

Maijaliisa Junnila

Toimiiko terveydenhuoltoalue?

Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen
perustamisen taustoista ja vaikutuksista



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Tutkimuksia 175

Acta Electronica Universitatis Tampereensis 773
ISBN 978-951-44-7478-1 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Toimitusneuvosto

Jussi Simpura, puheenjohtaja

Marjatta Bardy

Marko Elovainio

Mika Gissler

Riitta Haverinen

Timo Tuori

Matti Virtanen

Sarjassa ilmestyneet tutkimukset ovat läpikäyneet referee-arvioinnin.

© Kirjoittaja ja Stakes

Suomen kielen tarkistus: Arja Aarnio

Tiivistelmän käännökset: Done Information Oy

Kannen kuva: Maijaliisa Junnila

Kannen suunnittelu: Harri Heikkilä

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2207-6

ISSN 1236-0732

Gummerus Kirjapaino Oy

Vaajakoski 2008

Työnohjaaja

Professori Juhani Lehto
Terveystieteen laitos
Lääketieteellinen tiedekunta
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Pirkko Vartiainen
Julkisjohtamisen laitos
Vaasan yliopisto

Professori Pentti Meklin
Taloustieteen laitos
Tampereen yliopisto

Kiitokset

Kiinnostus tämän tutkimuksen tekemiseen liittyy omaan työhöni ja taustaani. Olen lähes kahdenkymmenen vuoden ajan toiminut asiantuntijana lukuisissa kuntien ja sairaanhoitopiirien toteuttamissa kehittämishankkeissa eri puolilla Suomea. Kaikissa niissä on suunniteltu palvelujen uusia järjestämistapoja, joita kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat sittemmin lähteneet toteuttamaan. Työhöni on kuulunut myös toteutettujen muutosten seurantaa. Käytännön mahdollisuus tämän tutkimuksen tekemiseen avautui siirryttyäni Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskukseen Stakesiin 1990-luvun lopulla. Stakesissa on ollut luontevaa yhdistää tutkimus ja kehittämistyö toisiaan täydentäväksi hedelmälliseksi kokonaisuudeksi. Tutkimustyön käynnistymistä vauhditti mahdollisuus osallistua vuonna 2000 tehtyyn Mäntän seudun terveyden- ja vanhustenhuollon toiminnan uudelleen järjestelyjä koskevaan kehittämisselvitykseen, jonka perusteella kunnat ja sairaanhoitopiiri lähtivät uudistamaan terveydenhuoltoa Suomessa täysin uudella tavalla.

Professori Juhani Lehto ja tutkimusprofessori Markku Pekurinen ovat olleet keskeisiä henkilöitä tutkimustyölleni. Ohjaajaani professori Juhani Lehtoa kiitän kannustavasta ja määrätietoisesta ohjauksesta ja tuesta väitöskirjani valmistumiseksi. Olen myös kiitollinen siitä kärsivällisyydestä, jolla hän opasti aloittelevaa tutkijaa tieteellisen kriittiseen kirjoitustyyliin ja pelkistämään laajan aineistoni selkeäksi kokonaisuudeksi. Pitkäaikainen työtoverini, tutkimusprofessori Markku Pekurinen on näkemyksellisyydellään sekä asiantuntevilla kommentillaan ratkaisevasti edesauttanut työtäni. Hänen kanssaan minulla on ollut mahdollisuus osallistua moniin merkittäviin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää uudistaneisiin hankkeisiin ja häntä saan myös kiittää tutkimusaiheeni löytymisestä. Tutkimuksen edetessä hänellä on aina ollut aikaa keskustella niin tutkimusaiheeni yleisistä linjauksista kuin työni yksityiskohdista.

Minulla on ollut onni saada väitöskirjani esitarkastajiksi professori Pirkko Vartiainen Vaasan yliopistosta ja professori Pentti Meklin Tampereen yliopistosta. Olen heille hyvin kiitollinen rakentavista kommentteista, jotka ohjasivat minua selkeyttämään ja parantamaan väitöskirjaani merkittävästi. Esitarkastus oli antoisa vaihe väitöskirjan lopullisessa muotoutumisessa.

Esimieheni, Stakesin pitkäaikainen pääjohtaja Vappu Taipale on kannustanut minua ja antanut mahdollisuuden tutkimustyön tekemiseen, siitä hänelle lämmin kiitos. Hänen ansiostaan minulla oli tutkimuksen edetessä mahdollisuus irrottautua aika-ajoin työtehtävistäni. Erityiskiitokset haluan osoittaa työtoverilleni, kehittämispäällikkö Kerttu Perttilälle, joka toimi sijaiseni tutkimuksen viimeisessä kirjoitusvaiheessa. Sihteeri Eila Lehtoa haluan kiittää tutkimusaineistojen huolellisesta tallentamisesta ja joustavuudesta, miten hän sopeutti omaa aikatauluun tutkimukseni tarpeiden mukaan. Samoin esitän kiitokseni Arja Aarniolle kielentarkastuksesta. Kiitos myös kaikille niille lukuisille Stakesin asiantuntijoille, joiden kanssa olen voinut suunnitella, keskustella ja esitellä tutkimustani sen edetessä. Kiitän lämpimästi myös työtovereitani Kuntapalvelut-tulosalueella tuesta, jota he ovat

kannustaen ja myötäeläen antaneet minulle. Haluan kiittää Stakesia myös siitä, että saan julkaista väitöskirjani Stakesin julkaisusarjassa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirille ja erityisesti sairaanhoitopiirin johtaja Rautio Ihalaiselle esitän kiitokseni, että minulla oli Stakesin asiantuntijana mahdollista toteuttaa Terveydenhuoltoalueen kolmen ensimmäisen toimintavuoden tulosten alustava arviointi sairaanhoitopiirin toimeksiantona vuoden 2005 alkupuolella. Tutkimustyötäni edisti merkittävästi mahdollisuus hyödyntää alustavan arvioinnin aineistoja myös tässä tutkimuksessa. Yrjö Jahnssonin säätiölle esitän kiitokseni taloudellisesta tuesta, jonka avulla olen pystynyt aika ajoin irrottautumaan kokopäiväisesti tutkimustyöhöni ja hankkimaan sen toteuttamista edistäviä tutkimuksen tukipalveluja.

Suuri kiitos kuuluu myös Mäntän kaupungin, Vilppulan kunnan ja Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen johtaville viranhaltijoille ja työntekijöille, jotka mahdollistivat tutkimukseni toteuttamiseen osallistumalla kyselyihin, haastatteluihin ja keräämällä tutkimukseni asiakirja-aineistoa nopealla aikataululla. Erityinen kiitos Vilppulan kunnanjohtaja Mauri Heinoselle, joka jaksoi vastata lukuisiin kysymyksiini ja avustaa tietojen hankinnassa. Lämmin kiitos myös Mäntän kaupungin toimistosihteerille Eija-Liisa Käpyaholle, Vilppulan kunnan toimistosihteerille Marjatta Vaskelle, Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen Anne-Mari Stenlundille sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin suunnitteli- ja Liisa Korkalle, jotka kärsivällisesti avustivat minua tutkimukseni asiakirja-aineiston keruussa. Lämmin kiitos myös kaikille niille Mäntän, Vilppulan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin työntekijöille, jotka avustivat minua tutkimukseni kuluessa, mutta joita kaikkia ei tässä erikseen mainita.

