötutkimusten yhteydessä tehtyjen glukoosirasitusmittausten avulla. Hankkeen lähtötilannetta kartoit-tavassa väestötutkimuksessa tällaisia diabeetikoita löytyi jopa enemmän kuin jo tunnistettuja diabeetikoita (14).

Hankkeen kustannusvaikuttavuuden arvioinnin tavoitteena on määrittää hankkeen toimintaan liittyvät kustannukset suhteessa hankkeen vaikuttavuuteen. Korkean riskin yksilöiden toteamiseen ja tehostettuun elämäntapaneuvontaan liittyvät kustannukset mitataan D2D-toimeenpanohankkeen alueella otoksella henkilöistä seuraten heitä koko ohjelmakauden ajan. Kyselylomakkeiden avulla selvitetään henkilöiden avoterveydenhuollon palveluiden käyttöä. Lisäksi Stakesin ylläpitämän Hoitoilmoitusrekisterin sekä KELA:n lääkekorvausrekisterin avulla seurataan erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä ja lääkekustannuksia. Kustannusvaikuttavuuden määrittämisessä tullaan lisäksi hyödyntämään elämänlaadun mittaamista.

Dehkon 2D-hankkeen alueilla seurataan systemaattisesti tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn suuntautuvien toimenpiteiden toteutumista sekä terveydenhuollon ja muiden toimijoiden vuorovaikutusta väestötasolla sekä korkean riskin yksilöihin suunnattuna. Arviointiin sisältyvät paikkakuntakohtaiset tiedot hankkeessa tarjotuista interventiomuodoista ja niiden käyttöasteesta, hankkeen resurssitiedot, hankkeeseen liittyvä sisäinen ja ulkoinen koulutus, sekä hankkeen priorisointi muun toiminnan ohella. Lisäksi selvitetään hankkeen aiheuttamat mahdolliset muutokset toimipaikkojen organisoinnissa ja resurssien jaossa. Yksilötasolla selvitetään väestön liikunta-, ravitsemus-, tupakointi- ja alkoholinkäyttö -tottumuksia sekä heidän halukkuuttaan muuttaa omia elintapojaan.

Alustavia tuloksia liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisestä ja niiden muutoshalukkuudesta

Esitetyt tulokset perustuvat Dehkon 2D-hankkeen esitetolomakkeen täyttäneiden, riskipiste testissä 15 tai yli saaneiden ja ei diabetesta sairastavien henkilöiden vastauksiin (N = 3 653, naisia 1 742 ja miehiä 911). Liikunta-aktiivisuudessa sukupuolet erosivat toisistaan merkitsevästi. Yli 60 % vastaajista, naiset hieman enemmän kuin miehet ilmoittivat harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään 30 min päivässä. Naisista noin puolet ja miehistä alle 40 % ilmoitti harrastavansa hyötyliikuntaa vähintään 30 min päivässä. Merkittävästi lihavvia (BMI > 30) aineistossa oli yli 65 % molemmissa sukupuolissa. Merkittävästi lihavat harrastivat vapaa-ajan liikuntaa vähemmän mutta hyötyliikunnan suhteen he eivät eronneet normaalipainoisista. Alle 55-vuotiaat kevyttä ruumiillista työtä tekevät harrastivat enemmän hyötyliikuntaa kuin vanhemmat raskasta ruumiillista työtä tekevät. Molemmista sukupuolista alle 15 % ilmoitti lisänneensä liikunnan määrää ja noin 45 % vastaajista oli yrittänyt lisätä sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Päivittäisten vihannesten ja/tai hedelmien käytössä sukupuolten väliset eroavat olivat merkitseviä. Naisista 80 % ja miehistä alle 60 % söi vihannuksia ja/tai hedelmiä päivittäin. Naimisissa olevat, koulutetut, kevyttä työtä tekevät alle 55-vuotiaat söivät enemmän vihannuksia ja/tai hedelmiä päivittäin kuin vanhemmat, ruumiillista työtä tekevät, ei avioliitossa olevat henkilöt. Naisista 6 % ja miehistä 12 % ei aikunutkaan lisätä kasvien käyttöä lähi aikoina. Kolmannes naisista ja neljännes miehistä oli lisännyt ja molemmista sukupuolista vajaa puolet oli yrittänyt lisätä kasvien käyttöä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Yhteenveto

Alustavien liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymistulosten ja niiden muutoshalukkuuden perusteella voidaan todeta, että D2D:n toimeenpanohankkeen aineisto koostuu tyyppin 2 diabeteksen riskihenkilöistä. Heillä on tarvetta terveystyökalujen muuttamiseen mutta valtaosa heistä ei ollut muuttanut liikunta- ja/tai ravitsemuskäyttäytymistään viimeisen vuoden aikana. Muutoksia yrittäneitä aineistossa oli alle 50 %. Tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa (7–9) ja osoittavat elintapamuutosten vaativuuden ja muutoksiin tarvittavan tuen merkityksen. Onkin tärkeää kehittää yhdessä asiakkaiden kanssa uusia tai ajantasaistaa jo olemassa olevia toimintatapoja elintapaneuvontaan, jotka tukevat asiakkaiden elintapamuutoksia terveydenhuollon resurssien puitteissa. Toiminnan kehittämisen tulisi tapahtua ehkäisyohjelman väestö-, korkean riskin sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiatasoilla.

Lähteet

1. King, H. & Aubert, R.E. & Herman, W.H. (1988). Global burden of diabetes, 1995–2025. Prevalence, numerical estimates and projections, *Diabetes Care* 21, 414–431.
2. Männistö, S. & Lahti-Koski, M. & Tapanainen, H. & Laatikainen, T. & Vartiainen, E. (2004). Lihavuus ja sen taustat Suomessa - liikakilot kasvavana haasteena. *Suom Lääkäril* 59, 777–781.
3. Barengo, N.C. & Nissinen, A. & Tuomilehto, J. & Pekkarinen, H. (2002). Twenty-five-year trends in physical activity of 30- to 59-year-old populations in eastern Finland. *Med Sci Sports Exerc* 34, 1302–7.
4. Tuomilehto, J. & Lindström, J. & Eriksson, J. & Valle, T. & Hämäläinen, H. & Ilanne-Parikka, P. et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 344, 1343–1350.
5. Lindström, J. & Louheranta, A. & Mannelin, M. & Rastas, M. & Salminen, V. & Eriksson, et al. (2003). The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 26, 3230–6.
6. The Diabetes Prevention Program Research Group. (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346(6), 393–403.

7. Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. & Redding, C. & Rossi, J. Goldstein, M. & DePue, J. et al. (2005). Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine* 41, 406–416.
8. Kasila, K. & Poskiparta, M. & Karhila, P. & Kettunen, T. (2003). Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Dietet* 16, 159–66.
9. Goldstein, M. & Whitlock, E. & DePue, J. (2004). Multiple Behavioral Risk Factor Interventions in Primary Care. Summary of Research Evidence. *Am J Prev Med* 27 (2S), 61–79.
10. Finnish Diabetes Association. Programme for the prevention of type 2 diabetes in Finland. (2003) <http://www.diabetes.fi/english/prevention/programme/index.html>. Tampere.
11. Suomen Diabetesliitto ry (2004). Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2003-2007.
12. Lindström, J. & Tuomilehto, J. (2003). The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 26, 725–731. <http://www.diabetes.fi/dehko/t2dehkaisy/d2dsuunnitelma.pdf>. Jyväskylä.
13. Vartiainen, E. & Laatikainen, T. & Tapanainen, H. & Salomaa, V. & Jousilahti, P. & Sundvall, J. ym. (2003). Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982-2002. *Suom Lääkäril* 41, 4099–106.
14. Peltonen, M. & Korpi-Hyövälti, E. & Oksa, H. & Puolijoki, H. & Saltevo, J. & Vanhala, M. ym. (2006). Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä Dehkon 2D-hanke. *Suom Lääkäril* 61, 163–170.

Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä

*Mirja Willberg, Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos
Ohjaajat HTT Jari Vuori ja YTT, TtL Sari Rissanen*

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen kirjallisuutta sekä julkisen sektorin toimijoiden tietoperustoja ja preferenssejä päätettäessä tuottaako palvelut omana tuotantona vai lähteä kilpailuttamaan yksityisiä palveluntuottajia. Tutkimuksen kysymykset olivat: 1) millaiset ovat kirjallisuudessa esitetyt sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen tietoperustat, 2) minkälaisia ovat kilpailuttamisprosessissa mukana olevien julkisen sektorin toimijoiden tietoperustat, jonka varassa he preferoivat joko omaa julkista tai kilpailuttamiseen perustuvaa yksityistä tuotantotapaa, 3) millaiset tekijät ovat vaikuttaneet toimijoiden tietoperustaan, 4) ja, mitä yhteyksiä on havaittujen kilpailuttamisen kirjallisuuden tietoperustojen (kysymys 1) sekä toimijoiden tietoperustojen välillä (kysymykset 2 ja 3)?

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen taustalla ovat olleet viimeisen kahden vuosikymmenen kuluessa eurooppalaisissa teollisuusmaissa tehdyt uudistukset. Nämä julkisen sektorin uudistukset sekä rakenteissa että taloudessa ovat nostaneet erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen keskustelun ja poliittisen kiinnostuksen huomion kohteeksi. Käyty keskustelu on sisältänyt tehtyjen ratkaisujen vilkasta puolustusta ja kritiikkiä. Keskustelussa, myös sosiaali- ja terveyspalvelualalla, on ollut selkeästi nähtävissä tarve ymmärtää paremmin palvelujen kilpailuttamisen ilmiökenttää.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttaminen koskettaa sekä käytännön että teorian kannalta huomionarvoisia kysymyksiä. Käytännön näkökulmasta sen vaikutukset ovat merkittäviä yksilöiden hyvinvointiin liittyvien palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Nykyisin suuri osa suomalaisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen tiedosta on koostunut tutkimustiedosta muiden maiden kokemuksista. Muissa maissa esitetyt aikaisemmat tutkimustulokset ovat kuitenkin osoittaneet, että sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen tavoitteet vaihtelevat riippuen tarkastellaanko kilpailuttamista talouden, hallinnon tai politiikan näkökulmasta. Tutkimustulokset ovat osoittaneet myös, että tehdyt kilpailuttamisen valinnat ja päätöksenteko ovat olleet usein luonteeltaan käytännön lähtökohtien kautta perusteltuja. Tämän on väitetty johtuneen muun muassa siitä, että tavoitteiden asettamiseen vaikuttava tieto on ollut luonteeltaan lähinnä pragmaattista, joskin varsin monesti perusteluiltaan epämääräistä ja jossain määrin jopa ristiriitaista.

Tutkimus sisälsi kaksi aineistoa: 1) kirjallisuusaineisto (n=52) ja 2) sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisessa mukana olevien kunnallisten toimijoiden haastatteluaineisto (n=20). Kirjallisuusaineisto koostui suomalaisesta kirjallisuudesta vuosilta 1994–2004, joka käsitteli sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamista. Haasteltavat edustivat kunnallisia poliittisia päättäjiä, kunnan luottamushenkilöitä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtavia viranhaltijoita kahdessa asukasmäärältään suurehkoissa kunnassa, joista toinen sijaitsi Etelä- ja toinen Itä-Suomessa.

Kuvaan tutkimuksen tuloksia tässä tiivistelmässä vain pintapuolisesti¹, koska tutkimuksen käsikirjoitus on parhaillaan esitarkastajien tarkastettavana. Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa sekä tietoa sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisesta ja sitä ohjaavista tietoperustoista että ymmärrystä kilpailuttamisen ilmiöstä ja niistä tietoperustoista, jotka ohjaavat joko oman tuotannon tai kilpailuttamisen preferointia.

Tutkimuksen tulokset perustuvat kirjallisuuden ja toimijoiden haastattelujen analyysiin. Kirjallisuusanalyysin tulokset osoittavat, että, sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttaminen sisältää monia ulottuvuuksia. Tällaisia ovat muun muassa 1) kulttuuriset, 2) sosio-poliittiset, 3) taloudellinen, 4) rakenteelliset ja 5) toiminnalliset ulottuvuudet. Osittain tämä voidaan nähdä olevan lähtöisin siitä, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen kysymykset kytkeytyvät laajempiin myös pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin kohdistuneisiin arvo- ja rakennemuutoksiin. Tutkimuksen tulokset korostavat toisaalta valinnanmahdollisuuksien ja asiakaslähtöisyyden sekä toisaalta tuottavuuden ja tehokkuuden korostuneita rooleja hyvinvointivaltiollisissa muutoksissa ja sitä kautta kilpailuttamisen päätöksenteossa.

Tutkimuksen haastatteluosan tulokset tukevat käsitystä, että kilpailuttamisen valinnat ja päätöksenteko ovat usein luonteeltaan käytännön lähtökohtien kautta perusteltuja. Tutkimuksen tulokset tuovat myös esille monia tärkeitä yhteiskunnallisia kysymyksiä, kuten esimerkiksi millaisiin yhteiskuntaa, markkinoita ja yksilöitä koskeviin valintoihin olemme valmiit sitoutumaan.

Tutkimuksen tulokset ovat hyödynnettävissä muun muassa pohdittaessa sekä valtakunnallisella että kunnallisella päätöksenteon tasolla kilpailuttamisen soveltuvuutta ja laajuutta nimenomaan sosiaali- ja terveystaloudella. Tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään, että kilpailullisiin toimintatapoihin siirtyminen on nähtävissä prosessina, jota tulisi ohjata yhteisesti sovitut, selkeät tavoitteet ja kriteerit, joskin tämä ei aina käytännössä toteudu. Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen ja kilpailuttaminen riittävällä ja tarkoituksenmukaisella tietoperustalla voidaan olettaa tuottavan kestävämpiä ratkaisuja sekä kansalaisten että koko kunnallisen järjestelmän kannalta. Viime kädessä on kyse siitä, kenen etua kilpailuttamisella haetaan.

Tutkimuksen väitöstilaisuus järjestetään Kuopion yliopistolla 15.12.2006 ja sen tulokset raportoidaan monografiaväitöskirjana.

¹Tutkimuksen tarkempia tuloksia tullaan tarjoamaan julkaistavaksi väitöstilaisuuden jälkeen sopivassa alan aikakauslehdessä.

Perjantai 6.10.

RYHMÄ 2

Koulutetut sairaanhoitajat lamatyömarkkinoilla: kokemuksia lähimenneisyydestä

*Kirsti Santamäki, tutkija, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos
kirsti.santamaki@uta.fi*

Johdanto

Huoli terveydenhuollon työvoiman riittävydestä on vuoden 2006 tyypillistä uutisointia. Kirjoitukset kesän osastosuluista ja leikkausperuutuksista ovat saaneet runsaasti palstatilaa sanomalehdissä ja koulutetun henkilöstön lisätarve ja sairaanhoitajien rekrytoinnin kohtaanto-ongelma: alueellinen pula toisaalla ja työttömyys toisaalla ovat saaneet myös viranomaisstahot liikkeelle (mm. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002). Tilanteessa on samoja piirteitä kuin lamaa edeltävänä aikana 1980-luvun lopussa, jolloin poliittiset toimijat uskoivat laajaan terveydenhuollon työvoimapulaan (Lääkintöhallitus ym. 1989) ja koulutusmääriä lisättiin siinä uskossa, että sairaanhoitajien kysyntä jatkuu voimakkaana.

Suomen akatemian Terttu-ohjelman projektissa Rekrytoinnin politiikka kiinnostuksen kohteena on hyvinvointityön ammattien uudet työnjaot. Oma tutkimusaiheeni on sairaanhoitajien työmarkkinat ja erityisesti se muutos, mitä 1990-luvun suomalaisen hyvinvointivaltion murros sai aikaan sairaanhoitajien ammattikunnalle ja ammatti-identiteetille. Aineistonani on sekä työvoimapolitiikan dokumentteja, tilastoja että sairaanhoitajien omista työttömyyskokemuksista kertovia tekstejä. Aineistojen ja analyysimenetelmien yhdistämisellä pyrin kuvaamaan sairaanhoitajatyöttömyyden eri tasoja ja tulkitsemaan sen vaikutuksia koko ammattikunnalle ja sen jäsenille.

Vaikka sairaanhoitajia ei kirjaimellisesti voikaan jakaa ammatissa menestyjiin, sinnittelijöihin ja syrjäytettyihin (Vähätalo, 1998; Heinonen, 2006), myös sairaanhoitajista osa selviytyi lamasta muita paremmin. Laman alkaessa uuden sairaanhoitajatyövoiman kysyntä väheni merkittävästi ja sairaanhoitajatyöttömyys viisikymmenkertautui vuosien 1990 ja 1996 välillä. Työttömyys kohdistui erityisesti vastavalmistuneisiin ja vailla vakinaista työsuhdetta olleisiin. (Santamäki, 2004) Työttömyys pysyi korkealla vuosikymmenen loppuun asti ja vielä vuoden 2005 tilastot kertovat lamaa edeltävää aikaa suuremmista sairaanhoitajatyöttömyyslukuista. Sairaanhoitajatyöttömyys on ollut tyypillisimmillään määräaikaisten työsuhteiden ja työttömyysjaksojen vuorottelua.

Sairaanhoitajia koulutettiin koko 1990-luvun ajan yli tuon ajan tarpeen. Stakesin Terhikki-tietokanta uusista rekisteröidyistä sairaanhoitajista osoittaa koulutusmäärien olleen korkeimmillaan samaan aikaan korkeimpien työttömyyslukujen kanssa. Luvut kertovat sairaanhoitajien ylikoulutuksen makrotarinaa ja sairaanhoitajien henkilökohtaisten kokemusten avulla on mahdollisuus kuvata ja rakentaa toimijalähtöistä mikrotarinaa.

Tämä analyysi perustuu Tehy-lehdessä niihin vuosina 1992–1999 julkaistuihin yleisönosastokirjoituksiin, joissa työttömänä olleet sairaanhoitajat jäsentävät kokemuksiaan. Kysyn tältä aineistolta, mitä kirjoittajat kertovat sairaanhoitajatyöttömyyden ja -koulutuksen välisestä suhteesta ja miten he kuvaavat omaa toimijuuttaan työttömäksi koulutettuina sairaanhoitajina.

Pyrin rakentamaan jäsentyneen kuvauksen sairaanhoitajien koulutuksen ja työttömyyden keskinäisestä suhteesta. Hyödynnän narratiivista kausaalisuutta rakentaessani (Büthe, 2002; Julkunen & Vauhkonen, 2006) tapahtumien kontekstia ja ajallista järjestystä. Laman aikana tehdyt poliittiset päätökset ja tapahtumat (esim. koulutusmäärien lisääminen ja supistaminen ja ter-

veydenhuoltohenkilöstön lakko 1995) ovat vaikuttaneet kirjoittajien esiin nostamiin teemoihin ja heidän kokemuksiinsa työttömyydestä.

Tuloksia ja johtopäätöksiä

Kannanottoja ylikoulutukseen esiintyi yleisönosastokirjoituksissa heti työttömyyden lisääntymisestä vuodesta 1992 lähtien. Pääasiallisena syynä liialliseen valmistuvien määrään pidettiin oppilaitosverkoston tiheyttä. Kirjoittajat kysyivät, miksi koulutetaan koko ajan vain lisää, vaikkei valmiillekaan sairaanhoitajille löydy työtä. ”Kouluja vain pidetään pystyssä, vaikka työpaikkoja vähennetään”. Jotkut kirjoittajista olivat sitä mieltä, että opettajien työllistämisestä ei haluttu luopua.

Monet kirjoittajat olivat kokeneet, että ammattiyhdistysliike (Tehy) ei ollut riittävän ponnekaasti ajanut opiskelijamäärien vähentämistä. Sairaanhoitajien koulutusmääriä ei työttömyyden takia vähennetty, vaan terveydenhuollon koulutusta jopa lisättiin nuorisotyöttömyyden vähentämiseksi vielä vuosina 1996–1998. Terveystuotutkimuksen työvoimaa käsitelleessä raportissa kysyttiinkin, onko terveydenhuolto suljettuna järjestelmänä sopiva kohde työllisyyskoulutukselle (Vaalgamaa & Ohtonen, 1997). Lääkäriliitto sai aikaan koulutusmäärien vähentämisen uhkaavan työttömyyden vuoksi (mm. Löyttyniemi, 2004), vaikka lääkärinkoulutusta oli lamaa edeltävästi lisätty sairaanhoitajien tavoin.

Koulutuksen laatua pidettiin mielipidekirjoituksissa pääosin hyvänä, kukaan ei ainakaan lähde koulutusta moittimaan. Mainintoja saivat kuitenkin epäpätevät opettajat ja oppilaitosten tilanahtaus. Suomalaisen sairaanhoitajakoulutuksen koettu laatu tuottaa kirjoituksiin myös ironisia sävyjä: laadukasta koulutusta on liikaakin, joten lama-Suomella on varaa kouluttaa sairaanhoitajia myös muiden maiden tarpeisiin.

Keskusteluun koulutuksesta osallistuivat sekä vastavalmistuneet että jo pidempään työttömänä ja määräaikaisissa työsuhteissa olleet. Vastavalmistuneille vaille työtä jääminen merkitsi sitä, että työkokemuksen puuttuessa palkkaaminen myös tulevaisuudessa näytti epätodennäköiseltä. ”En edes itse palkkaisi itseäni” -kokemus huonommuudesta, jonka kokee olevan todellista. Sairaanhoitajaidentiteetin kehittyminen keskeytyi jo alussa, kun valmistumisen jälkeen tarvitaan vain työttömyyskortistoon. Työkokemusta omaavat kirjoittavat koulutuskokemuksistaan toisin. Varsinkin sairaanhoitajapulan aikana valmistuneet muistelevat aikaa, jolloin koko opiskeluaikasi riitti töitä loma-aikoina. Lama-aikana sijaisuuksia ei riittänyt valmiillekaan sairaanhoitajille.

Uuden juonen tarinaan tuo koulutettujen sairaanhoitajien käyttö harjoittelijoina, jotta he saisivat työkokemusta. Tästä näkökulmasta kirjoittavat sekä harjoittelijoina olleet että ne, joille harjoittelupaikkaa oli tarjottu tai jotka olivat muuten harjoittelijoiden käyttöä osastoilla seuranneet. Harjoittelijoina olleet kokivat saaneensa kaivattua työkokemusta ja muut kertoivat toiminnan vähentävän sairaanhoitajien arvostusta. Harjoittelijana toimineelle sairaanhoitajalle maksettu korvaus oli työttömyyskorvauksen suuruinen, eikä harjoittelijana ollutta ainakaan olisi saanut käyttää korvaamaan vakinaista henkilökuntaa.

Sairaanhoitajat kirjoittivat myös kokemuksistaan siitä, miten heitä palkattiin perushoitajien sijaisiksi perushoitajan palkalla. Työnantajalle tarvittavaa laajemman koulutuksen saaneen käyttäminen on edullista, mutta työntekijälle se on kertonut ammattitaidon arvostamisen puutteesta. Yksi asian kokenut vertasikin tilannetta lääkärin palkkaamiseen sairaanhoitajan tilalle, tekemään lääkärin töitä sairaanhoitajan palkalla. Tämänhetkinen keskustelu tehtäväsiirroista lääkäreiltä sairaanhoitajille verrattuna edellä kerrottuun korostaa tilanteidenmukaista toimintaa työmarkkinoilla ja ammattienvälisen liikkeen vaihtelua työvoimapulan ja ylitarjonnan työmarkkinoilla.

Osalle sairaanhoitajakoulutuksen jälkeinen työttömyys oli vaikea kokemus jo siksi, että he olivat hakeutuneet koulutukseen jäätyään työttömäksi edellisestä ammatistaan ja uskoneet

hoitotyön hyvään työllisyystilanteeseen. Nämä kirjoittajat omaavat pitkiäkin työuria esimerkiksi muista palveluammateista ja he ovat kokeneet koulutuksen antaneen turhaa toivoa työstä.

Yksi keskeisiä lauseita työttömille sairaanhoitajille näyttää 1990-luvulla olleen kehoitus hakeutua ammatilliseen lisäkoulutukseen työnsaantimahdollisuuksien parantamiseksi. Koulutuksen hyödyllisyys kyseenalaistui, kun lisäkoulutus ei parantanutkaan työnsaantia. Ongelmia tuotti myös se, että opintotukijärjestelmä piti henkilöä työttömänä ja työttömyysturvajärjestelmä opiskelijana, jolloin taloudellinen tilanne muodostui kohtuuttoman vaikeaksi.

Sairaanhoitajien 1990-luvun koulutus–työttömyys–tarina jäsentää monin tavoin ammattikunnalle tuona aikana tapahtuneita muutoksia. Tarina auttaa ymmärtämään hoitohenkilökunnan kokemuksia oman työn ja ammatin aliarvostuksesta ja sitä, miksi koulutetut, mutta hoitotyöstä pois siirtyneet sairaanhoitajat eivät välttämättä ole halukkaita palaamaan alalle työvoimapulan koittaessa.

Lähteet

- Büthe, Tim (2002). Taking Temporality Seriously: Modeling History and the Use of Narratives as Evidence. *The American Political Science Review* 90 (3), 481–493.
- Heinonen, Jari (2006). Työläismies ahdingossa? Kolme miessukupolvea rakennemuutosten Suomessa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Julkunen, Raija & Vauhkonen, Jussi (2006). Suomalainen ihme – työeläkejärjestelmän synty. Teoksessa Juho Saari (toim.): Historiallinen käänne. Helsinki, Gaudeamus, 289–319.
- Lääkintöhallitus & Sairaaliitto & Suomen Kaupunkiliitto & Suomen Kuntaliitto (1989) Terveystieteiden työvoima 1990-luvulla. Terveystieteiden työvoimapolitiittiset neuvottelupäivät 2. – 3.5.1989 Kaupunkiopistolla. Raportti. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Löytyniemi, Varpu (2004). Auscultatio Medici. Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos.
- Santamäki, Kirsti (2004). Sairaanhoitajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 144–167.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002). Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Kansallinen projekti terveystieteiden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilöraportteja 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vaalgamaa, Kaija & Ohtonen, Jukka (1997). Terveystieteiden ammattihenkilöt 31.12.1996. Tilastotiedote 16. Helsinki: Stakes.
- Vähätalo, Kari (1998). Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta. Helsinki: Gaudeamus.

Terveyskeskuslääkäriyden hahmottaminen suhteessa vanhan hyvän ajan kunnanlääkäriin ja nuoreen keikkalääkäriin

Varpu Löyttyniemi, LL, FT, Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos
varpu.loyttyniemi@uta.fi

Esityksessäni tarkastelen (vanhan hyvän ajan) kunnanlääkäriä ja nuorempaa keikkalääkäriä hahmoina, joiden avulla käydään keskustelua terveyskeskuslääkäriin työstä ja sen ihanteista. Kunnanlääkäriin hahmo tuo terveyskeskuslääkäriyteen historiallisen ulottuvuuden, keikkalääkäri kiinnittää tämänhetkiseen poliittiseen todellisuuteen.

Esitykseni pohjautuu tutkimukseen, jonka kohteena ovat erilaiset lääkäri-identiteetit, erityisesti terveyskeskuslääkäriin identiteetit. Lähestymistapa on narratiivinen eli kerronnallinen, ajattelen toisin sanoen identiteetin muodostuvan kertomisen prosessissa, jossa henkilökohtainen kokemus ja kulttuurissa jaetut merkitykset kietoutuvat yhteen. Tutkimukseni yhteiskunnallinen merkittävyys liittyy terveydenhuollon ja erityisesti terveyskeskusten rekrytoinnin ongelmiin: analysoin kulttuuristen merkitysten ulottuvuudella seikkoja, jotka yhtäältä mahdollistavat terveyskeskustyön ja –uran kokemisen arvokkaana ja mielekkäänä lääkäriytenä, toisaalta ilmaisevat terveyskeskustyön toissijaisuutta. Tavoitteena on erityisesti kuunnella erilaisia lääkäriin kertomuksia, erilaisia persoonia, erilaisia tapoja rakentaa elämän ja uran kokonaisuus, erilaisia motivaatioita hakeutua ja jäädä terveyskeskukseen. Toisaalta kertomus tutkimuskohteena mahdollistaa sosiaalisten ja kulttuuristen lääkäriyttä koskevien odotusten ja mallitarinoiden analysoimisen.