Vanhempiani haluan kiittää, että he aikojen alusta kannustivat minua kouluttautumaan ja pärjäämään valitsemallani tiellä, joka välillä on edennyt polveilevastikin vaiheesta toiseen. He ovat myös olleet aina valmiita auttamaan ja tukemaan silloin kun sitä olen tarvinnut. Erityisesti haluan kiittää pontevaa äitiäni Anna-Maija Soroa, joka viime vuosina on jaksanut heikkenevästä fyysisestä kunnostaan huolimatta myötäelää ja olla aina kiinnostunut työstäni ja tämän tutkimuksen etenemisestä. Hänelle haluan tämän väitöskirjani omistaa.

Lopuksi esitän rakkaat kiitokset läheisimmilleni, Annukalle ja Markulle. Annukka on koko nuoren aikuisuutensa ajan joutunut jakamaan äitinsä mielenkiinnon opintojen ja tutkimustyön kanssa. Kiitos Sinulle että kuitenkin jaksot, vaikka se verottikin yhteisiä arjen hetkiä ja asioita. Rakkaimmat kiitokseni Markulle. Ilman hänen tukeaan, kärsivällisyyttään ja ymmärrystään tutkimustyöni hitaaseen etenemiseen ei tämä kirja olisi koskaan valmistunut. Kiitos kun jaksot kannustaa myös silloin, kun en saanut mitään aikaiseksi! Toivottavasti olet iloinen, että intensiivinen tutkimustyöni antoi Sinulle mahdollisuuden ottaa tilaa keittiössä ja syventyä myös epäakateemisiin harrastuksiin.

Isnäsissä elokuussa 2008

Maijaliisa Junnila

Tiivistelmä

Maijaliisa Junnila. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Stakes, Tutkimuksia 175. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2207-6

Suomessa etsitään uusia, innovatiivisia, taloudellisia ja toimivia tapoja organisoida terveyspalvelut. Terveyspiiri- ja terveydenhuoltoaluemallit olivat kansallisessa terveyshankkeessa esitetyjä uusia toimintamalleja. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen valmisteluvaiheessa terveyspiiri ja sosiaali- ja terveyspiiri olivat keskeisesti esillä yhtenä mahdollisena sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellisena järjestämisvaihtoehtona. Myös terveydenhuoltolakityöryhmä esittää terveyspalvelujen järjestämistä alueiden valintojen perusteella joko kuntien, yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiiriin yhteistyönä tai terveyspiirimallin mukaisesti.

Tutkimuksen kohteena on Mäntän seudun terveydenhuoltoalue, jonka avulla Mäntän seudun kunnat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri lähtivät uudistamaan alueen terveydenhuoltoa kansallisesti uudella tavalla. Terveydenhuoltoalueen perustamisen taustalla oli osapuolien tahto hillitä terveydenhuollon kustannuskehitystä ja turvata palvelujen saatavuus alueella. Terveydenhuoltoalue muodostettiin yhdistämällä kaksi aiemmin erillistä organisaatiota, aluesairaala ja terveyskeskus, toiminnalliseksi kokonaisuudeksi ja muodostamalla siitä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin tulosyksikkö.

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, 1) mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveysmenoihin ja terveyspalvelujen saatavuuteen, 2) miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano toteutui, 3) mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen.

Toimeenpanoprosessia seurataan toimeenpanotutkimuksen teorioiden pohjalta muodostetun viitekehyksen avulla. Toimeenpanoa tarkastellaan toimeenpanevan organisaation, henkilöstön ja toimeenpanevan verkoston näkökulmasta. Lisäksi tarkastellaan toimintaympäristön vaikutusta toimeenpanoon. Tavoitteena on tutkia, miten asetetut tavoitteet saavutettiin ja tunnistaa tekijöitä, jotka muutosprosessin aikana edistivät tai häaitsivat toimeenpanon toteuttamista. Kyseessä on tapaustutkimus, jonka pohjalta tehdään päätelmiä keskusteluun uusista tavoista järjestää terveydenhuollon palvelut.

Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu kuudesta eri kvalitatiivisesta ja kvantitatiivisesta aineistosta. Tutkimuksessa hyödynnettiin kunkin tutkimusongelman kuvaamiseen parhaiten soveltuvia tutkimusmenetelmiä. Kvalitatiivisen aineiston perustan muodostavat avainhenkilöhaastattelut, jotka toteutettiin kuuden vuoden aikana kolme kertaa. Paikallislehden kirjoitukset ja asiakirja-aineistot muodostavat laadullisen tutkimusaineiston toisen osan, jolla syvennettiin ja havainnollistettiin analyysia. Kyselytutkimuksilla kerättiin tietoa sekä väestöltä että henkilöstöltä ennen terveydenhuoltoalueen perustamista ja toimeenpanovaiheen päättyessä. Terveydenhuoltoalueen toteuttamisen vaikutuksia kuntien terveysmenoihin ja terveyspalvelujen saatavuuteen analysoitiin tilastoaineistolla ja tervevaikoiduilla menotiedoilla.

Tutkimus osoittaa, että Mäntän seudun kuntien väestön tarpeisiin suhteutetut terveysmenot saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin keskitasolle. Terveydenhuol-

lon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut reaaliset kokonaisuudet asukasta kohti ovat kasvaneet terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen Mäntässä ja Vilppulassa oleellisesti hitaammin kuin Pirkanmaalla tai koko maassa.

Toimeenpanovaiheen aikana menokehitystä hillittiin monin tavoin. Eri keinojen erillisvaikutusta ei tällä tutkimuksella voida osoittaa. Terveydenhuoltoalueen perustaminen oli kunnilta selkeä strateginen valinta, jota voidaan pitää terveydenhuollon kehittämisstrategiana. Muutosprosessin myötä kuntien toimintastrategiaksi nousi menojen vähentäminen supistamalla terveydenhuoltoalueen toimintaa ja budjettia. Terveydenhuollon kehittämisstrategia muuttui toimeenpanovaiheen aikana kuntatalouden tervehdyttämisstrategiaksi. Kuntien taloudellisen tilanteen heikkeneminen sekä edisti että haittasi muutoksen toteuttamista.

Ohjausryhmällä oli selkeä valtuutus toteuttaa muutos, ja se toimi kuntien vaikutuskanavana ja vahvisti kuntien sitoutumista. Terveydenhuoltoalue mahdollisti välttämättömien muutosten toteuttamisen, mutta ristiriitaisuutta aiheutui, kun eri osapuolet ymmärsivät menojen tavoitetason omista lähtökohdistaan eri tavoin.

Toimeenpanon toteutumista edistivät sen ripeä käynnistyminen ja se, että sen toteuttajat olivat mukana jo selvitysvaiheessa, jolloin muutostarve ja tavoitteet konkretisoitiin. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että toiminnallisten muutosten toteuttaminen edellyttää henkilöstön irrottamista muutoksen suunnitteluun. Terveydenhuoltoalue mahdollisti palvelujen yhteensovittamisen ja toimintaprosessien uudistamisen, mutta palvelujen toiminnallinen yhteensovittaminen jäi käytännössä pääosin rakenteellisten ratkaisujen tasolle.