Analysoin kolmenlaisia aineistoja. Ensinnäkin olen haastatellut kevään 2005 aikana kahdeksan terveyskeskuslääkäriä, jotka saivat kertoa haastattelunauhalle uransa kertomuksen. Lisäksi olen käynyt läpi Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran ja Svenska Litteratursällskapet i Finland r.f.:n arkistoihin tallennetun Lääkärintyön muistot -kirjoituskilpailuaineiston ja valinnut sieltä terveyskeskuslääkäreiden kirjoittamat ja/tai kunnanlääkäriin työtä muistelevat tekstit. Kolmas aineisto on Nuori lääkäri -lehden vuosikerroista 2000–2004 koottu tekstiaineisto, joka koostuu terveyskeskuslääkäriyttä ja -työtä käsittelevistä teksteistä. Erilaisuudestaan huolimatta tarkastelen kaikkia kolmenlaisia aineistoja lääkäriin kertomuksina. Poliittiset tekstit, jollaisia Nuoren lääkäriin kirjoitukset ovat, voi ajatella kertomuksina sikäli, että ne usein kuvaavat ajassa etenemistä ja toimintaa: tekstit asettavat toiminnan tavoitteet ja päämäärät sekä ehdottavat keinot päämääriin pääsemiseksi (Korhonen ja Oksanen 1997). Nuori lääkäri sisältää myös tekstejä, jotka voi nähdä yksittäisen lääkäriin kertomuksina: henkilökuvia ja –haastatteluista, kolumneja, henkilökohtaisen työkokemuksen ja uran kuvauksia.

Taustaa

Vuoden 1972 Kansanterveyslaki korvasi aikaisemman kunnanlääkärijärjestelmän terveyskeskuksilla. Muutos merkitsi (Lääkärintyön muistot -kirjoituskilpailuaineiston pohjalta koottavan antologian ennakkomainosta lainaten) ”uudenlaisen byrokratian alkamista, mikä jätti jälkensä myös ammattikunnan historiaan”.

Keikkalääkäri eli vuokralääkäri puolestaan on suhteellisen uusi ilmiö suomalaisessa terveydenhuollossa. Näyttää siltä, että ilmiö on tullut jäädäkseen. Suomen Lääkäriliiton kyselyssä 5,6 %

terveyskeskuslääkärin viroista ja 20 % avoimista viroista ja virkalääkärien poissaoloista hoidettiin tutkimusajankohtana ostopalvelulääkäreillä (Virtanen, Vänskä & Halila 2004). Vuoden 2004 lääkärikyselyssä noin 5 % vastaajista eli 700 lääkäriä ilmoitti tehneensä vuokratyötä. Terveydenhuoltojärjestelmän kannalta vuokralääkärien merkitys lienee näitä prosenttilukuja suurempi, sillä he tekevät merkittävän osan päivistystyöstä (SLL 2004). Järjestely keventää viroissa toimivien lääkärin työtaakkaa ja saattaa osaltaan tehdä terveyskeskustyöstä houkuttelevaa.

Kunnanlääkäri ja keikkalääkäri osana terveyskeskuskeskustelua

Tässä esityksessä keskityn siihen, miten kunnanlääkärin ja keikkalääkärin hahmot esiintyvät aineistoni erilaisissa lääkärikertomuksissa. Esimerkiksi lehtikirjoituksissa hahmoja käytetään poliittisen ja yksilöllisen toiminnan tavoitteiden asettamiseksi tavalla, joka liittyy niihin samalla arvoja ja arvostuksia. Kun Nuorten lääkärin yhdistyksen puheenjohtaja haastatteli sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkärettä, ministeri kuvasi lehtikirjoituksen (Nuori lääkäri 5/2003, ss. 22–25) mukaan Imatralla käynnistämänsä omalääkärisysteemiä vertaamalla sitä *sellaiseen vanhanaajan kunnanlääkärimiehin*. Teksti ei yksiselitteisesti sano, mitä kaikkea kunnanlääkärimiehin sisältyi, vaan ennemminkin lukijan oletetaan paitsi tuntevan kunnanlääkärin työtä myös jakavan tekstin käsityksen vanhasta ajasta eräänlaisena menetettynä paratiisina, johon kaivata takaisin. Tässä, kuten muissakin analysoimissani teksteissä, kyse on terveyskeskustyön luonteen hahmottamisesta, sen epäkohtien osoittamisesta ja parannusesitysten tekemisestä vähintään vihjaten.

Toinen esimerkkini on myös henkilöhaastattelusta, joka aloittaa sarjan Nuorten lääkärin yhdistyksen puheenjohtajista (Nuori lääkäri 1/2003, ss. 22–24). Yhdistystä vuosina 1958–1962 luotsannut Gunnar Brandt kertoo haastattelijan välityksellä omaa tarinaansa sodan viivyttämistä lääketieteen opinnoista ja niiden rahoittamisesta työllä kunnassa kunnanlääkärinä. Häntä siteerataan lehtikirjoituksessa näin:

Ei silloin opintolainoja tunnettu. Kyllä se oli tehtävä jokainen vapaahetki kunnassa työtä, ei sitä lomina pidetty. Kokemus kyllä karttui ja työ oli vaativaa yksin. Tomerien avustajien avulla sitä tuli tehtyä kaikenlaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä ihan itsekseni. Välillä kyllä hirvitti. (s. 23)

Paljon nähneen ja kokeneen lääkärin muistona kuvaus saa saman vanhan hyvän ajan kultauksen kuin kunnanlääkärimiehin edellisessä esimerkissä. Filosofin Paul Ricoeurin mukaan kertomus toimii sitomalla odottamattomatkin tapahtumat osaksi juonen jatkumoa siten, että seurattuaan juonta loppuun saakka lukijasta kaikki tapahtunut näyttää väistämättömästi kuuluvan juonen kulkuun (Ricoeur 1981, 170). Tämän kertomuksen sitovan funktion kautta vapaahetkensä yksin kunnassa ahertanut opiskelija näyttää välttämättömältä vaiheelta kasvussa siksi taitavaksi ja valveutuneeksi lääkäriksi, joka Brandt on.

Myöhemmin samassa henkilöhaastattelussa siteerataan Brandtia Nuorten lääkärin yhdistyksen koulutuspoliittisista tavoitteista. Ääni on nyt enemmän ammattiyhdistysaktiivin kuin oman kokemuksensa kertojan:

Sen kyllä muistan, että kun lääkärin koulutusasiat siirtyivät lääkintöhallitukselle, huomattiin nopeasti, että lääkäreitä voi työvoimana siirrellä terveyskeskuksiin koulutuksen varjolla. Ei minun mielestäni ole mitenkään kouluttavaa tulla heitetyksi johonkin syrjäkylään yksinään muka oppimaan. Ajat eivät ole siinä suhteessa paljonkaan muuttuneet. (s. 24)

Tämäkin tekstipätkä hakee ymmärrettävyyttä sitoutumalla lukijalle tuttuun, kulttuurissa jaettuun hahmottamisen tapaan. Terveyskeskustyötä on tapana hahmottaa pakon ja byrokratian kautta siinä, missä kunnanlääkäriys saa vapauden ja vaihtelevuuden merkityksen. Kunnassa väistämättä yksin tehtävän työn opettavaisuus näyttää aivan erilaiselta osana kunnanlääkärin

kertomusta ja toisaalta terveyskeskustyöstä käytävää keskustelua, kun kunnanlääkäriys kuuluu kultaiseen menneeseen aikaan ja tulee tulkituksi sen hengessä.

Keikkalääkäri on toinen symbolinen hahmo, jota käytetään neuvoteltaessa terveyskeskustyön (toivotusta) muodosta ja sisällöstä. Keikkalääkäriys saatetaan esittää yksittäisen lääkärin rationaalisenä valintana, joka antaa lisää oman työn hallintaa. Samalla (nuorta) keikkalääkäriä puolustetaan itsekkyyssyytöksiä vastaan ja vihjataan vastuun olevan työoloista päättävillä tahoilla. Lääkäreiden laajasta vuokratyöhön siirtymisestä tulee uhkakuva, jonka toteutumiseen päättäjät voivat toimillaan vaikuttaa.

Tuon esitykseeni esimerkkejä siitä, miten keikkalääkäri ja kunnanlääkäri kuuluvat lääkärin henkilökohtaisiin uran ja elämän kertomuksiin muissa aineistoissani. Eläkkeelle jo jäänyt yleislääkäri rakentaa sekä elämäntarinansa jatkuvuuden että sen katkoksen historiallisesta ja henkilökohtaisesta siirtymästä kunnanlääkärin työstä terveyskeskukseen, nuorempi lääkäri taas kertoo keikkalääkärin katkoisesta urasta ja samalla (perhe-)elämän jatkumisen mahdollisuudesta. Kertominen kietoo nytkin yhteen eletyn kokemuksen ja kerrontahetken sosiaaliset ja kulttuuriset hahmotustavat. Kuten antropologi Vieda Skultans (1997) kirjoittaa henkilökohtaisesta kertomuksesta, muutos muistosta kertomukseksi vapauttaa kertojan osittain alkuperäisen kokemuksen pakotuksesta ja avaa mahdollisuuden kertoa henkilökohtainen osaksi historiaa, kollektiivista aikaa ja jaettua kokemusta. Yhteiset, sekä kertojan että kuulijan tuntemat kunnanlääkärin ja keikkalääkärin hahmot mahdollistavat ymmärtämisen ja tuovat samalla jaetut merkitykset ja arvostukset osaksi lääkärin henkilökohtaista identiteettiä.

Miksi tutkia merkityksiä?

Kertomus menneestä kutsuu historian eläväksi osaksi nykyhetkeä, mutta historian voi kertoa monin tavoin. Kulttuurisia merkityksiä ja mallitarinoita tutkimalla voi tunnistaa kohtia, joissa arvostuksia puheissa ja kirjoituksissa tullaan ilmaisemaan ei-toivotulla tavalla. Jos huomataan, että viittaukset hyvään menneeseen kunnanlääkäriaikaan herkästi tuottavat rinnalle ääneen lausumattoman käsityksen terveyskeskuksesta pakkona ja byrokrationa, voidaan palata kriittisemmin kysymään, mikä kunnanlääkärin työssä on yhä vaalimisen arvoista ja siirrettävissä nykyisen terveyskeskuslääkärin työhön. Henkilökohtaisia kertomuksia kuuntelemalla kohtaa aina uusia ja tuoreita tapoja suhtautua kulttuurissa jaettuihin merkityksiin ja lääkärihahmoihin siten, että niiden kautta syntyy yhden lääkärin työn ja uran mieli.

Lähteet

- Korhonen, Inkeri & Oksanen, Katja (1997). Kertomuksen semiotiikkaa. Teoksessa Pekka Sulkunen & Jukka Törrönen (toim.): Semioottisen sosiologian näkökulmia. Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys. Tampere: Gaudeamus.
- Mäkitalo-Keinonen, Tiina; Virtanen, Pekka; Saloniemi, Antti; Vänskä, Jukka & Parmanne, Piitu (2005): Vuokralääkärit – keitä he ovat? *Suomen Lääkärilehti* 60(48); 5007–5010.
- Ricoeur, Paul (1981). Narrative Time. Teoksessa W.J.T. Mitchell (toim.): On Narrative. Chicago: The University of Chicago Press.
- Skultans, Vieda (1998). The Testimony of Lives: Narrative and Memory in Post-Soviet Latvia. Lontoo: Routledge.
- SLL (2004). Terveyskeskusten lääkärintyön selvitystyöryhmän loppuraportti 2004. Suomen Lääkäriliitto. <http://www.laakari-liitto.fi/files/tkloppuraportti.pdf>
- Virtanen, Piitu & Vänskä, Jukka & Halila, Hannu (2004). Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2004. *Suomen Lääkärilehti* 59(49-50), 4877–4880.

Johtamisen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa

Helena Taskinen, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos
PL 1627, 70200 Kuopio
helena.taskinen@uku.fi

Taustaa

Terveydenhuollon johtamisen oikeudenmukaisuus on tärkeä, mutta vähän tutkittu ilmiö. Terveydenhuollossa oikeudenmukaisuutta on tutkittu lähinnä sen terveys- ja hyvinvointivaikutusten näkökulmasta (esim. Elovainio ym. 2002, Tepper 2001, Kivimäki ym. 2003). Terveydenhuollon henkilöstön oikeudenmukaisuuskokemuksia (Romana ym. 2004, Spence Laschinger 2004, Taskinen 2005, Wiili-Peltola 2005) on sen sijaan tutkittu vähemmän. Terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen johtamisen näkökulmasta oikeudenmukaisuuden tutkimus on ollut niukkaa.

Oikeudenmukaisuutta on pidetty organisaatioiden yhtenä keskeisenä perusarvona. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella oikeudenmukaisen johtamisen tiedetään vaikuttavan organisaation toimivuuden kannalta olennaisiin asioihin, kuten esimerkiksi yksilöiden väliseen luottamukseen (Cohen-Charash & Spector 2001, Brocker & Siegel 1996), työ- (Alexander & Ruderma 1987, Diekmann ym. 2004) ja palkkatyytyväisyyteen (Folger & Konovsky 1989), organisaatioon sitoutumiseen (Folger & Konovsky 1989, Greenberg 1990) sekä psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin (Tepper 2001, Elovainio ym. 2002, Kivimäki ym. 2003). Oikeudenmukaisuus on myös tärkeä työntekijöiden johtajiin kohdistaman luottamuksen synnyn lähde organisaatioissa (Konovsky 2000).

Organisaation oikeudenmukaisuutta arvioitaessa tarkastelun kohteena on 1) organisaation voimavarojen, etujen ja palkkioiden sekä myös tehtävien ja velvollisuuksien jako (jakava oikeudenmukaisuus), 2) jakopäätöstenteko ja niiden menettelytavat (menettelytapojen oikeudenmukaisuus) sekä 3) henkilöstön kohtelun (vuorovaikutuksen oikeudenmukaisuus) säännöt ja normit (mm. Folger & Cropanzano 1998, xiii). Nämä oikeudenmukaisuuden osa-alueet ovat henkilöstövoimavarojen johtamisen perustaa, jonka pohjalle organisaation toimivuutta ja yhteistyön sujuvuutta rakennetaan.

Tutkimuksen tavoite ja tehtävät

Tutkimus on osa Suomen Akatemian Terveydenhuoltotutkimusohjelmaan kuuluvan Kuopion yliopiston terveystieteiden ja -talouden laitoksen toteuttaman Henkilöstövoimavarojen johtamisen innovaatioterveystieteiden -hanketta (HumanRe -tutkimushanke). HumanRe -tutkimushankkeen tavoitteena on henkilöstöjohtamisen tietoperustan vahvistaminen, menetelmien ja mallien kehittäminen sekä hyvien käytäntöjen löytäminen.

Tämän osatutkimuksen tavoitteena on selvittää terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen johtamista oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Kiinnostuksen kohteena on henkilöstön epäoikeudenmukaisuuden kokemukset ja niiden syntymekanismit sekä myös oikeudenmukaisiksi koetut käytänteet. Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin: 1) Miten johtamisen oikeudenmukaisuus toteutuu terveydenhuollossa? 2) Millaiset asiat, tilanteet tai menettelyt aiheuttavat vastaajissa oikeudenmukaisuuden tai epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia?

Aineisto ja menetelmät

HumanRe -tutkimuksen aineisto koottiin kyselylomakkeilla vuonna 2005. Kyselytutkimuksen kohderyhmänä olivat kuuden sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä yksityisen terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevä henkilöstö¹. Tässä aineistona on käytetty yksinomaan työntekijäkyselyä, joka koostui hoitohenkilökunnasta ja lääkäreistä (N = 853, vastausprosentti 41). Kyselylomakkeessa johtamisen oikeudenmukaisuutta selvitettiin sekä strukturoiduilla että avoimella kysymyksellä. Työntekijäaineistossa avoimeen kysymykseen vastasi 268 henkilöä (37 % lomakkeen palauttaneista).

Tulokset

Työntekijät kuvasivat vastauksissaan epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia selvästi enemmän kuin oikeudenmukaisiksi kokemiaan tapahtumia tai asiantiloja. Oikeudenmukaisuuden kokemukset kohdistuivat pääosin jakavaan oikeudenmukaisuuteen. Oikeudenmukaisiksi koetut tilanteet tai tapahtumat koskivat kannustuksen saamista, koulutuksiin osallistumisen tasapuolista jakautumista ja oman ammatillisen osaamisensa kehittämistä ja myös siitä palkitsemista.

Epäoikeudenmukaisiksi koetut tapahtumat, tilanteet tai menettelyt liittyivät sekä jakavaan, menettelytapojen että kohtelun oikeudenmukaisuuteen. Terveydenhuollon henkilöstöjohtamisessa epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia aiheutti palkitsemisjärjestelmän koettu epäoikeudenmukaisuus, erilaiset menettelytavat ja käytänteet sekä henkilöstön kohtelun koetut puutteet.

Palkitsemisjärjestelmän oikeudenmukaisuutta arvioitaessa kritiikki kohdistui palkkauksen perusteisiin ja siinä koettu eriarvoisuuteen. Myös palkkatietämyksessä oli puutteita: palkitsemisen kriteereistä ja perusteista ei koettu tiedotettavan riittävän avoimesti. Tutkittavien mukaan osaamisesta ja sen kehittämisestä ei myöskään palkita oikeudenmukaisesti tai riittävästi. Myös työmäärän ja veloitteiden koettiin jakautuvan epätasapuolisesti.

Menettelytapojen oikeudenmukaisuudessa kritisoitiin erityisesti henkilöstön vähäisiä osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia, toisten ryhmien eriarvoista kohtelua (esim. uudet vs. kokeneet työntekijät, lääkärit vs. muut) sekä puolueelliseksi koettuja menettelytapoja, kuten ns. suosikkijärjestelmän olemassaoloa. Epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia aiheutti myös työntekijöiden epäjohtonmukainen kohtelu, sääntöjen ei koettu olevan kaikille samat. Tämä aiheutti johtajiin kohdistunutta luottamusvajetta. Myös henkilöstön inhimillisessä kohtelussa ilmaistiin olevan puutteita, kuten ihmisten epäkunnioittava ja epäystävällinen kohtelu (ks. myös Taskinen 2005, Wiili-Peltola 2005).

Pohdintaa

Tulokset osoittavat, että henkilöstövoimavarojen johtamisessa oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tarkasteltuna oli puutteita. Erityisesti päätöksenteon menettelytavat ja henkilöstön kohtelu ovat tekijöitä, joilla on ratkaiseva merkitys organisaation toimintaan: ne synnyttävät joko luottamusta tai epäluottamusta johtajiin ja organisaation toimintaan sekä vaikuttavat siten ratkaisevasti esimerkiksi organisaation jäsenten yhteistyön toimivuuteen ja koko organisaation toiminnan sujuvuuteen. Myös palkitsemisessa korostuu sen oikeudenmukainen toteuttaminen, jolloin keskeiseksi muodostuu johdonmukaisuuden ja tasavertaisuuden tai eriarvoisuuden kysymykset

¹HumanRe -tutkimuksen koko aineisto koostui seuraavista henkilöstöryhmistä 1) työntekijät (hoitohenkilökunta ja lääkärit), 2) henkilöstön koulutuksesta, kehittämisestä ja rekrytoinnista vastaavissa yksiköissä työskentelevät henkilöt sekä 3) linjalinnosta vastaavat johtajat, keskihoito (ylilääkärit ja ylihoitajat), lähijohto (osastonhoitajat)

– mistä palkitaan, mitä palkkioita käytetään, ketä palkitaan ja ennen kaikkea miten oikeudenmukaisesti edellä mainitut palkitsemispäätökset tehdään. Terveydenhuollon henkilöstövoimavarojen johtamisen oikeudenmukaisuus on siten todellinen johtamisosaamisen haaste.

Lähteet

- Alexander S. & Ruderman M. (1987). The role of procedural and distributive justice in organizational behavior. *Social Justice Research* 1 (2), 177–198.
- Brockner J. & Siegel P. (1996). Understanding the Interaction Between Procedural and Distributive Justice. The Role of Trust. In Kramer R. M. & Tyler R. (eds.) *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*. SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Cohen-Charash Y. & Spector P.E. (2001). The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 86 (2), 278–321.
- Diekmann K.A., Barsness Z.I. & Sondak H. (2004). Uncertainty, Fairness Perceptions, and Job Satisfaction: A Field Study. *Social Justice Research*, 17 (3), 237–255.
- Elovainio M., Kivimäki M. & Vahtera J. (2002). Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. *American Journal of Public Health* 92 (1), 105–108.
- Folger R. & Cropanzano R. (1998). *Organizational Justice and Human Resource Management*. SAGE Publications: Thousand Oaks.
- Folger R. & Konovsky M.A. (1989). Effects of procedural and distributive justice on reactions to pay raise decisions. *Academy of Management Journal* 32 (1), 115–130.
- Greenberg J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management* 16 (2), 399–432.
- Kivimäki M., Elovainio M., Vahtera J. & Ferrie E. J. (2003). Organizational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine* 60, 27–34.
- Konovsky M.A. (2000). Understanding procedural justice and its impact on business organizations. *Journal of Management* 26 (3), 489–511.
- Spence Laschinger H. K. (2004). Hospital Nurses' Perceptions of Respect and Organizational Justice. *Journal of Nursing Administration* 34, (7/8), 354–364.
- Romana A., Keskinen S. & Keskinen E. (2004). Oikeudenmukainen johtaminen - arjen kokemuksia ja menetelmiä. Kuntien Eläkevakuutus: Helsinki.
- Taskinen H. (2005). Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kuopio.
- Tepper Bennet J. (2001). Health Consequences of Organizational Injustice: Tests on Main and Interactive Effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 86 (2), 197–215.
- Wiili-Peltola E. (2005). Sairaala muutosten ristipaineessa. Väitöskirja. HAUS-julkaisuja 1/2005. Savion kirjapaino Oy.

Yksityisen sairausvakuutuksen, iän ja tulojen vaikutus julkisen ja yksityisen lääkäripalvelun valinnassa

Satu Jäntti, TtM, Ismo Linnosmaa, PHD ja Jari Vuori, HTT, Kuopion yliopisto, Terveystalouden ja -talouden laitos
www.uku.fi/tht/pubpri.shtml

Tämän paperin tarkoituksena on tarkastella erityisesti yksityisen sairausvakuutuksen sekä lisäksi iän ja tulojen vaikutusta lääkäripalvelun valintaan julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Tulokset ovat osa Suomen Akatemian Terttu-ohjelman rahoittamasta tutkimushankkeesta Public, Private and Hybrid Forms of Health Care. Tulokset liittyvät teemallisesti myös väitöskirjahankkeeseen, joka toteutetaan Kansaneläkelaitoksen ja Kuopion yliopiston yhteishankkeena.

Yksityisen vakuutuksen ja yksityisen lääkäripalvelun valinnan välillä voi olla kahdensuuntainen vaikutus. Voidaan kysyä, synnyttääkö yksityisen lääkäripalvelun käyttö ja valinta yksityisen sairausvakuutuksen kysyntää vai päinvastoin?

Lääkäripalvelun valinnan takana voidaan nähdä yksilön ulkoisia ja sisäisiä preferenssejä. Sisäiset preferenssit ovat arvoja, uskomuksia ja ihmisen antamia merkityksiä julkisille ja yksityisille organisaatioille (Vuori & Kingsley 1999, 2). Nämä yksilölliset, sisäiset preferenssit voivat määrittää valinnan (ks. esim. Saukkonen 2004, 17–18). Ulkoiset preferenssit rajataan tässä paperissa yksilön ulkoisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat valintaan. Ulkoiset tekijät ovat sidottuja yksilöön, toisin kuin valintaan vaikuttavat muut tekijät, esimerkiksi lainsäädäntö ja palvelutarjonta. Ulkoisten preferenssien osalta tarkastellaan iän, tulojen ja vakuutuksen vaikutusta sektorin valintaan. Vastaavasti katsotaan sektorivalinnan ja tulojen vaikutusta yksityisen sairausvakuutuksen valintaan.

Yksityinen sairausvakuutus, kuten muutkin vakuutukset nähdään usein kulutusta lisäävänä tekijänä. Tätä kulutusta ja tehottomuutta lisäävää vaikutusta sanotaan moral hazard ilmiöksi eli yksilö valitsee ja käyttää herkemmin tiettyä palvelua kuin mitä hän ilman vakuutusta tekisi (Pauly, 1968). Tämän perinteisen vakuutusteoreettisen ajattelutavan mukaan vakuutus siis saa yksilön herkemmin valitsemaan korvattavaa palvelua. Tällöin vakuutus edeltää valintaa ja vakuutus voidaan nähdä yksilön tekemänä ensisijaisena valintana, josta muut valinnat ovat seurausta. Jos tilannetta tarkastellaan sisäisten preferenssien valossa asia kääntyy päinvastoin. Yksilön preferointi julkista tai yksityistä palvelua kohtaan synnyttää tarpeen vakuutukseen, jotta halutun palvelun käyttö mahdollistuu. Eli sisäisten preferenssien (esim. arvo, mieltymys) pohjalta syntynyt palveluvalinta synnyttää yksityistä vakuutusksyntää. Tässä paperissa testaamme erityisesti vakuutuksen ja yksityisen lääkäripalveluvalinnan suhdetta.

Lisäksi tarkastellaan iän ja tulotason vaikutusta valintaan. Ikä tuo mukanaan usein korkeamman tulotason, mutta myös lisääntyvässä määrin vaivoja ja oireita. Tutkimusten mukaan kuitenkin vanhemmat ikäluokat suhtautuvat myönteisemmin julkisiin terveyspalveluihin kuin nuoremmat (kts. esim. Käyhkö 1997, 131–132). Analysoimme iän ja tulotason vaikutusta lääkäri- ja palveluvalintaan suurissa kaupungeissa.

Taulukko 1. Kuvailevat taustatiedot

	Viimeisin lääkärikäynti	
	Julkinen sektori, 63 %, N = 1212	Yksityinen sektori, 37 % N = 704
Ikä (mean +/- St.dev.)	52 years (52+/-18)	47 years (47+/-15)
Yksityinen sairausvakuutus	12 %	22 %
Tulotaso	alle 500 euroa, 5 % 501–2 000 euroa, 22 % 2 001–4 000 euroa, 35 % 4 001–6 000 euroa, 26 % 6 001 euroa tai yli, 12 %	alle 500 euroa, 4 % 501–2 000 euroa, 29 % 2 001–4 000 euroa, 36 % 4 001–6 000 euroa, 20 % 6 001 euroa tai yli, 11 %

Aineisto ja menetelmät

Tulokset perustuvat talven 2005–2006 aikana kerättyyn aineistoon, joka toteutettiin postikyselyinä. Lomake lähetettiin 6 000:lle vastaajalle, joista 2 799 palautti lomakkeen. Näin ollen tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 48 %. Väestökysely toteutettiin Suomen viidessä yliopistosairaalakaupungissa. Tulokset ovat yleistettävissä otoksessa olleisiin kaupunkeihin, mutta eivät laajemmin koko väestöön. Tutkimuksen kohdistamisella kaupunkeihin haluttiin varmistaa, että vastaajat pystyvät todella valitsemaan julkisen ja yksityisen tarjonnan välillä. Yksityisiä lääkäripalveluja on kattavasti tarjolla kaikissa yliopistosairaalakaupungeissa.

Vastaajat (taulukko 1), jotka olivat valinneet julkisen sektorin olivat keskimäärin viisi vuotta vanhempia kuin yksityisen sektorin valinneet. Yksityisen sairausvakuutuksen omaavien osuus oli puolestaan 10 % yleisempää yksityisen sektorin valinneiden joukossa. Tulojen suhteen julkisen ja yksityisen valinneet eivät juuri eronneet toisistaan. Yllättävää oli, että julkisen sektorin viime käynnillä valinneet omasivat hieman korkeamman tulotason kuin yksityisellä sektorilla käyneet. Tarkastelusta on jätetty ulkopuolelle työterveyshuollon ja opiskelijaterveydenhuollon valinneet. Viimeisin lääkärikäynti ja sektorivalinta tarkoittavat tässä paperissa samaa asiaa. Tulosten analysoinnissa on käytetty logistista regressioanalyysia.

Tulokset

Taulukosta 2 nähdään iän, yksityisen sairausvakuutuksen ja tulojen vaikutus sektorivalintaan. Iän lisääntyessä todennäköisyys valita yksityinen sektori pieneni hieman. Yksityinen sairausvakuutus lisäsi todennäköisyyttä valita yksityinen sektori 3 %. Tulojen kasvu vaikutti voimakkaimmin todennäköisyyteen valita yksityinen sektori. Tulojen kasvaessa kasvoi todennäköisyys valita yksityinen 28 %. Tulokset ovat tilastollisesti merkitseviä iän ja tulojen vaikutuksen suhteen.

Taulukosta 3 nähdään tulojen ja viimeisimmän lääkäripalvelun käytön eli sektorivalinnan vaikutus yksityisen sairausvakuutuksen valintaan. Yksityisen lääkäripalvelun valinneiden joukossa todennäköisyys ottaa yksityinen sairausvakuutus oli 76 % suurempi kuin julkisen lääkäripalvelun valinneissa. Tuloluokan kasvaessa todennäköisyys hankkia yksityinen sairausvakuutus kasvoi 29 %.