Väestön näkemykset terveydenhuollon palvelujen laadusta muuttuivat jonkin verran kriittisemmiksi vuosien kuluessa. Erityisesti lääkäripalvelujen järjestelyihin suhtauduttiin kriittisesti ja jatkohoitoon pääsyn koettiin vaikeutuneen. Tutkimus antaa myös viitteitä siitä, että muutoksista tiedottaminen ennakkoon ja väestön mukaan ottaminen palvelujen suunnitteluun on tarpeellista. Paikallislehti toimi tiedottamisen kanavana painottaen kuntien ja väestön näkökulmaa.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen yhdistämisestä tai palvelujen uudistamisesta on Suomessa tehty jonkin verran tutkimuksia, joista useimmissa muutosta tarkastellaan henkilöstön näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa toteutetun muutoksen vaikutuksia tutkittiin useasta eri näkökulmasta. Tutkimus on ajankohtainen. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen odotetaan käynnistävän terveys- ja sosiaalipalvelujen uudistamisen maassamme. Lisäksi koko terveydenhuoltoa ollaan saattamassa yhden terveydenhuoltolain alaisuuteen. Terveydenhuoltoalue, sellaisena kuin se Mäntän seudulla toteutuu, voisi olla osa terveydenhuoltolakiehdotuksen mukaista terveyspiiriä, se voisi olla myös yksi tapa toteuttaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen mukainen yhteistoiminta-alue.

Avainsanat: Terveydenhuollon uudistaminen, terveydenhuoltoalue, terveyspiiri, sosiaali- ja terveyspiiri, toimeenpano, toimeenpanotutkimus, muutosprosessi, muutoksen johtaminen

Sammandrag

Maijaliisa Junnila. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista [Fungerar hälsovårdsområdet? Undersökning av bakgrunden till och effekterna av bildandet av Mänttäreregionens hälsovårdsområde]. Stakes, Undersökningar 175. Helsingfors 2008. ISBN 978-951-33-2207-6

I Finland söks nya, innovativa, ekonomiska och fungerande sätt att organisera hälso- och sjukvårdstjänsterna. Modellerna för hälsovårdsdistrikt och hälsovårdsområden var nya verksamhetsmodeller, som presenterades i det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet. I beredningen av kommun- och servicestrukturreformen lyftes hälsovårdsdistrikt och social- och hälsovårdsdistrikt centralt fram som ett möjligt alternativ för organiseringen av social- och hälsovårdstjänsterna på regional nivå. Arbetsgruppen för beredningen av lagen om hälso- och sjukvård föreslår också att hälso- och sjukvårdstjänsterna organiseras utifrån regionala val antingen i form av samarbete mellan kommuner, samarbetsområden och sjukvårdsdistrikt eller i enlighet med modellen för hälsovårdsdistrikt.

Föremål för undersökningen är Mänttäreregionens hälsovårdsområde, med hjälp av vilket kommunerna i Mänttäreregionen och Birkalands sjukvårdsdistrikt gick in för att förnya områdets hälso- och sjukvård utifrån nationellt sett nya premisser. Bildandet av ett hälsovårdsområde bottnade i parternas vilja att dämpa hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling och trygga servicetillgången i området. Hälsovårdsområdet bildades genom att man slog samman två tidigare separata organisationer, kretssjukhuset och hälsovårdscentralen till en operativ helhet och av denna bildade en resultatenhet inom Birkalands sjukvårdsdistrikt.

Målet med undersökningen var att utreda 1) vilka effekter hälsovårdsområdet har på kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter samt tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster, 2) hur verkställandet av hälsovårdsområdet genomfördes och 3) vilka möjligheter hälsovårdsområdet erbjuder att förnya hälsovårdstjänsterna.

Verkställighetsprocessen följs upp med hjälp av en referensram, som bildats utifrån teorierna för verkställighetsundersökning. Verkställandet granskas ur den verkställande organisationens, personalens och det verkställande nätverkets synvinkel. Dessutom granskas omvärldens inverkan på verkställandet. Målet är att undersöka hur målsättningarna uppnåddes och identifiera de faktorer som under förändringsprocessen främjade eller försvårade verkställandet. Det är fråga om en fallstudie, utifrån vilken det dras slutsatser för debatten om nya sätt att organisera hälsovårdstjänsterna.

Det empiriska stoffet för undersökningen består av sex olika kvalitativa och kvantitativa material. I undersökningen utnyttjades de undersökningsmetoder som bäst lämpade sig för att beskriva respektive forskningsproblem. Det kvalitativa materialet baserar sig på tre intervjuer med nyckelpersoner som gjordes under en tidsperiod av sex år. Artiklar och dokumentmaterial från lokaltidningen utgör den andra delen av det kvalitativa undersökningsmaterialet som användes för att fördjupa och åskådliggöra analysen. Genom enkäter samlades information både från befolkningen och från personalen före bildandet av hälsovårdsområdet och i slutet av verkställighetsskedet. Effekterna av hälsovårdsområdet på kommunernas hälso- och sjukvårdsutgifter och tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster analyserades med hjälp av statistiskt material och behovsstandardiserade utgiftsuppgifter.

Undersökningen visar att hälso- och sjukvårdsutgifterna i relation till befolkningens behov i kommunerna i Mänttäregionen stannade på medelnivån för Birkalands sjukvårdsdistrikt. Hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens behovsstandardiserade reella totala utgifter per invånare har efter bildandet av hälsovårdsområdet ökat betydligt långsammare i Mänttä och Vilppula än i Birkaland eller landet som helhet.

Under verkställighetsskedet dämpades kostnadsutvecklingen på många sätt. De separata effekterna av olika metoder kan inte påvisas med denna undersökning. Bildandet av hälsovårdsområdet var ett klart strategiskt val av kommunerna och kan betraktas som en utvecklingsstrategi för hälso- och sjukvården. I och med förändringsprocessen antog kommunerna som verksamhetsstrategi att minska utgifterna genom att skära ned på hälsovårdsområdets verksamhet och budget. Utvecklingsstrategin för hälso- och sjukvården förändrades under verkställighetsskedet till en saneringsstrategi för den kommunala ekonomin. Kommunernas försämrade ekonomiska situation både främjade och försvårade genomförandet av förändringen.

Styrgruppen hade en tydlig fullmakt att genomföra förändringen och gruppen fungerade som kommunernas påverkanskanal och stärkte kommunernas engagemang. Hälsovårdsområdet gjorde det möjligt att genomföra nödvändiga omläggningar, men det uppstod motstridigheter, då de olika parterna tolkade den målsatta utgiftsnivån på olika sätt utifrån sina egna utgångslägen.

Verkställandet främjades av att processen körde igång snabbt och att verkställarna redan deltog i utredningsskedet, då förändringsbehovet och målsättningarna konkretiserades. Undersökningen antyder att genomförandet av operativa förändringar förutsätter att personal frigörs för planeringen av förändringen. Hälsovårdsområdet möjliggjorde en samordning av tjänsterna och en reform av verksamhetsprocesserna, men tjänsternas operativa samordnande bestod i praktiken till största delen av strukturella lösningar.

Befolkningens uppfattning om kvaliteten på hälsovårdstjänsterna blev något mer kritisk under årens lopp. Man förhöll sig kritiskt i synnerhet till organiseringen av läkartjänster och upplevde att det blivit svårare att få fortsatt vård. Undersökningen låter också påskina att det är nödvändigt att informera om förändringarna på förhand och att låta befolkningen delta i planeringen av tjänsterna. Lokaltidningen fungerade som en informationskanal och betonade kommunernas och befolkningens synvinkel.

I Finland har sammanslagningen av social- och hälsovårdstjänster eller reformen av tjänster i någon mån utretts, och i de flesta undersökningar betraktas förändringen ur personalens synvinkel. I denna undersökning utreddes effekterna av den förändring som genomfördes ur flera olika perspektiv. Undersökningen är aktuell. Kommun- och servicestrukturen väntas starta en reform av social- och hälsovårdstjänsterna i vårt land. Dessutom kommer hälso- och sjukvården som helhet att införas under en och samma lag om hälso- och sjukvård. Hälsovårdsområdet, så som det genomförs i Mänttäregionen, kunde utgöra en del av ett hälsovårdsdistrikt i enlighet med förslaget till ny lag om hälso- och sjukvård, det kunde också vara ett sätt att förverkliga ett samarbetsområde i enlighet med kommun- och servicestrukturen.

Nyckelord: hälso- och sjukvårdsreform, hälsovårdsområde, hälsovårdsdistrikt, social- och hälsovårdsdistrikt, verkställande, verkställighetsundersökning, förändringsprocess, förändringsledning

Abstract

Maijaliisa Junnila. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista [Is the health care region a well functioning concept? A study on the background and effects of founding the Mänttä health care region]. STAKES, Research Report 175. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2207-6

In Finland, new, innovative, well-functioning and financially sustainable options are being sought to re-organise health care services. New operational models proposed by the National Health Project include health district and health care region models. In the preparation phase of the project to restructure municipalities and services, health districts, as well as, health and welfare districts were a prominent option for the re-organisation of health and welfare services regionally. Furthermore, the health district model is one of the two models that the working party on the New Health Care Act recommended to be adopted.

The topic of this study was the Mänttä health care region. This new model was adopted by the municipalities and the Pirkanmaa Hospital District, in order to re-organise regional health care services. The health care region model was a novel approach to re-organise services in the country. The main reason for setting up the health care region was the mutual aim to contain health care costs and secure the access to health care services in the region. The health care region was founded by merging two previously separate organisations – the regional hospital and health centre – into a single operational entity which became one of the profit centres of the Pirkanmaa Hospital District.

The research objective was to discover, 1) how the establishment of a health care region affected municipal health expenditure and the access to health services, 2) how well the implementation of the health care region succeeded, and 3) what the health care region model has to offer to the re-organisation of health care services.

The implementation process was monitored using a frame of reference based on implementation research theories. Three different perspectives were considered in reviewing the implementation - organisation, personnel and implementing the network. Additionally, the effect of the operational environment on the implementation was monitored. The objective was to discover how the set goals were achieved, and to identify the factors promoting and hampering the implementation during the transition. This is a case study intended to assist in future decision-making on new approaches for re-organising health care services.

The empirical data consists of six different quantitative and qualitative data-sets. The most appropriate research methods were applied in tackling each of the research questions. Interviews with key persons carried out three times during a six-year period form the basis of our qualitative data. The second set of data for qualitative analysis was gathered from articles in local newspapers and other documents. Questionnaire surveys directed at the general population as well as personnel were performed twice, first time before the health care region was founded and the second time at the end of the implementation phase. The impact of the health care region on municipal health expenditure and on the access to

health care services, were analysed using statistical data-sets and needs adjusted expenditure data.

The study shows that the needs adjusted health expenditure in the Mänttä region was stabilised to the average level within the Pirkanmaa Hospital District. Following the establishment of the health care region, real needs adjusted combined health and elderly care expenditure per capita, has increased in the municipalities at a significantly slower pace than elsewhere in Pirkanmaa or nationally.

During the implementation phase, cost development was controlled using several methods. However, the scope of this study does not permit to isolate the effects of single acts. Founding a health care region was clearly a strategic decision by the municipalities, and could be regarded as a health care development strategy. During the course of the transition period, cutting costs by reducing activities within the health care region and cutting back budget formed the municipal strategy. During the implementation stages, the health care development strategy evolved into a strategy for recover municipal finances. The weakening financial situation of the municipalities both promoted and hampered the implementation.

The Steering Committee was authorised to implement the change, and acted as a forum for all municipalities, enhancing municipal commitment. Establishing the health care region enabled the implementation of the inevitable changes. However, there was some controversy as the parties had perceived the cost level objectives differently.

Implementation was enhanced by the fact that it was briskly initiated and the persons responsible had already participated in the preparative stages when the necessity for change, and the objectives in hand, were identified. The study implies that, in order to implement operational changes, personnel should participate in the planning stages. Establishing the health care region enabled service integration and re-engineering of processes. In practice, however, the integration of services remained on a purely structural level for the most part.

During the study years, the population began to perceive the quality of health care services from a more critical standpoint. In particular, the organisation of medical services was subject to criticism and access to further treatment was considered more difficult than before. The study further implies that it is vital to inform the general population of upcoming changes in advance, and to include the general population in the planning of services. The local newspaper acted as a source of information, emphasising the views of the municipality and its population.

In Finland, some studies have been performed on the integration or reorganisation of health care and welfare services. However, these changes have been primarily viewed from the personnel's perspective. In this study, several perspectives were considered. At present, this study is very topical. The restructuring of municipalities and services is expected to prompt an array of local and regional health and social service reforms in Finland. Further, a New Health Care Act is being prepared that will integrate all health services. A health care region such as that implemented in the Mänttä region could form part of a Health District, as proposed in the New Health Care Act, but it could also further constitute a solution to reform health and welfare services as suggested by the project to restructure municipalities and services.

Keywords: reorganising health care, health care region, health district, health and welfare district, implementation, implementation research, transition, change management

Sisällys

Kiitokset

Tiivistelmä

Sammandrag

Abstract

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	15
1.1	Tutkimuksen tausta	15
1.2	Tutkimustehtävän määrittely	16
1.3	Tutkimuksen rakenne.....	17
2	TUTKIMUSKOHDE	19
2.1	Mäntän seudun terveydenhuollon historiaa	19
2.1.1	Mäntän seudun terveydenhuollon varhaisvaiheita.....	19
2.1.2	Mäntän sairaalan ja terveystieteiden keskeisiä vaiheita	22
2.2	Terveydenhuoltoalueen perustaminen	29
2.2.1	Ulkopuolinen selvitysmies	29
2.2.2	Ehdotettu toimintamalli.....	33
2.3	Terveydenhuoltoalueen suhde keskeisiin kansallisiin uudistus- hankkeisiin	37
3	AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA.....	43
4	TOIMEENPANO-TUTKIMUS	55
4.1	Toimeenpanotutkimuksen kehittyminen.....	55
4.2	Toimeenpanotutkimuksen keskeisiä käsitteitä.....	57
4.3	Toimintapolitiikan toimeenpanon analyysimalli.....	63
4.3.1	Toimintapolitiikan toimeenpano van Meterin ja van Hornin mukaan.....	63
4.3.2	Sabatierin ja Mazmanianin esittämä toimeenpanon analyysimalli	67
4.3.3	Alhaalta ylös -lähestymistapa.....	72
4.4	Poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden suhde kunnallishallinnossa	74
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	79
5.1	Tutkimuskysymykset	79
5.2	Tutkimuksen viitekehys.....	84
5.3	Tutkimuksen toteuttaminen	87
5.4	Käytetyt aineistot ja analyysimenetelmät	89
6	TOIMEENPANO LÄHTÖKOHDAT JA TOIMEENPANO VALMISTELU.....	104
6.1	Toimeenpanon lähtökohdat.....	104
6.2	Toimeenpanon valmistelu.....	108
6.2.1	Toimeenpanon valmistelun rakenteet	108
6.2.2	Valmisteluvaiheen aikana tehdyt ratkaisut.....	115
6.2.3	Tiedottaminen valmisteluvaiheessa	118
6.2.4	Henkilöstön odotukset valmisteluvaiheessa.....	121
6.2.5	Valmisteluvaiheen haastatteluissa toiminnalle asetettuja odotuksia.....	123