Molemmat tulokset ovat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 2. Iän, yksityisen sairausvakuutuksen ja tulojen vaikutus sektorivalintaan

Selitettävä muuttuja = Sektorivalinta

	Parameter estimate	S.E	Sig.	OR (95% CI)
Ikä	-0.009	0.002	0.00	0.991
Yksityinen sairausvakuutus	0.031	0.166	0.854	1.031
Tulot	0,247	0,028	0,00	1,280

Taulukko 3. Sektorivalinnan ja tulojen vaikutus yksityisen sairausvakuutuksen valintaan

Selitettävä muuttuja = Yksityinen sairausvakuutus

	Parameter estimate	S.E	Sig.	OR (95% CI)
Sektorivalinta	0,570	0,131	0,00	1,769
Tulot	0,256	0,035	0,00	1,292

Pohdinta

Iän lisääntymisen voidaan nähdä vähentävän alttiutta hakeutua yksityiselle lääkärille. Ikä sinällään ei ehkä selitä valinnan muutosta vaan iän mukanaan tuomat terveydelliset ja usein tulotasoon liittyvät muutokset. Onko mahdollista, että vanhenevien ihmisten moninaisiin palvelutarpeisiin pystytään vastaamaan paremmin julkisen terveydenhuollon piirissä?

Tulotason nousu lisää sekä yksityisen sairausvakuutuksen että yksityisen lääkäripalvelun valinnan todennäköisyyttä. Tarkastelussa tulotaso saattaa osaltaan heikentää vakuutuksen ja iän vaikutusta.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että yksityinen sairausvakuutus lisää todennäköisyyttä valita yksityinen lääkäripalvelu, vaikutus ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Vastaavasti yksityisen lääkäripalvelun valinta lisäsi tilastollisesti merkitsevästi todennäköisyyttä valita yksityinen sairausvakuutus. Näin ollen voidaankin perustellusti esittää kysymys siitä toimiiko yksityinen vakuutus sisäisenä preferenssinä vai ulkoisena preferenssinä, tekijänä valinnassa? Onko yksilö tehnyt jo valinnan käyttäen yksityistä terveydenhuoltoa ennen kuin ottaa vakuutuksen? Ja vielä vaikeampi kysymys on: ovatko tämän valinnan tehneet ylipäänsä enemmän yksityistä toimintaa (esim. yrittäjyyttä) preferoivia? Ja jos ovat, niin syntyykö heille kansalaisina yksityisiä palveluja preferoiva profiili?

Lähteet

- Käyhkö, K. (1997). Hoitopaikan valinta. Tutkimus terveyskeskuksen palveluista saatujen kokemusten merkityksestä kolmessa kaupungissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirjat 1:1997.
- Pauly, M.V. (1968). The economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58, 531–537.
- Saukkonen, K. (2004). Preferenssi ja sosiaalinen valinta. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja keskusteluja ja raportteja 13:2004.
- Vuori, J. & Kingsley, G. (1999). Public and Private Service at Loggerheads: The model of credibility gap accounts for the high quality of private services? *Proceedings of Annual Academy of Management Meeting*.

Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa¹

Kirsi Wiss, Vesa Saaristo ja Matti Rimpelä, Stakes/KHS-ryhmä/TedBM-hanke

Hanne Kivimäki, Elise Kosunen ja Arja Rimpelä, Tampereen yliopisto/KERTTU-tutkimushanke
kirsi.wiss@stakes.fi

Terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja osaaminen ovat viime vuosina nousseet terveystieteiden suurten haasteiden joukkoon. 1990-luvun alussa henkilöstöhallinnon sijasta alettiin puhua henkilöstövoimavarojen tai inhimillisten voimavarojen johtamisesta. Henkilöstövoimavarojen johtamisella toteutetaan organisaation strategiaa ja sen tulisi perustua luotettavaan tietoon. Henkilöstövoimavarojen johtamisessa puhutaan tasosta ja rakenteesta. Tasolla tarkoitetaan henkilöstön määrää. Rakenne kuvaa koulutusastetta tai laajemmin osaamista. Kouluterveydenhuollossa tasoa ilmaistaan tavallisesti oppilaiden lukumäärän suhteella kokopäivätoimiseen työntekijään. Kun tämä tunnusluku esitetään erikseen terveydenhoitajille ja lääkäreille, saadaan jossakin määrin tietoa myös rakenteesta.

Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta on vuosien varrella annettu useita ohjeita ja suosituksia. Suositeltu oppilaiden määrä kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa kohti oli 1970-luvulla 1200–1500, mutta tänä päivänä enintään 600. Lääkärisuosituksiksi 1970-luvulla määriteltiin vähintään viisi viikkotuntia 1000 oppilasta kohti. Uudessa STM:n laatusuosituksessa (2004) oppilaiden lukumäärä kokopäivätoimiselle koululääkärille on 2 100. Tässä tutkimuksessa selvitetään perusopetuksen kouluterveydenhuollon henkilöstön työpanosta koko maassa. Tutkimusaineistona on terveyskeskusten johdolle syksyllä 2005 tehty Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä -kysely (Rimpelä ym. 2006), johon vastasi 224 terveyskeskusta (88 %).

Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja sekä terveydenhoitajien että lääkäreiden mitoituksessa eikä laatusuosituksen tasoon juuri päästy. Tämän tutkimuksen tulokset kyseenalaistavat informaatio-ohjauksen vaikutuksen kuntien ja terveyskeskusten päätöksentekoon ja etenkin sen mahdollisuudet turvata palvelujen tasa-arvoinen saatavuus asuinpaikasta riippumatta.

¹Tutkimusraportin käsikirjoitus on lähetetty arvioitavaksi Suomen lääkärilehden toimitukselle. Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa Tampereen yliopiston KERTTU (Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus, vaikuttavuus)-tutkimushanketta.

Terveyspalvelujen käytön oikeudenmukaisuuden alueelliset erot – tilastollinen analyysimenetelmä

Sonja Lumme ja Ilmo Keskimäki, Stakes, Vaikuttavuuden ja oikeudenmukaisuuden tutkimusryhmä

Alastair Leyland, MRC Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow

Tausta

Vaikka suomalaista hyvinvointivaltiota on pyritty kehittämään eriarvoisuuden ehkäisemiseksi, todetaan sekä sairastavuudessa että terveyspalvelujen käytössä edelleen alueellisia ja sosioekonomisia eroja. Alueelliset ja sosioekonomiset erot terveydessä ja hyvinvoinnissa eivät ole heijastuneet palvelujen käyttöön ja jotkut ryhmät käyttävät terveyspalveluita vähemmän kuin hoidon tarpeen mukaan voitaisiin olettaa. Aiemmissä tutkimuksissa ei ole pystytty arvioimaan alueellisten, sosioekonomisten ja terveydenhuoltoon liittyvien tekijöiden suhteellista vaikutusta palvelujen käyttöön.

Tavoite

Konsentraatiokerroin on yleisesti käytetty mittari terveyden ja terveyspalvelujen käytön sosioekonomisen oikeudenmukaisuuden jakautumisen kuvaamisessa. Kun halutaan vertailla oikeudenmukaisuuden jakautumista sosioekonomisten ryhmien välillä eri alueilla, ei tähän ole ollut saatavilla sopivaa menetelmää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää tilastollinen menetelmä, jolla voidaan kuvata sosioekonomisen oikeudenmukaisuuden alueellisia eroja terveyspalvelujen käytössä. Tarkoituksena on kehittää menetelmä, jolla voidaan laskea konsentraatiokertoimet eri alueille ja lisäksi on tarkoituksena löytää tehokas testi kertoimien tilastollisten erojen tutkimiseen. Tutkimus on osa ”Alueellinen ja sosiaalinen eriytyminen vai sosioekonomiset erot: Miksi terveyspalvelujen saatavuus ja käyttö on eriarvoista?” (REDD) -hanketta.

Aineisto

Tutkimuksessa tarkastellaan 45–84-vuotiaiden sepelvaltimotoimenpiteitä (CABG, PTCA) vuosina 2001–2003. Aineisto on muodostettu yhdistelemällä tietoja useista hallinnollisista rekistereistä. Toimenpiteet on poimittu hoitoilmoitusrekisteristä ja sosiodemografiset tiedot väestölaskennoista ja työvoimatilastoista sekä kuolleisuutta koskevat tiedot kuolinsyyrekisteristä. Alueyksikköinä käytetään sairaanhoitopiirejä. Sosioekonomisen aseman mittarina käytetään tuloluokkia (tulo 20-osa) ja aineisto on luokiteltu 5-vuotisikäryhmiin. Hoidon tarpeen arvioinnissa käytämme sepelvaltimotautikuolleisuutta.

Kehitteillä oleva malli

Aiemmin käytössä ollut tapa laskea konsentraatiokerroin ei näytä arvioivan riittävän hyvin tarpeen ja palvelujen käytön yhteyttä sepelvaltimotoimenpiteitä tarkasteltaessa. Kehitteillä olevassa mallissa konsentraatiokertoimet lasketaan käyttämällä tarpeen arvioinnissa ikävakioituja kuolleisuus- ja toimenpidelukuja eri alueilla. Uutta tässä menetelmässä on myös monitasomallin käyttö konsentraatiokertoimien laskemisessa. Mallia ja siihen liittyvää tilastollista testausta on kuitenkin tarpeen vielä kehittää.

Kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947–2004

Matti Rimpelä, Kirsi Wiss ja Vesa Saaristo, Stakes/KHS-ryhmä/TedBM-hanke

Hanne Kivimäki, Elise Kosunen ja Arja Rimpelä, Tampereen yliopisto/KERTTU-tutkimushanke matti.rimpela@stakes.fi

Suomen terveydenhuollon kehittämisessä oli 1940-luvulla vahva väestöpoliittinen intressi, jossa korostettiin erityisesti lasten ja nuorten terveydenhoitoa. Vuonna 1952 tuli voimaan laki kansakoulujen koululääkäratoiminnasta. Samana vuonna siirrettiin kouluylilääkärin tehtävä kouluhallituksesta lääkintöhallitukseen, jonne perustettiin kouluterveydenhuollosta ja neuvolatoiminnasta vastaavan ylilääkärin virka (Hultin ja Paavilainen 1967). 1960-luvun alussa otettiin neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa käyttöön yhtenäiset terveystiedot. Valtakunnallisissa tilastojulkaisuissa ja vuosikertomuksissa esitetyt kouluterveydenhuoltoa koskevat tiedot ja arvioinnit kuvaavat osaltaan tämän toiminnan asemaa ja arvostusta terveydenhuoltohallinnossa. Tässä tutkimuksessa on koottu tilasto- ja seurantajulkaisuja lääkintöhallituksen arkistosta ja muista lähteistä vuosilta 1947–2005. Raportissa tarkastellaan alustavasti kouluterveydenhuoltoa koskevien tietojen ja arviointien kehitystä tänä aikana.

1947–1971: Kouluterveydenhuollosta on kerätty tilastotietoja ainakin vuodesta 1947 alkaen. Terveystietojen ja koululääkärit kokosivat koulukohtaiset tiedot yhteiselle lomakkeelle, joista valtakunnallisesti laskettiin läänikohtaiset ja koko maan tiedot. 1950-luvulta alkaen lomakkeet ovat edelleen tallessa lääkintöhallituksen arkistoina. Arkistosta löytyi mm. vuosia 1947–1952 koskeva taulukko, joka osoitti, että kansakoulujen kouluterveydenhuolto laajeni nopeasti: oppilasmäärä lisääntyi 290 784 → 436 458. Käyntitietojen lisäksi terveystietojen ilmoittivat myös neuvottelujen, pakinoitten ja oppituntien lukumäärät. Toiminnan laajenemisesta huolimatta neuvottelut vanhempien ja opettajien kanssa vähenivät. Alussa molempia ilmoitettiin noin 10 000 ja lopussa opettajaneuvotteluita 9 171 ja vanhempien kanssa neuvotteluita 7 257. Terveystietojen ilmoittivat 1947 kirjoittaneensa/pitäneensä noin 11 000 ja 1952 noin 8 000 pakinaa ja/tai terveystietojen oppituntia. Erikoishoitoon toimitettujen määrä väheni huomattavasti (8 910 → 5 264).

Koululääkärit raportoivat toiminnastaan ja lasten terveydentilasta yhtenäisillä lomakkeilla kansanterveystietojen voimaantuloon (1972) saakka. Koko maan ja läänikohtaiset tiedot julkaistiin Lääkintöhallituksen tilastojulkaisuissa (SVT; Yleinen terveyden- ja sairaanhoito). Esimerkiksi vuosien 1967–1968 julkaisuissa raportoitiin lääkärin tarkastukset ja -käynnit sekä silmä- ja korvalääkärikäynnit. Terveydentilaa kuvattiin seuraavien ongelmien lukumäärillä: tuki- ja liikuntaelinten vikoja ja sairauksia, ryhtivirhe, väsymystä, ravitsemushäiriöitä, matala Hb, iho-oireita, struuma, imosolmuketurvottumia, näkövikoja, silmäsairauksia, kuulovikoja, korvasairauksia, astmaa, orgaanisia sydänvikoja, vatsaelinten sairauksia, munuaistautia, kroonisia risatulehduksia ja adenoideja, hermosto- ja psykosomaattisia oireita, puhehäiriöitä, luku- ja kirjoitushäiriöitä, lapamatoa ja sokeritautia. Lisäksi raportoitiin ”suositukset” jatkohoitoon: erikoistutkimuksiin, erikoislääkärin tutkimukseen, uusintatarkastukseen koululla, uusintatarkastukseen vastaanotolla, tarkkailuoppilaaksi. Tekstissä kuvattiin kouluterveydenhuoltoa yleisesti ja selostettiin tarkastusten kehitystä. Kouluterveydenhuollon piirissä olevien oppilaiden määrä oli laskenut viidessä vuodessa viidenneksellä ikäluokkien pienentyessä. Terveystietojen toiminnasta todettiin lyhyesti, että heillä oli

keskimäärin 3 kosketusta kuhunkin oppilaaseen lukuvuoden aikana. Terveystieteiden suorittamista tarkastuksista/käynneistä 1960-luvulla ei ole toistaiseksi löydetty tilastotietoja.