7	TOIMEENPANON TOTEUTTAMINEN HAASTATTELUIJEN, VÄESTÖ- JA HENKILÖSTÖKYSELYJEN SEKÄ PAIKALLISLEHDEN AINEISTON JA ASIAKIRJA-AINEISTON VALOSSA	131
7.1	Toimeenpanovaiheen aikana tehdyt ratkaisut	131
7.2	Toimeenpanevan organisaation mahdollisuudet toteuttaa muutoksia ja muutoksen toteuttamista edistävät tai haittaavat tekijät.....	138
7.3	Toimeenpanevan henkilöstön kyvykkyys ja sitoutuneisuus.....	151
7.4	Toimeenpanevan verkoston tuki muutokselle	163
7.5	Toimintaympäristön vaikutus toimeenpanon toteutumiseen	167
7.6	Johtopäätökset asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta.....	181
8	TOIMEENPANON TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN TILASTOANALYYSIN VALOSSA	186
8.1	Väestörakenteen kehitys 1993–2006.....	186
8.2	Palvelujen suhteellinen tarve.....	188
8.2.1	Aineistot ja menetelmät.....	188
8.2.2	Tarvetekijät.....	189
8.2.3	Tarvekertoimet.....	190
8.3	Palvelujen käyttö ja mitoitus.....	192
8.3.1	Palvelujen käyttö.....	192
8.3.2	Palvelujen mitoitus	196
8.4	Menot ja niiden kehitys.....	200
8.4.1	Menotasolle asetetut tavoitteet.....	200
8.4.2	Menokehitys 1993–2005.....	201
8.4.3	Menokehitys 2001–2005.....	204
8.5	Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon talousarvioiden toteutuminen...	205
9	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	208
9.1	Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveysmenoihin ja terveyspalvelujen saatavuuteen?.....	208
9.2	Miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano on toteutunut?	211
9.3	Mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen?	223
10	POHDINTA	229
10.1	Tutkimuksen arviointi.....	229
10.2	Mitä muutosprosessista voisi oppia?	234
10.3	Tilastotietojen käyttö paikallispoliittisessa terveydenhuollon päätöksenteossa	239
10.4	Faktoja ja fiktoita terveydenhuollon julkisessa keskustelussa	240
	Lähteet	245
	Liite 1. Haastattelurungot.....	252
	Liite 2. Haastatellut henkilöt.....	255
	Liite 3. Valmisteluvuoden ratkaisut.....	262
	Liite 4. Kolmen ensimmäisen toimintavuoden ratkaisut.....	264
	Liite 5. Kuorevesi-Mänttä-Vilppula (KMV) -lehden kirjoittelua	269

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

1.1 Tutkimuksen tausta

Mäntän seudulla käynnistyi vuoden 2002 alusta terveydenhuoltoalue, jossa sairaanhoitopiiri vastaa kaikkien terveystalujen järjestämisestä alueen asukkaille. Terveydenhuoltoalue muodostettiin yhdistämällä perusterveydenhuollosta ja paikallisesta erikoissairaanhoidosta (aluesairaala) yksi hallinnollinen kokonaisuus. Samalla pyrittiin karsimaan päällekkäisyyksiä ja turvaamaan riittävien terveystalujen säilyminen alueella. Tavoitteena oli uuden hallintomallin avulla parantaa terveydenhuollon tehokkuutta ja toimivuutta sekä hidastaa kustannusten kasvua merkittävästi. Ratkaisu terveydenhuoltoalueen perustamisesta tehtiin tilanteessa, jolloin toisena reaalisen vaihtoehdonä oli aluesairaalan toiminnan lopettaminen.

Aluesairaaloitten ongelmia on usealla paikkakunnalla ratkaistu yhdistämällä aluesairaala perusterveydenhuollon organisaatioon. Näissä ratkaisuissa on palvelutuotantoa muokattu jonkin verran, mutta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatiot ja toimintakulttuurit ovat pääosin jääneet ennalleen. Toivottuja taloudellisia vaikutuksia ei näissä ratkaisuissa ole arvioitu saavutetun (Pekurinen ym. 2000). Varsinaista tutkimustietoa ratkaisujen vaikutuksista ei kuitenkaan ole juuri saatavilla.

Mäntän seudulle rakentunut ratkaisu, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon raja häivytettiin muodostamalla yksi toimintakokonaisuus, on uusi tapa organisoida suomalaiset terveystalut. Mallissa lähestytään terveystalujen ajattelua, jossa esimerkiksi sairaanhoitopiirit vastaisivat kaikkien terveystalujen järjestämisestä alueellaan yhtenä kokonaisuutena (Häkkinen ym. 1996). Onnistuessaan Mäntän seudulla toteutettu ratkaisu voisi soveltua myös muille alueille ja auttaa osaltaan ratkaisemaan monia nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisia ja toiminnallisia ongelmia. Olisiko terveydenhuoltoalue ratkaisu pienten syrjäisten paikkakuntien terveydenhuoltopalvelujen turvaamiseksi? Terveydenhuoltoalueen toteuttamisella voi olla myös laajempaa terveystalupoliittista merkitystä, ja siksi mallin toimivuudesta tarvitaan tutkimuksellisesti perusteltua tietoa.

Suomessa etsitään parhaillaan uusia, innovatiivisia, taloudellisia ja toimivia tapoja organisoida terveystalut. Terveystalupiiri- ja terveydenhuoltoaluemallit olivat kansallisessa terveystaluhankkeessa esitetyjä uusia toimintamalleja (Sosiaali- ja terveystaluministeriö 2002). Myös kunta- ja palvelurakennemuutoksen valmisteluvaiheessa terveystalupiiri ja sosiaali- ja terveystalupiiri olivat keskeisesti esillä mahdollisena sosiaali- ja terveystalujen alueellisena järjestämisvaihtoehtona (Sisäasiainministeriö 2006). Myös sosiaali- ja terveystaluministeriön asettama terveydenhuoltolakiyöryhmä esittää muistiossaan, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

integraatio toteutettaisiin kahden vaihtoehdoisen mallin mukaisesti vuoteen 2013 mennessä. Ehdotuksen mukaan terveyspalvelut järjestettäisiin alueiden valintojen perusteella joko kuntien, yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiiriin yhteistyönä tai terveystuotemallin mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Mielenkiinto tämän tutkimuksen tekemiseen heräsi vähitellen osallistuessani vuonna 2000 tehtyyn Mäntän seudun terveydenhuollon ja vanhustenhuollon toiminnan uudelleen järjestelyjä koskevaan kehittämisselvitykseen. Selvityksen aikana minulla oli mahdollisuus tutustua laajasti alueen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon järjestämiseen liittyviin ongelmiin ja niiden syihin. Minulla oli myös mahdollisuus tutustua eri toimijoiden näkökulmiin ja perusteluihin siitä, miten ylikapasiteetti oli syntynyt ja miten palvelut pitäisi järjestää, jotta kustannukset saataisiin alenemaan. Selvitystyö eteni systemaattisesti: haastattelujen ja seminaareissa käytyjen keskustelujen perusteella määriteltiin valittavan toimintamallin tavoitteet. Esillä olleista vaihtoehdoista valittiin terveydenhuoltoalue.

Kiinnostus tämän tutkimuksen tekemiseen liittyy myös omaan työhöni ja taustani. Olen yli kymmenen vuoden ajan toiminut asiantuntijana lukuisissa kuntien ja sairaanhoitopiirien toteuttamissa kehittämishankkeissa eri puolilla Suomea. Kaikissa niissä on suunniteltu palvelujen uusia järjestämistapoja, joita kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat lähteneet toteuttamaan. Työhöni on kuulunut myös toteutettujen muutosten seuranta. Tutkimuksen tekoon ovat lisäksi innostaneet kansallinen terveyshanke ja erityisesti valtioneuvoston vuonna 2005 käynnistämä kunta- ja palvelurakenne-uudistus -hanke. Molemmissa näissä on ollut eri muodoissaan esillä ajatus terveystuotemallista yhtenä alueellisena palvelujen järjestämistapana. Olen myös ollut mukana suunnittelemassa ja kirjoittamassa kirjaa terveystuotemallista (Pekurinen ym. 2006). Mäntän seudun terveydenhuoltoalue olisi alueellisesti toimiva osa terveystuotemallia, jos Pirkanmaalla sellainen muodostettaisiin.

Päätökseen terveydenhuoltoalueen toteuttamisesta liittyy myös päätös sen arvioinnista (HALL 23.1.2001 § 4). Toteutin tässä raportoitavan tutkimuksen kannalta alustavan arvioinnin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin toimeksiannosta vuonna 2005 (Junnila 2005). Tässä tutkimuksessa julkaistaan pitemmälle analysoitu ja teoreettisesti ja metodologisesti perusteellisemmin kehitetty tieteellinen arvio toimeenpanon toteutumisesta ja terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Tutkimuksen aineistona hyödynnetään selvitysvaiheessa, muutoksen valmisteluvaiheessa ja alustavan arvioinnin vaiheessa kerääntynyttä aineistoa ja muita yksinomaan tätä tutkimusta varten kerättyjä aineistoja.

1.2 Tutkimustehtävän määrittely

Tutkimuksen kohteena on Mäntän seudun terveydenhuoltoalue, jonka avulla Mäntän seudun kunnat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri lähtivät uudistamaan alueen terveydenhuoltoa kansallisesti uudella tavalla. Terveydenhuoltoalueen perus-

tamisen taustalla oli osapuolien tahto hillitä terveydenhuollon kustannuskehitystä ja turvata palvelujen saatavuus alueella. Tutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on tutkia, miten hyvin perustamispäätöksen yhteydessä asetetut keskeiset tavoitteet saavutettiin kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana.

Terveydenhuoltoalue muodostettiin yhdistämällä kaksi aiemmin erillistä organisaatiota, aluesairaala ja terveystakeskus. Tutkimuksessa toisena tavoitteena on analysoida tehdyn politiikkapäätöksen toimeenpanon toteutumista. Toimeenpanoprosessia seurataan toimeenpanotutkimuksen teorioiden pohjalta muodostetun viitekehyksen avulla. Tavoitteena on tunnistaa tekijöitä, jotka muutosprosessin aikana edistivät tai estivät muutoksen toteuttamista. Kyseessä on tapaustutkimus, jonka pohjalta tehdään päätelmiä keskusteluun uusista tavoista järjestää terveydenhuollon palvelut.

Tutkimuskohteen valinta perustuu sen ajalliseen tuoreuteen ja tutkijan omaan taustaan. Toimiessani useita vuosia terveydenhuollon organisaatioiden arvioijana ja palvelujärjestelmän kehittäjänä, minussa on herännyt kiinnostus tutkia ehdotetun uuden toimintamallin ja sille asetettujen odotusten toteutumista käytännössä. Terveys- ja sosiaalipalvelujen yhdistämisestä tai palvelujen uudistamisesta on Suomessa tehty jonkin verran tutkimuksia. Useimmissa niistä tarkastellaan muutosta henkilöstön näkökulmasta henkilöstökyselyn perusteella. Toteutetun muutoksen vaikutuksia tutkitaan tässä tutkimuksessa aineistolähtöisesti monilla aineistoilla ja monista eri näkökulmista. Tutkimuksessa painotetaan kuntapäätäjien näkökulmaa, koska päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta tehtiin poliittisena päätöksenä kuntien tavoitteiden mukaisesti.

Tutkimus on ajankohtainen, koska parhaillaan käynnissä olevan kunta- ja palvelurakennemuutoksen odotetaan käynnistävän terveys- ja sosiaalipalvelujen uudistamisen maassamme. Lisäksi koko terveydenhuolto on ollaan saattamassa yhden terveydenhuoltolain alaisuuteen. Terveydenhuoltoalue, sellaisena kuin se Mäntän seudulla toteutuu, voisi olla osa terveydenhuoltolakiehdotuksen mukaista terveyspiiriä, se voisi olla myös yksi tapa toteuttaa kunta- ja palvelurakennemuutoksen mukainen yhteistoiminta-alue. Tutkimuksen kolmantena tavoitteena on arvioida, mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen.

1.3 Tutkimuksen rakenne

Tutkimukseni aluksi luvussa 2 käyn läpi Mäntän seudun terveydenhuollon varhaisvaiheita, sitä miten Mäntän sairaala ja kansanterveystyön kuntainliitto perustettiin. Samalla selvitan syitä, jotka johtivat alueen palvelutarjonnan ylikapasiteetin rakentumiseen. Luvussa pohdin myös terveydenhuoltoalueen suhdetta keskeisiin terveydenhuoltoon koskettaviin kansallisiin uudistushankkeisiin.

Kolmannessa luvussa käsitelen tutkimukseni kannalta relevanttia tutkimusta, jonka olen rajannut ensisijaisesti kotimaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämisistä koskevaan tutkimukseen. Olen rajannut käsittelyni koskemaan tämän tutkimuksen kannalta hyödyllisiä tutkimuksia ja nostanut esille tuloksia, joita voin hyödyntää omassa tutkimuksessani.

Neljännessä luvussa perehdyn tutkimukseni teoreettiseen taustaan, toimeenpanotutkimukseen, jonka teorioiden perusteella rakennan tutkimukseni viitekehysten. Luvun lopussa tarkastelen poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden välisiä suhteita, tehtäviä ja vastuualueita viimeaikaisen kotimaisen tutkimustiedon valossa.

Viidennessä luvussa määrittelen tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ja linkitän ne terveydenhuoltoalueelle kehittämisselvityksessä ja perustamispäätöksessä asetettuihin tavoitteisiin. Samalla kerron, miten toteutan tutkimuksen valitun teorian antamassa viitekehyksessä. Luvun lopussa selostan tutkimuksessa käytettyjen kuuden eri aineiston keruu- ja analyysimenetelmät yksityiskohtaisesti ja selitän niiden hyödyntämistä tutkimuksen eri osissa.

Tutkimukseni empiirisen tulososan olen jakanut kolmeen osaan, joita käsitelen luvuissa 6–8. Luvussa 6 analysoin terveydenhuoltoalueen toimeenpanon lähtökohdista ja muutoksen valmisteluvaiheen tapahtumia. Luvussa 7 analysoin terveydenhuoltoalueen toimeenpanoprosessia ja terveydenhuoltoalueelle asetettujen keskeisten tavoitteiden toteutumista haastattelujen, väestö- ja henkilöstökyselyjen sekä asiakirja-analyysin valossa. Luvussa 8 arvioin terveydenhuoltoalueelle asetettujen keskeisten tavoitteiden toteutumista tilastoaineistojen perusteella.