1972–1979: Vuosina 1972–1979 Lääkintöhallitus jatkoi käyntien ja hieman rajatun terveydentilatielien keräämistä ja julkaisemista SVT-sarjassa. Esimerkiksi vuosina 1978–1979 raportoitii koko maassa ja lääneittäin seuraavat tiedot: terveystarkastukset ja käynnit lääkäriillä ja terveydenhoitajalla, terveeksi todetut, erikoislääkärin tutkimat oppilaat, seulontatutkimukset ja ensi kertaa todetut eräät häiriöt; näkövika, kuulovika, mielenterveyden häiriöt, puhe ja ääni-häiriö, luki- ja kirjoitushäiriö, tuki- ja liikuntaelinten viat ja sairaudet, matala Hb, lihavuus ja gynekologinen häiriö. Tekstiosassa kuvattiin toimintaa yleisesti ja myös pääpiirteitä koululaisten terveydestä.

Vuoden 1978 vuosikirjassa todettiin: ”...kasvuikässä olevan väestömme terveydentilasta ei ole luetettavia tietoja. Mittaukset ja niiden tilastoiminen on vaativa yritys, sillä mittauksen tulisi edustaa koko maan kasvuikäistä väestöä. On syytä olettaa, että erilaiset terveydenhuoltopoliittiset toimenpiteet kuvastuvat nopeasti eri kohortteja seurattaessa. Erityisen tärkeää tämän väestönosan jatkuva huolellinen seuraaminen on pyrittäessä selvittämään, miksi ’maailman terveimmistä lapsista kehitty Euroopan sairaimpia aikuisia.’ Samanaikaisesti oli kiinnitetty huomiota siihen, että kasvava osa terveydenhoitajien työstä kului toimistotehtäviin.

1970-luvulla lääkitöhallituksen vuosikertomuksissa ja niihin liittyvissä tilastomonteissa kuvattiin omalla lukunaan lyhyesti kouluterveydenhuoltoa ja koululaisten terveyttä.

1980–1992: Vuodesta 1980 alkaen toimintakertomusohjeita muutettiin ja kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi rajoittui käyntien lukumääriin. Kouluterveydenhuoltoa koskeva oma luku jäi pois tilastojulkaisuista yms. aineistosta. Toistaiseksi ei ole löydetty vuosien 1980–1992 alkuperäistietoja eikä tulosteita kahta poikkeusta lukuun ottamatta. Vuodesta 1985 alkaen on saatavilla tiedot kouluterveydenhuollon lääkäri- ja terveydenhoitajakäynneistä koko maassa. Vuosilta 1989–1992 on löydetty KETI-tietojen yhteenvedon Monteista, joissa ovat seuraavat valtakunnalliset tilastotiedot: Terveystieteiden- ja sairaanhoitokäynnit erikseen lääkäriillä, terveydenhoitajalla ja muun henkilön vastaanotolla sekä erikoistutkimukset (silmä- ja korvatutkimuskäynnit; käynnit psykologin ja psykiatrin tutkimuksissa; muut erikoiskäynnit).

1993-: Vuodesta 1993 alkaen on Stakesin SOTKA-tietokantaan tallennettu vuosittain kuntien ilmoittamat tiedot kouluterveydenhuollon lääkäri- ja terveydenhoitajakäyntien lukumääristä. Tiedot ovat tarkistamattomia ja niissä on useita ilmeisiä epätarkkuuksia. Muita valtakunnallisia tilastotietoja kouluterveydenhuollosta ei ole saatavissa. Kouluterveydenhuoltoa ei kuvata lainkaan 2000-luvulla julkaistuissa sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollisissa vuosikirjoissa. Tilastotiedotteessa terveystieteidenkäynneistä (esim. Stakes 27/2005) on kuvattu kouluterveydenhuollon käyntejä yhteensä lääneittäin. SVT-sarjan Terveystieteidenhuoltotrendit 2004 -julkaisussa todetaan lyhyesti, että kouluterveydenhuollon käynnit/kouluikäinen väestö olivat laskeneet 1997–2003 noin 20 %. Kuvioista voidaan päätellä, että samana aikana vastaavasti lasketut terveydenhoitajakäynnit vähenivät noin 10 %.

Yhteenvedon käyntitilastoista: Edellä kuvatuista tilastotiedoista voidaan poimia muutamilla esimerkkivuosilla oppilasmäärään suhteutettuja käyntimääriä:

	1947	1952	1967	1979	1990	2004
Lääkärikäynnit/oppilas	0,5	0,5	0,4	0,7	0,4	0,2
Hoitajakäynnit/oppilas	1,8	1,4	3,0	2,6	3,0	2,1

Käyntilukuja tarkasteltaessa on muistettava, että ne eivät ole suoraan vertailukelpoisia. Uusimmat tiedot on suhteutettu 7–18-vuotiaan väestön lukumäärään kun aikaisemmin jakajana olivat kouluterveydenhuollon piiriin kuuluneet oppilaat. Laskentatavan muutos ei kuitenkaan yksinään selitä tunnuslukujen muutoksia. Kouluterveydenhuollon käynnit näyttävät vakiintuneen 1960–1970-luvuilla tietylle tasolle. Lääkärikäynneissä näkyy 1960-luvun lopun vaikea lääkäri-

pula. 1970-luvulla lääkäriresurssit lisääntyivät. Lääkärikäynnit vähenivät jo 1980-luvulla ja ovat pudonneet yli puolet pienemmiksi kuin ensimmäisenä tilastovuotena (1947). Terveydenhoitajakäynneistä on vuoden 1990 jälkeen vähentynyt kolmannes.

Pohdinta

Valtakunnallinen tilastointijärjestelmä osoittaa kouluterveydenhuollon priorisoinnin kansanterveyslain voimaantuloon saakka ja myös 1970-luvulla. Tätä tulkintaa vahvistavat myös käyntitiedot. Tilastojärjestelmä varmistti, että kunnissa ja lääneissä oli vuosittain päivittyvää tietoa sekä kouluterveydenhuollon toiminnasta että oppilaiden terveydentilasta. Vaikka perustiedot olivat tuolloin varsin hyvät ja päivittyivät vuosittain, vuoden 1978 vuosikirjassa kiinnitettiin kuitenkin huomiota vielä paremman seurannan tarpeeseen. Kun valtakunnalliset ja lääneittaiset tilastot julkaistiin, oli kouluissa ja kunnissa helposti mahdollista verrata oman toiminnan ja koululaisväestön terveydentilan suhdetta maan/läänin keskimääräiseen kehitykseen.

Tietojen keruun rajoittuminen käynteihin yhdessä lomakkeiden ja tulosteiden katoamisen kanssa kertovat kouluterveydenhuollon aseman muutoksista valtionhallinnossa 1980-luvun alussa. 1970-luvulla alettiin kiinnittää huomiota toimistotehtävien vaatimaan aikaan, joka oli lisääntynyt nopeasti ja vähensi terveydenhoitajien työpanosta perustyössä. Samalla lääkintöhallituksen organisaatiota muutettiin perustamalla terveydenhoito-osastoon terveyskasvatustoimisto. Hallinnollinen muutos näkyy selvästi lääkintöhallituksen vuosikertomuksissa. Ehkäisevät toiminnot jäivät kansanterveysosaston tekstissä lyhyiksi maininnoiksi eikä niitä erikseen tarkasteltu myöskään terveydenhoito-osaston kertomuksessa.

Terveydenhuoltohallinnon uudelleen järjestelyssä 1990-luvun alussa kouluterveydenhuollon valtakunnallinen kehittämisvastuu jäi määrittämättä eikä sitä ole sittemminkään täsmennetty. Vaikka vuodesta 1992 alkaen on tallennettu kuntakohtaisia käyntitietoja, niitä ei ole tarkistettu eikä hyödynnetty. Erityisen kuvaavaa kouluterveydenhuollon arvostukselle valtion ja kuntien hallinnossa on 2000-luvulla tämän toiminnan jääminen kokonaan pois sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollisista vuosikirjoista. Kuitenkin samanaikaisesti on koettu kansallista huolta lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja raskaiden erityispalvelujen kuormitus on nopeasti kasvanut. Kouluterveydenhuollon asema valtakunnallisissa tilasto- ja seurantajulkaisuissa kuvaa tämän toiminnan siirtymistä puolen vuosisadan aikana terveydenhuollon keskiöstä periferiaan.

Lähde

Hultin, H. & Paavilainen, S.: Kansakoulujen ensiluokkalaisten terveydenhoito Suomessa lukuvuonna 1963/64. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 4/1967.

Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto osaksi hoitoa: Esimerkki psykiatrisen hoitotyön alueelta

Heli Hätönen, Maritta Välimäki, Marita Koivunen, Tiina Jakobsson, Anneli Pitkänen ja Lauri Kuosmanen, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos

Tausta

Terveyspalvelujen riittävyden ja laadukkuuden turvaaminen edellyttää uusien vaikuttavien menetelmien kehittämistä ja käyttöönottoa myös mielenterveystyön alueella (Lavikainen ym., 2004). Potilasopetus on keskeinen terveydenhuollon interventio, jolla pyritään saavuttamaan hoidon tavoitteet (EU, 2002). Aikaisempien tutkimusten mukaan se on tehokas tapa lisätä mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden tietotasoa sairaudestaan ja tukea heidän itsenäistä selviytymistä sairautensa kanssa (Turkington ym., 2002). Potilasopetuksen on havaittu parantavan potilaiden hoitoon sitoutumista ja vähentävän relapsien sekä sairaalahoitajaksojen määrää (Pekkala & Merinder 2002). Se on myös keino tukea potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon (O'Connor ym., 2005). Lisäksi potilaiden tyytyväisyys tiedonsaantiin on keskeinen potilastyytyväisyyden osa-alue (Kuosmanen ym. 2006) ja tiedonsaantiinsa tyytyväiset potilaat ovat myös ilmaisseet tyytyväisyyttä hoitoonsa yleisesti (Alexius ym., 2000).

Potilasopetuksen toteutuminen on pyritty turvaamaan lainsäädännöllä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) sekä terveydenhuollon eettisillä ohjeilla (Ethical Codes, 2006). Eri potilasryhmille on tehty hoitosuosituksia ja -ohjeita (NICE, 2002; American Psychiatric Association, 2004), joiden tavoitteena on turvata potilasopetusinterventioiden systemaattinen käyttöönotto ja toteutuminen. Potilasopetuksen systemaattisessa toteutumisessa on kuitenkin havaittu ongelmia. Käytössä olevien potilasopetusinterventioiden laadukkuutta ei useinkaan ole arvioitu (Pevler ym., 1999). Lisäksi potilasopetusmenetelmien käyttöönotto ja edelleen niiden toteutuminen käytännössä ei ole systemaattista (Coombs ym., 2003; Pollock ym., 2004). Systemaattisten potilasopetusinterventioiden käyttöönottoa ja toteuttamista estävät monet organisaatioon, vallitseviin hoitokäytäntöihin, henkilöstöön, potilaisiin sekä interventioon liittyvät tekijät. Myös implementaatioprosessin puutteet saattavat olla esteitä onnistuneelle käytäntöön viemiselle. (Iles & Sutherland, 2001.)

Potilasopetuksen onnistunut implementointi edellyttää, että työyhteisö hyväksyy uuden toimintatavan osaksi hoitosuunnitelmaa ja että koko työryhmä on sitoutunut sen toteuttamiseen (SIGN, 1998). Tämä edellyttää saumatonta yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä yhteistä käsitystä potilasopetuksen käytännön toteuttamisesta (Zwarenstein & Bryant, 2005). Tehokkaiksi todettujen potilasopetusmenetelmien käyttöönoton edellytyksenä on myös henkilöstön tietoisuus uusien menetelmien tehokkuudesta (Scott ym., 2003) sekä riittävät taidot toteuttaa uutta potilasopetusmenetelmää (Goldman ym., 1999). Implementoinnin onnistumista voidaan edistää huomioimalla käytössä olevat käytännöt ja resurssit. Uusi interventio otetaan käyttöön paremmin, mikäli se ei muuta vallitsevia käytäntöjä laajalti ja sitä ei koeta lisätyönä vallitsevan käytännön päälle. (Scott ym., 2003.) Toisaalta tehokkaat potilasopetusinterventiot koostuvat useista komponenteista ja ovat näin ollen varsin monimuotoisia (Haynes ym., 2005), mikä saattaa estää käyttöönottoa. Lisäksi, intervention käyttöönoton ajankohdalla on merkitystä. Muutoksen

toteutumista edistää, mikäli organisaatiossa ei ole samanaikaisesti meneillään lukuisia muita muutosprosesseja. (Hyde ym., 2003.)

Tarkoitus

Tarkoituksena on kuvata yhden esimerkin avulla toimintaprosessia, jonka avulla systemaattinen potilasopetus on otettu käyttöön osaksi hoitotyötä psykiatrisessa sairaalassa.

Mieli.Net -potilasopetusohjelman käyttöönotto

Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella on meneillään tutkimushanke (Suomen Akatemia, TERTTU 2004–2007), jonka tavoitteena on selvittää tietoteknologian vaikutuksia potilaiden, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta. Hankkeessa on kehitetty mielenterveyspotilaille systemaattinen potilasopetusohjelma, jossa potilasopetusta toteutetaan kahdessa ryhmässä; tietoteknologiaa hyödyntävä ryhmä ja kirjallista materiaalia hyödyntävä ryhmä. Tietoteknologiaa hyödyntävä potilasopetusohjelma perustuu internetissä toimivaan interaktiiviseen Mieli.Net -portaaliin. Portaali tarjoaa erityisesti skitsofreniaa, skitsotyyppistä häiriötä ja harhaluuloisuus-häiriötä (F20-F29) sairastaville potilaille suunnattua tietoa sairaudesta, hoidosta ja arkipäivän selviytymisestä. Portaali sisältää myös vertaistukiosion sekä mahdollistaa potilaalle ammattilaisten etätuen. Kirjallista materiaalia hyödyntävän potilasopetusohjelman sisältö on rakennettu portaalin tietosisältöä vastaavaksi.

Uuden potilasopetusmenetelmän käyttöönoton kuvaus

Potilasopetusmenetelmän käyttöönotto toteutettiin viidessä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin organisaatioissa käytössä olevat potilasopetusmenetelmät ja -käytännöt. Kartoitus piti sisällään myös teknologian käyttömahdollisuudet organisaatioissa sekä henkilöstön teknologian käytön työssään. Lisäksi tässä vaiheessa selvitettiin henkilöstön asenteita teknologian käyttöön liittyen.

Toinen vaihe käsitti potilasopetusohjelman kehittämisen, jossa henkilöstö oli mukana osallistumalla sisällöntuotannon eri vaiheisiin. Tällä pyrittiin varmistamaan, että ohjelma sopii psykiatriseen sairaalaympäristöön.