Luvussa 9 teen johtopäätökset terveydenhuoltoalueen keskeisten tavoitteiden toteutumisesta. Johtopäätökset olen ryhmitellyt tutkimuskysymysteni mukaan. Johtopäätöksiä toimeenpanon toteutumisesta jäsenän toimeenpanotutkimuskirjallisuudesta rakentamani viitekehysten avulla. Luvussa 10 arvioin tutkimustani menetelmällisesti ja pohdin tutkimustulosten yleistettävyyttä. Tutkimuksen rakenne on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimuksen rakenne

Tausta		Teoria ja menetelmät		Tulokset			Johtopäätökset	Pohdinta
Luku 2	Luku 3	Luku 4	Luku 5	Luku 6	Luku 7	Luku 8	Luku 9	Luku 10
Alueen terveydenhuollon historiallinen kehitys ja terveydenhuoltoalueen suhde kansallisiin uudistuksiin	Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistymistä koskeva relevantti aikaisempi tutkimus	Tutkimuksen teoreettinen tausta	Tutkimuskysymykset, tutkimusaineistot ja -menetelmät	Toimeenpanon lähtökohdat ja muutoksen valmistelu	Toimeenpanoprosessin ja tavoitteiden toteutuminen haastattelujen, väestö- ja henkilöstökyselyjen valossa	Tavoitteiden toteutumisen tilastojen valossa	Johtopäätökset	Pohdinta

2 TUTKIMUSKOHDE

2.1 Mäntän seudun terveydenhuollon historiaa

2.1.1 Mäntän seudun terveydenhuollon varhaisvaiheita

Kuntajako ja kuntien yhdistyminen

Mäntän ja Vilppulan historia on monelle perinteiselle teollisuuspaikkakunnalle tyypillinen. Myös Mäntän seudun terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät ongelmat toistuvat samankaltaisina monilla muilla paikkakunnilla ja alueilla. Tässä alaluvussa kerrotaan tiivistetysti Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan historiasta ja siitä, miten terveydenhuoltoa on alueella kehitetty. Lähteinä ovat ennen muuta Mauri Mönkkösen kirjoittamat historiikit (1992 ja 1998) sekä eräät muut historiaa kuvaavat julkaisut (esim. Ranta 2003).

Vilppulan kunta perustettiin vuonna 1912, ja valta keskittyi aluksi talollisille, jotka varasivat itselleen myös tärkeimmät luottamustoimet. Vilppulan kuntaan kuului tuolloin neljä erityyppistä aluetta: Mänttä, jossa oli suuri tehdastaajama, Kolhon pienempi sahateollisuusalue, Vilppulan vilkkaan rautatieaseman seutu ja Vilppulaa ympäröivä maaseutu. Vilppulan kunnallismiehet pelkäsivät Mäntässä sijaitsevan G. A. Serlachiuksen paperitehtaan sanavaltaa kunnan asioissa, koska yhtiön osuus kunnan äänimäärästä oli 1/15. Yhtiö halusi irrottaa Mäntän taajaman Vilppulan kunnasta, koska sen mielestä yhtiölle kohdistettu kunnallinen harkintaverro oli kohtuuttoman suuri¹. Myös lähihistorian tapahtumilla suurlakkoineen oli vaikutusta Gösta Serlachiuksen toiveisiin irrottaa Mänttä Vilppulasta. Ajatus oli, että Mäntän eroamisen jälkeen Vilppulan kunta muuttuisi maatalousvaltaiseksi ja porvarillisuus alkaisi vahvistua. Samalla Mäntän työväki jäisi vaille tehtaasta riippumattoman työväen tukea ja uuden kunnan työväenliike olisi tiukemmin sidoksissa yhtiön menestykseen. Pitkä matka kirkollisiin toimituksiin tuli kuitenkin lopulliseksi syyksi, kun Mäntän anomus Vilppulan seurakunnasta eroamisesta lähetettiin Porvoon tuomiokapituliin joulukuussa 1918. Tämä siitäkkin huolimatta, että yhtiön kirkkojuna vei joka toinen sunnuntai mänttäläisiä Vilppulaan seurakunnan kirkkoon. Mäntän seurakunta aloitti toimintansa toukokuussa 1921. Tämä oli alku uudelle kunnalle, jonka toiminta käynnistyi sosialidemokraattienemistöisenä vuoden 1922 alussa. (Mönkkönen 1992.)

¹ Gösta Serlachius toteaa vuonna 1920 kirjeessään paperiteollisuuden konttoriin Leo Ehrnroothille seuraavaa: ”Syyinä erotoivomuksiin on pyrkimystemme sivuuttaminen siitä huolimatta, että me maksamme suurimman osan kunnallisista kustannuksista. Teollisuuspaikkakuntana meillä on täysin erilaisia pyrkimyksiä. Näihin Vilppula ei halua ryhtyä.” Esimerkkinä hän mainitsi kouluhallinnon laajentamisen, yleisen hygienian ja lääkärihuollon. Yhtiö oli siis valmis maksamaan huomattaviakin määriä veroja, kunhan ne käytettiin Mäntässä. (Mönkkönen 1992.)

Kuntajako oli Vilppulalle epäedullinen, koska sen kunnallisvero oli useita vuosia Mäntän eron jälkeen noin 9 % verotettavasta tulosta, kun se Mäntässä oli noin 5 %. Mäntän eroamisen jälkeen kesti runsaat 40 vuotta, ennen kuin kuntien yhdistämisestä alettiin jälleen keskustella. Yhdistämisestä keskusteltiin ensimmäisen kerran 1960-luvun lopulla, jolloin Mänttä esitti Vilppulan, Kuoreveden ja Mäntän muodostamista yhdeksi kunnaksi (Ranta, 2003). Senkin jälkeen yhdistymisestä on keskusteltu ja tehty selvityksiä useaan kertaan. Vuonna 2005 käynnistynyt kunta- ja palvelurakennemuutos -hanke, ns. PARAS-hanke, käynnisti aktiivisen keskustelun Mäntän ja Vilppulan yhdistämisestä. Vuonna 2002 käynnistynyt yhteinen terveydenhuoltoalue ja kuntien palvelutoiminnan, ml. vanhustenhuollon yhdistäminen yhteisen lautakunnan alaiseksi vuoden 2007 alusta edistivät yhdistymisajatuksia. Marraskuussa 2007 kuntien valtuustot päättivät hyväksyä Mänttä-Vilppulan kunnan muodostamisen vuoden 2009 alusta (KVM 13.11.2007).

Terveydenhuolto

Suomalaista terveydenhuoltoa on 1970-luvulle saakka kehitetty painottaen toisaalta sairaalaverkon ja toisaalta perustason terveydenhuollon kehittämistä, joka aluksi painottui lääkäripalvelujen kehittämiseen. Perustason terveydenhuolto kehittyi 1900-luvun alkupuolella kolmella tavalla, kaupunkien, maaseudun ja pienten teollisten paikkakuntien terveydenhuollon kehittämisenä.