Kolmannessa vaiheessa potilasopetusohjelmasta tiedotettiin laajemmin organisaatiossa eri ammattiryhmille ja johtotasolle, jolla varmistettiin eri tahojen hyväksyntä ohjelmalle. Tässä vaiheessa aloitettiin myös säännölliset tapaamiset tutkimuksessa mukana olevien yksiköiden kanssa. Tapaamisten tarkoituksena oli edelleen muokata potilasopetusohjelmaa yksikön käytäntöihin sopivaksi ja antaa tukea ohjelman implementaatioon yksiköissä.

Neljäs vaihe oli hoitajien osaamiskartoitus teknologian käyttöön, jota seurasi hoitajien koulutus (viides vaihe). Teknologiaa käyttävän ryhmän hoitajat saivat osaamiskartoituksen perusteella opetusta tietokoneiden ja Internetin käyttöön ja osallistuivat portaalia koskevaan koulutukseen. Molemmassa ryhmässä henkilökuntaa koulutettiin potilasopetuksen toteuttamiseen. Henkilöstölle pyrittiin varmistamaan riittävä tuki intervention toteuttamiseen mahdollistamalla tarvittaessa yksilöllinen lisäkoulutus.

Noin vuoden kuluttua tehtiin alustava selvitys systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotosta ja toteuttamisesta. Selvitys toteutettiin sidosryhmiä koskevan sähköpostikyselyn avulla. Selvityksen mukaan keskeisiä systemaattisen potilasopetuksen toteuttamista estäviä tekijöitä olivat henkilöstön vähäinen tietoisuus potilasopetuksen vaikuttavuudesta ja vähäiset taidot toteuttaa

potilasopetusta. Lisäksi portaalin käyttö saattoi muodostua esteeksi silloin, jos hoitajan puutteelliset tietokonetaidot tekivät sen käytöstä hidasta. Henkilöstö ei myöskään saanut palautetta potilasopetuksen toteutumisesta. Nämä tekijät laskivat henkilöstön motivaatiota toteuttaa systemaattista potilasopetusta. Koko työryhmä ei ollut sitoutunut potilasopetuksen toteuttamiseen eikä potilasopetus integroitunut täydellisesti osaksi hoitoa. Tällöin koettiin, että potilasopetuksen toteuttaminen oli ylimääräinen työtehtävä, joka vaati lisää resursseja.

Pohdinta

Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto osaksi hoitoa psykiatrisessa sairaalassa on haasteellista. Organisaatioiden nykyisten potilasopetuskäytänteiden selvittäminen oli välttämätöntä henkilöstön koulustarpeen kartoittamiseksi. Tämä varmisti, että henkilöstön riittävät opetukselliset taidot, opetusinterventioon perehtyneisyys sekä taidot käyttää portaaliala ja kirjallista materiaalia opetuksen tukena. Jatkossa on kuitenkin syytä selvittää hoitohenkilökunnan yksilöllinen motivoituminen ja halukkuus potilasopetusinterventio toteuttamiseen käytännön hoitotyössä. Erilaisin yksilöllisin työjärjestelyin olisi ehkä mahdollista saavuttaa suurempi hyöty näyttöön perustuvista potilasopetusinterventioista kuin lähteä oletuksesta, että kaikkien hoitajien on osattava toteuttaa niitä. Nämä yksilölliset työjärjestelyt saattavat myös lisätä mielenterveystyön kiinnostavuutta erityisesti nuoremmassa työntekijöissä. Tämä on tarpeen jotta kyettäisiin turvaamaan riittävä ammattitaitoinen henkilöstö tulevaisuudessa myös mielenterveystyön alueella.

Potilasopetusohjelman kehittäminen oli hankkeessamme pitkäaikainen prosessi. Henkilöstön mukanaololla pyrittiin varmistamaan, että potilasopetusinterventio ja käytettävät välineet ovat käyttökelpoisia psykiatrisessa sairaalaympäristössä. Mikäli Suomeen halutaan kehittää valtakunnallinen potilasopetusta koskeva suositus, olisikin varmistuttava, että yksilölliset sairaaloiden ominaispiirteet tulevat huomioiduiksi ja interventio on mahdollista soveltaa organisaation vallitseviin käytäntöihin. Käyttäjille hankala ja sopimaton interventio hidastaa tai voi jopa kokonaan estää systemaattisen potilasopetuksen käyttöönoton.

Käyttöönottoprosessin tavoitteena oli myös sitouttaa potilaan hoitoon osallistuvan työryhmän jäsenet potilasopetuksen toteuttamiseen. Työelämän muutokset tapahtuvat usein nopeasti ja useita muutoksia toteutetaan yhtä aikaa. Myös henkilöstölle tulevan tiedon määrä on lisääntynyt. Haasteeksi nousee miten tiedottaa niille ryhmille, joiden työtä muutos ei suoranaisesti koske, mutta joiden tulisi kuitenkin olla muutoksen taustatukena. Tiivis yhteistyö eri ammattiryhmien, terveydenhuollon hallinnon ja lähiesimiesten kanssa on keino sitouttaa myös heidät systemaattisen potilasopetuksen käyttöönottoon ja toteutukseen.

Uusien menetelmien käyttöönotto edellyttää alkuvaiheessa myös varautumista siihen, että toiminnan suorittamiseen käytetty aika voi hetkellisesti lisääntyä harjoittelun myötä. Pitkällä aikavälillä voidaan kuitenkin olettaa systemaattisuuden tehostavan potilasopetusta ja lisäävän näin ollen resurssien tehokasta käyttöä. Systemaattisten interventioiden käyttöönotossa on kuitenkin varmistettava, että niiden toteuttaminen ei yksipuolista potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Erityisen tärkeää tämä on psykiatrisessa hoitotyössä, jossa hoitosuhteen kokemuksellinen vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä korostuu.

Lähteet

- Alexius, B. & Berg, K. & Åberg-Wistedt, A. (2000). Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient education and counseling* 40, 51–57.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. 2nd ed. Arlington (VA), American Psychiatric Association.
- Coombs, T. & Deane, F.B. & Lambert, G. & Griffiths, R. (2003). What influences patients' medication adherence? Mental health nurse perspectives and need for education and training. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 148–152.

- Ehical Codes (2006). <http://kspope.com/ethcodes/index.php> (20.01.2006)
- EU (2002). Patient Charter. http://www.activecitizenship.net/health/european_charter.pdf. (05.09.2006)
- Goldman, L.S. & Nielsen, N.H. & Champion, H.C (1999). Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. *Journal of General Internal Medicine* 14(9), 569–580.
- Haynes, R.B. & Yao, X. & Degani, A. & Kripalani, S. & Garg, A. & McDonald, H.P (2005). Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2005.
- Hyde, P.S. & Falls, K. & Morris, J.A. & Schoenwald, S.K. (2003). *Turning Knowledge into Practice. A Manual for Behavioral Health Administrators and Practitioners about Understanding and Implementing Evidence-Based Practices*. The Technical Assistance Collaborative, The American College of Mental Health Administration (ACMHA). www.acmha.org. (20.01.2006)
- Iles, V. & Sutherland, K. (2001). Managing change in the NHS, Organisational change: A review for health care managers, professionals and researchers. National co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- Kuosmanen, L. & Hätönen, H. & Jyrkinen, A.R. & Katajisto, J. & Välimäki, M. (2006) Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 655–663.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Edita Publishing Oy. www.finlex.fi (01.09.2006)
- Lavikainen, Juha & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville (2004). Mielenterveysystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Algorithms and pathways to care. London, NICE.
- O'Connor, A.M. & Stacey, D. & Entwistle, V. & Llewellyn-Thomas, H. & Rovner, D. & Holmes-Rovner, M. & Tait, V. & Tetroe, J. & Fiset, V. & Barry, M. & Jones, J. (2005). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 2005.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, 2002.
- Pevler, R. & George, C. & Kinmonth, A-L. & Campbell, M. & Thompson, C (1999). Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 319, 612–615.
- Pollock, K. & Grime, J. & Baker, E. & Mantala, K. (2004). Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health* 13(4), 389–401.
- Scott, I.A. & Buckmaster, N.D. & Harvey, K.H. (2003). Clinical practice guidelines: perspectives of clinicians in Queensland public hospitals. *Internal Medicine Journal* 33(7) 273–279.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (1998). Psychosocial Interventions in the Management of schizophrenia – A National Clinical Guideline. SIGN 30.
- Turkington, D. & Kingdon, D.G. & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive behavioural intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 180, 523–527.
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2005). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.

Artikkelit tekijöittäin

Ahonen Riitta: Apteekki osana lääkkeiden tuotanto- ja jakeluketjua.....	34
Degni Filio: Attitudes and religious beliefs of the Somali men's condom and the women's contraceptive use in Finland.....	94
Forma Leena, Jylhä Marja, Raitanen Jani ja Rissanen Pekka: Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kuolemaa lähestyvillä ja muilla vanhuksilla.	8
Hätönen Heli, Välimäki Maritta, Koivunen Marita, Jakobsson Tiina, Pitkänen Anneli ja Kuosmanen Lauri: Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto osaksi hoitoa: Esimerkki psykiatrisen hoitotyön alueelta.....	139
Jormanainen Vesa, Sintonen Sari ja Juvonen Hannu: Statiinien keskimääräiset hoitopäivähinnat Suomessa vuosina 1993– 2005	36
Jäntti Satu, Linnosmaa Ismo ja Vuori Jari: Yksityisen sairausvakuutuksen, iän ja tulojen vaikutus julkisen ja yksityisen lääkäripalvelun valinnassa.....	131
Kankaanpää Eila, Valtonen Hannu ja Linnosmaa Ismo: Erityyppiset työterveyspalvelujen tuottajat ja markkinarakenne.....	65
Kivinen Tuula: Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa	108
Klemetti Reija, Gissler Mika, Sevón Tiina ja Hemminki Elina: Oikeudenmukaisuus koeputki-hedelmöityshoitoihin käytettyjen resurssien jaossa	88
Kokkinen Lauri, Konu Anne ja Viitanen Elina: Henkilöstöjohtaminen Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa	48
Kokko Simo ja Valtonen Hannu: Vanhusten pitkäaikaishoidon rakenteen yhteydet kunnan kustannuksiin	16
Kokko Simo: Vanhusten pitkäaikaishoidon palvelurakenteiden muutoskehitys 1995–2005.....	12
Kosunen Elise ja Kaltiala-Heino Riittakerttu: Seksuaalielämän palautuminen ja raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen.....	92
Kotomäki Teija ja Jormanainen Vesa: Sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa atorvastatiini säästää terveydenhuollon kustannuksia Suomessa pravastatiiniin verrattuna.....	40
Kuronen Risto, Jallinoja Piia, Patja Kristiina: Käypä hoito -suositukset kroonisten tautien ehkäisyssä: elintapamuutosten edistäminen terveydenhuollossa – Valtit-hanke.....	110
Larivaara Meri: Raskaudenkeskeytys pietarilaisilla naistenklinikoilla: Gynekologien asenteita ja työkäytäntöjä	74
Lumme Sonja, Leyland Alastair ja Keskimäki Ilmo: Terveyspalvelujen käytön oikeudenmukaisuuden alueelliset erot – tilastollinen analyysimenetelmä	135
Luoto Riitta ja NELLI-tutkimusryhmä: Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa – pilotti-tutkimuksen tuloksia	95
Löyttyniemi Varpu: Terveyskeskuslääkäriyden hahmottaminen suhteessa vanhan hyvän ajan kunnanlääkäriin ja nuoreen keikkalääkäriin	125
Meskus Mianna: Ennaltaehkäisykeinosta elämää säilyttäväksi tekniikaksi: sikiödiagnostiikan käytännöt 1970- ja 80-luvuilla.....	78
Nieminen Suvi: Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomen terveydenhuollossa: Kansalliset politiikkatoimijat jäsenyyden reunaehtoien muovaajina.....	98
Nupponen Terttu: Hoitokäytännöt ja kokemustieto harvinaisesta sairaudesta.....	83

Ollonqvist Kirsi, Aaltonen Tuula, Karppi Sirkka-Liisa, Hinkka Katariina ja Pöntinen Seppo: IKÄ-kuntoutus lisää kunnallisten palvelujen käyttöä	27
Poskiparta Marita: Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon 2D-hankkeen arviointi- tutkimus	114
Pudas Hanna ja Jormanainen Vesa: Statiinille määritelty vuorokausiannos ei ole keskimäärin käytetty annos Suomessa	44
Purhonen Sari, Ashorn Ulla, Viitanen Elina ja Lehto Juhani: Suomen kuntoutusjärjestelmä asiakirjoissa ja lainsäädännössä	21
Rimpelä Matti ja Wiss Kirsi: Kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset ja johtaminen kymmenessä suurimmassa kaupungissa 2005	69
Rimpelä Matti, Kivimäki Hanne, Wiss Kirsi, Kosunen Elise, Saaristo Vesa ja Rimpelä Arja: Kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947–2004	136
Rimpelä Matti, Wiss Kirsi ja Rigoff Anne-Marie: TedBM-hanke: Haasteena toimipaikka- kohtainen terveydenedistämistäktiivisuutta (health promotion capacity) kuvaava vertaistieto- järjestelmä	62
Sannisto Tuire, Mattila Kari ja Kosunen Elise: Raskauden ehkäisyneuvontapalveluiden järjestäminen terveyskeskuksissa	90
Santamäki Kirsti: Koulutetut sairaanhoitajat lamatyömarkkinoilla: Kokemuksia lähi- menneisyydestä	122
Simonen Outi, Viitanen Elina ja Lehto Juhani: Tietolähteet sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien päätöksenteossa	58
Suoranta Jutta, Viitanen Elina, Ashorn Ulla ja Rissanen Pekka: Alueellinen kuntoutus- järjestelmä asiantuntijoiden näkökulmasta	24
Taskinen Helena: Johtamisen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa	128
Torkkola Sinikka: Journalistinen sairaala – kulttuurinen näkökulma terveydenhuollon ja median suhteisiin	79
Wallin Marjo, Talvitie Ulla, Cattan Mima ja Karppi Sirkka-Liisa: Geriatrisen laitosp- kuntoutuksen asiakkaat, kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö: Fysioterapeuttien käsityksiä	30
Viitanen Elina ja Konu Anne: Jaettua johtajuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa?	51
Willberg Mirja: Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpai- luttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä	118
Virkkunen Eila: Osastofarmasia/kliininen farmasia - uusi työnjaollinen paikka farmaseuteille ja proviisoreille sairaalassa ja terveyskeskuksessa	54
Wiss Kirsi, Kivimäki Hanne, Kosunen Elise, Rimpelä Arja, Saaristo Vesa ja Rimpelä Matti: Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa	134
Vuori Jari ja Hurri Jaana: Sosioekonomisen aseman vaikutus terveyspalvelusektorin valintaan	102
Vuori Jari ja Savolainen Tarja: Mitä kansalaiset odottavat julkisilta ja yksityisiltä terveys- palveluilta?	104
Vuorma Sirkku, Keskinen Siru, Aromaa Arpo, Lehtonen Olli-Pekka ja DONAU-työryhmä: Kohtaavatko hoidon tarve ja käyttö?	106

Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006

OHJELMA

Torstai 5.10.2006

Puheenjohtaja: Hannu Valtonen

Klo 9.00–10.00	Ilmoittautuminen ja kahvi
10.00–	Seminaarin avaus Professori Hannu Valtonen
10.00–10.45	Sosiaalinen pääoma – kokemuksellinen vai rakenteellinen, yksilöllinen vai yhteisöllinen? Dosentti Markku T. Hyyppä, KTL
10.45–11.00	Kommenttipuheenvuoro Professori Vilma Hänninen, Kuopion yliopisto
11.00–11.45	Sosiaalisten rakenteiden vaikutus terveyspalvelujen käyttöön – mitä tiedetään empiirisen tutkimuksen perusteella? Erikoistutkija Kristiina Manderbacka, STAKES
11.45–12.00	Kommenttipuheenvuoro Tutkimuspäällikkö Sakari Kainulainen, DIAK
12.00–12.20	Sosiaalilääketieteen yhdistyksen Seppo Aro -palkinnon jako ja palkinnonsaajan esitys
12.20–13.00	Lounas

Tutkimussessiot

Klo 13.00–16.30 (sisältäen kahvitaun)

1) Vanhuspalvelut ja kuntoutus

Puheenjohtaja: Hannu Valtonen

Sali: 1036

1. Forma Leena, Jylhä Marja, Raitanen Jani ja Rissanen Pekka: Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kuolemaa lähestyvillä ja muilla vanhuksilla.
2. Kokko Simo: Vanhusten pitkäaikaishoidon palvelurakenteiden muutoskehitys 1995–2005.
3. Kokko Simo ja Valtonen Hannu: Vanhusten pitkäaikaishoidon rakenteen yhteydet kunnan kustannuksiin.
4. Purhonen Sari, Ashorn Ulla, Viitanen Elina ja Lehto Juhani: Suomen kuntoutusjärjestelmä asiakirjoissa ja lainsäädännössä.
5. Suoranta Jutta, Viitanen Elina, Ashorn Ulla ja Rissanen Pekka: Alueellinen kuntoutusjärjestelmä asiantuntijoiden näkökulmasta.
6. Ollonqvist Kirsi, Aaltonen Tuula, Karppi Sirkka-Liisa, Hinkka Katariina ja Pöntinen Seppo: IKÄ-kuntoutus lisää kunnallisten palvelujen käyttöä.
7. Wallin Marjo, Talvitie Ulla, Cattan Mima ja Karppi Sirkka-Liisa: Geriatrisen laituskuntoutuksen asiakkaat, kuntoutuksen tavoitteet ja sisältö: Fysioterapeuttien käsityksiä. Kelan IKÄ-hanketta.

2) Lääketoimiala ja lääkkeiden arviointi

Puheenjohtaja: Ismo Linnosmaa

Sali: 1037

1. Ahonen Riitta: Apteekki osana lääkkeiden tuotanto- ja jakeluketjua.
2. Martikainen Janne: Taloudellisen arviointitutkimuksen rooli lääkkeiden markkinoille pääsyssä.
3. Norrbacka Kirsi: Lääkkeen kustannusvaikuttavuusanalyysi päätöksenteon perustyökalu? - käytännön näkökulma.
4. Jormanainen Vesa, Sintonen Sari ja Juvonen Hannu: Statiinien keskimääräiset hoitopäivähinnat Suomessa vuosina 1993 - 2005.
5. Kotomäki Teija ja Jormanainen Vesa: Sepelvaltimotautipotilaiden hoidossa atorvastatiini säästää terveydenhuollon kustannuksia Suomessa pravastatiiniin verrattuna.
6. Pudas Hanna ja Jormanainen Vesa: Statiinille määritelty vuorokausiannos ei ole keskimäärin käytetty annos Suomessa.

3) Johtaminen ja organisointi

Puheenjohtaja: Jari Vuori

Sali: 1039

1. Kokkinen Lauri, Konu Anne ja Viitanen Elina: Henkilöstöjohtaminen Suomen Sosiaali- ja terveydenhuollossa.
2. Viitanen Elina ja Konu Anne: Jaettava johtajuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa?
3. Virkkunen Eila: Osastofarmasia/kliininen farmasia - uusi työnjaollinen paikka farmaseuteille ja proviisoreille sairaalassa ja terveyskeskuksessa.
4. Simonen Outi, Viitanen Elina ja Lehto Juhani: Tietolähteet sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien päätöksenteossa.
5. Rimpelä Matti, Wiss Kirsi ja Rigoff Anne-Marie: TedBM-hanke: Haasteena toimipaikkakohtainen terveydenedistämiskiivisuutta (health promotion capacity) kuvaava vertaistietojärjestelmä.
6. Kankaanpää Eila, Valtonen Hannu ja Linnosmaa Ismo: Erityyppiset työterveyspalvelujen tuottajat ja markkinarakenne.
7. Rimpelä Matti ja Wiss Kirsi. Kouluterveydenhuollon henkilöstökustannukset ja johtaminen kymmenessä suurimmassa kaupungissa 2005.

4) Terveydenhuollon käytäntöjen sosiaalinen muotoutuminen

Puheenjohtaja: Meri Larivaara ja Päivi Topo

Sali: Tietotekninan auditorio

1. Larivaara Meri: Raskaudenkeskeytys pietarilaisilla naistenklinikoilla: Gynekologien asenteita ja työkäytäntöjä.
2. Meskus Mianna: Ennaltaehkäisykeinosta elämää säilyttäväksi tekniikaksi: sikiödiagnostiikan käytännöt 1970- ja 80-luvuilla.
3. Torkkola Sinikka: Journalistinen sairaala - kulttuurinen näkökulma terveydenhuollon ja median suhteisiin.
4. Nuppenen Terttu: Hoitokäytännöt ja kokemustieto harvinaisesta sairaudesta.
5. Topo Päivi: Potilasvaatteet - kuvajainen potilaan asemasta sairaalassa?
6. Soivio Juha: Kaksi tapaa rakentaa sydäninfarkti: Etnografinen tutkimus suomalaisista hoitokäytännöistä.

5) Lisääntymisterveys

Puheenjohtaja: Riitta Luoto

Sali: 1035

1. Klemetti Reija, Gissler Mika, Sevón Tiina ja Hemminki Elina: Oikeudenmukaisuus koeputkihedelmöityshoitoihin käytettyjen resurssien jaossa.
2. Sannisto Tuire, Mattila Kari ja Kosunen Elise: Raskauden ehkäisyneuvonta-palveluiden järjestäminen terveyskeskuksissa.
3. Kosunen Elise ja Kaltiala-Heino Riittakerttu: Seksuaalielämän palautuminen ja raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen.
4. Degni Filio: Attitudes and religious beliefs of the Somali men's condom and the women's contraceptive use in Finland.
5. Luoto Riitta ja NELLI-tutkimusryhmä: Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa – pilottitutkimuksen tuloksia.

16.30–

Sosiaalilääketieteen yhdistyksen vuosikokous

19.00–

Iltahjelma Kansalaisillallinen: Ravintola Isä Camillo

Perjantai 6.10.2006

Puheenjohtaja: Juha Kinnunen

Klo 9.00–9.45

Hyvinvointivaltio – Onko Suomen mallilla tulevaisuutta? Dosentti Juho Saari, STM

9.45–10.00

Kommenttipuheenvuoro Dosentti, valiokuntaneuvos Paula Tiihonen, Eduskunta

10.00–10.15

Keskustelua

10.15–10.30	Missä Terttu-hanke nyt menee? Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos
10.30–10.50	Paikalliset Terttu -projektit: Henkilöstövoimavarojen johtamisen innovaatiot terveydenhuollossa (HumanRe-tutkimushanke) Professori Juha Kinnunen, Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos Julkiset, yksityiset ja hybridit muodot terveydenhuollossa (Pubpri-tutkimushanke) Professori Jari Vuori, Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos
10.50–11.00	Keskustelua
11.00–12.00	Lounas

Terveydenhuoltotutkimusohjelman (TERTTU) tutkimusten esittelyä

Tutkimussessiot

Klo 12.00–15.00 (sisältäen kahvitauon)

1) Ryhmä 1

Puheenjohtaja: Juhani Lehto

Sali: 1037

1. Nieminen Suvi: Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomen terveydenhuollossa: Kansalliset politiikkatoimijat jäsenyyden reunaehtojen muovaajina.
2. Vuori Jari ja Hurri Jaana: Sosioekonomisen aseman vaikutus terveystalouden sektorin valintaan.
3. Vuori Jari ja Savolainen Tarja: Mitä kansalaiset odottavat julkisilta ja yksityisiltä terveystaloudelta?
4. Vuorma Sirkku, Keskinen Siru, Aromaa Arpo, Lehtonen Olli-Pekka ja DONAU-työryhmä: Kohtaavatko hoidon tarve ja käyttö?
5. Kivinen Tuula: Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollossa.
6. Kuronen Risto, Jallinoja Piia, Patja Kristiina: Käypä hoito -suositukset kroonisten tautien ehkäisyssä: elintapamuutosten edistäminen terveydenhuollossa – Valtiohanke.
7. Poskiparta Marita: Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus.
8. Willberg Mirja: Millä perusteella kilpailuttamaan? Tutkimus sosiaali- ja terveystalouden kilpailuttamisen ja sen toimijoiden tietoperustasta ja preferensseistä.

2) Ryhmä 2

Puheenjohtaja: Ulla Ashorn

Sali: Tietotekninan auditorio

1. Santamäki Kirsti: Koulutetut sairaanhoitajat lamatyömarkkinoilla: Kokemuksia lähimenneisyydestä.
2. Löyttyniemi Varpu: Terveystaloudellisuuden hahmottaminen suhteessa vanhan hyvän ajan kunnanlääkäriin ja nuoreen keikkalääkäriin.
3. Taskinen Helena: Johtamisen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa.
4. Jäntti Satu, Linnosmaa Ismo ja Vuori Jari: Yksityisen sairausvakuutuksen, iän ja tulojen vaikutus julkisen ja yksityisen lääkäripalvelun valinnassa.
5. Wiss Kirsi, Kivimäki Hanne, Kosunen Elise, Rimpelä Arja, Saaristo Vesa ja Rimpelä Matti: Henkilöstövoimavarat perusopetuksen kouluterveydenhuollossa.
6. Lumme Sonja, Leyland Alastair ja Keskimäki Ilmo: Terveystalouden käytön oikeudenmukaisuuden alueelliset erot – tilastollinen analyysimenetelmä.
7. Rimpelä Matti, Kivimäki Hanne, Wiss Kirsi, Kosunen Elise, Saaristo Vesa ja Rimpelä Arja: Kouluterveydenhuollon valtakunnallinen tilastointi ja seuranta toiminnan arvostuksen kuvaajana 1947-2004.
8. Hätönen Heli, Välimäki Maritta, Koivunen Marita, Jakobsson Tiina, Pitkänen Anneli ja Kuosmanen Lauri: Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto osaksi hoitoa: Esimerkki psykiatrisen hoitotyön alueelta.

15.00 Seminaarin päätös
Ulla Ashorn



TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Pauliina Luopa, Minna Pietikäinen, Jukka Jokela: Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005
Työpapereita 25/2006 Tilausno T25/2006

Mauno Konttinen, Milla Roos (red.): Annus Socialis och Medicus Fenniae 2006. Nordiskt social- och hälsodirektörsmöte. Grønland 22.–24. augusti 2006
Työpapereita 24/2006 Tilausno T24/2006

Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta
Työpapereita 23/2006 Tilausno T23/2006

Tuula Hurnasti: Apuvälinepalveluja ohjaavien käsitteiden tulkintaa. Kuntoutustyöntekijöiden erilaiset näkemykset "lääkinnällisen kuntoutuksen apuväline" ja "päivittäiset toiminnot" -käsitteistä
Työpapereita 22/2006 Tilausno T22/2006

Päivi Topo (toim.): Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006
Työpapereita 21/2006 Tilausno T21/2006

Antti Parpo (toim.): SOMA 2003. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli
Työpapereita 20/2006 Tilausno T20/2006

Timo Itälä: Hoidon saatavuuden seuranta. Hoidon saatavuuden seurannan määrittämis- ja toteutushankkeen loppuraportti.
Työpapereita 19/2006 Tilausnumero T19/2006

Kristiina Häyrynen (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspapereita 2006
Työpapereita 18/2006 Tilausno T18/2006

Matti Rimpelä, Anne-Marie Rigoff, Kirsi Wiss, Tuovi Hakulinen-Viitanen: Seulontatutkimukset 3–7-vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Kyselytutkimus terveyskeskuksille huhti-toukokuussa 2006
Työpapereita 17/2006 Tilausno T17/2006

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, John Nilsson, Kersti Samuelsson, Tuula Hurnasti, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson: Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari NAME 1.0. Käsikirja
Työpapereita 16/2006 Tilausno T16/2006

Laura Yliruka: Kuvastin. Reflektiivinen itse- ja vertaisarviointimenetelmä sosiaalityössä
Työpapereita 15/2006 Tilausno T15/2006

Tarja Heino, Raija Rantamäki, Seppo Sallila: Hallinto-oikeuksien ratkaisut lastensuojeluasioissa 2000–2004
Työpapereita 14/2006 Tilausno T14/2006

Kjell Herberts, Kristian Wahlbeck, Esa Aromaa, Jyrki Tuulari: Enkät om mental hälsa 2005. Metodbeskrivning
Työpapereita 13/2006 Tilausno T13/2006

Hanna Eronen, Mika Gissler, Annukka Ritvanen: Steriloimisen rekisteröiminen Suomessa. Steriloimisrekisterin ja hoitoilmoitusrekisterin steriloimistietojen vertailu ja aineistojen laadun analysointi vuosilta 2000–2003
Työpapereita 12/2006 Tilausno T12/2006