Suomen piirilääkärilaitos rakennettiin vähitellen 1700-luvun puolivälin jälkeen ja 1880-luvulla maassa oli 53 piirilääkärinä. Vuonna 1832 laadittiin piirilääkäreille johtosääntö, joka oli voimassa vuoden 1943 alkuun saakka, jolloin laki yleisestä terveydenhoidosta tuli voimaan. Kaupungit olivat perustaneet 1700-luvulta lähtien myös kaupunginlääkärien virkoja. Maassa oli 1800-luvun puolivälissä 94 ja 1900-luvun alussa 373 lääkäriä, eli yksi lääkäri 7 300:aa asukasta kohti. Sotien alkua vuonna 1939 yhtä lääkäriä kohti oli 2 900 asukasta. (Savonen ym. 1945.)

Aina 1880-luvulle saakka kaikki lääkärit asuivat kaupungeissa. Väkiluvun kasvaessa lisääntyi myös lääkäriavun tarve maaseudulla. Säätyvaltiopäiville tehtiin tuolloin useita anomuksia maaseudun lääkäripulan korjaamiseksi. Ensimmäisessä vaiheessa lisättiin piirilääkäreitä ja määrättiin nämä tekemään säännöllisiä sairaamatkoja alueensa kuntiin. Pian kuitenkin ilmeni, että tarvitaan myös kunnanlääkärien toimia: Vuonna 1863 Lääkintötoimen Ylihallitukselle osoitetussa keisarillisessa kirjeessä määrättiin, että yksityisen tehtaan tai kunnan palvelu oikeutti lääkärit saamaan siitä virkavuotia. Näin maalaiskunnille tuli mahdollisuus järjestää terveydenhoitonsa kaupunkien tasolle. Valtionapua ei kunnille tähän tarkoitukseen kuitenkaan aluksi annettu. Vasta vuoden 1885 säätyvaltiopäivillä säädyt päättivät lukuisten (11) sinne tulleiden anomusten johdosta, että kunnanlääkärien palkkaaville maalaiskunnille suoritetaan valtionapu (2000 markkaa vuodessa), joka ei kuitenkaan voi olla suurempi kuin ”kunnan oma tarkoitukseen annettu pano-osa” (Sa-

vonon ym. 1945). Tämän jälkeen kunnanlääkärilaitos alkoi kehittyä, vuonna 1900 maassa oli 125 kunnanlääkärinä ja 1940-luvulla noin 220. Kunnanlääkärilaitos toimi kuitenkin täysin järjestymättömänä, koska mm. lääkäreiden tehtäviä terveydenhoidon alalla ei ollut määritelty. (Savonen ym. 1945.)

Vuonna 1943 tuli voimaan laki yleisestä lääkärinhoidosta, jossa piirilääkärit muutettiin lääninlääkäreiksi, kaupungin- ja kunnanlääkärinlaitokset muutettiin puolittain valtion viroiksi. Valtio suoritti suurimman osan peruspalkasta sekä kokonaan myönnettävät ikälisät ja eläkkeet. Kunnan tehtäväksi jäi maksaa lääkärille mm. säännöllisten vastaanottomatkojen kulut ja erinäisistä erikoistehtävistä suoritettavat palkkiot, joista kukin kunta sopi lääkärin kanssa erikseen. Näitä erikseen sovittavia korvauksia saattoivat olla kunnansairaalan, kulkutautisairaalan, kunnalliskodin mielisairasosaston hoito, synnyttävältä perittävä palkkio lääkärin harkinnan ja perheen varallisuuden mukaan² sekä korvaus vähävaraisten kuntalaisten luo tehtävistä sairasmatkoista. (Savonen ym. 1945.)

Vuonna 1943 voimaan tulleen lain mukaan kunnanlääkärin tehtävänä olivat sairaiden hoitamisen lisäksi yleisen terveyden ja sairaanhoidon valvominen ja toimiminen niiden edistämiseksi. Tätä ennen päätehtävänä oli pidetty sairaiden hoitamista, eikä aikaa juuri ollut terveydenhoidollisiin tehtäviin.

Mäntän yhdyskunta oli rakentunut tehtaan ympärille ja siksi yhtiön tehtäväksi tuli luonnostaan ”kollektiivisten palvelujen ja yksilöllisten luontaisetujen tarjoaminen” (Mönkkönen 1992). Suomessa erityisesti paperiteollisuuspaikkakunnilla yhtiön työväenhuolto ulottui työläisperheiden elämänpiiriin ja kaikkiin sosiaaliin suhteisiin.³ Sosiaaliseen huoltoon yhtiö panosti ensin 1920-luvulla ja uudelleen pula-ajan loputtua 1930-luvun loppupuolella. (Mönkkönen 1992.)

Myös sairaanhoidon ja työterveyshuollon järjestäminen kuului yhtiön tehtäviin, työsuojelussa Serlachius Oy oli uranuurtaja maassamme. Mäntässä Serlachius Oy:n työntekijöitä varten oli ollut oma lääkäri vuodesta 1906 lähtien (Mönkkönen 1992). Mäntän ainoa sairaala oli pitkään yhtiön omistama 14-paikkainen sairaala, jonka yhteydessä toimi sidonta-asema, jossa yhtiön palkkaama terveyssisar katsoi tehtaalla tapaturmaan joutuneet. Terveysisar kulki myös tehtaan työväen kodeissa antamassa lastenhoito-ohjeita.

2 ”Useimmissa kunnissa kunnanlääkäri hoiti synnytysosaston ilman kunnan erikoispalkkaa perimällä maksavilta potilailta oman harkintansa mukaisen korvauksen, mikä lääkärin ilmoituksen mukaan on yleensä suhteellinen työn suuruuteen sekä osalta myös riippuvainen potilaan varallisuudesta” (Savonen ym. 1945).

3 Gösta Serlachius kertoi puheessaan Mänttään vuonna 1937 saapuneille 103 kansanedustajalle, miten monipuolisesti yhtiö oli hyödyttänyt ympäristöään. Lista oli seuraavanlainen: metsänhoitoharrastuksen kohottaminen, maitotalouden kohottaminen ja karjaloustuotteiden valmistus, elintarviketuotteiden jakelun järjestäminen, myllyn pito, puu- ja kasvitarihaviljelyn järjestäminen, omakotiorakennustoiminnan tukeminen, työväen lasten virkistystoiminnan järjestäminen, aikuisten yhdistystoiminnan, urheilun, partio-toiminnan, maanpuolustustyön ja naisten kotitalousneuvonnan tukeminen, lasten opastus kasvitarihakerho-työhön, vapaa-ajan harrastusten lisääminen, Mäntän asemakaavatöiden teettäminen, taiteen suosiminen, sairaanhoidon ja työterveyshuollon järjestäminen. (Mönkkönen 1992.)

Mäntän kunnan itsenäistymisen (1922) yhteydessä terveydenhuolto jaettiin Serlachius-yhtiön, yhtiötä lähellä olevan Säde-yhdistyksen ja kunnan kesken. Osa-
puolien tehtävät määriteltiin pitkällisten neuvottelujen jälkeen, kun kunnalle oli
selvinnyt yhteistyön rahallinen hyöty. Neuvottelujen tuloksena sovittiin myös, että
samat henkilöt vastaavat yhtiön ja kunnan terveydenhuollosta. Säde-yhdistyksen
synnytyslaitos aloitti toimintansa vuonna 1922 ja toimi vuoteen 1952 saakka, jol-
loin synnytystoiminta käynnistyi Mäntän sairaalassa. Mäntän koettiin olleen edis-
tyksen eturintamassa, koska Suomessa synnytyslaitoksia oli 1940-luvulle saakka ol-
lut yleensä vain kaupungeissa. Myös koululääkäreitä ja kouluhammaslääkäreitä oli
Mäntässä ollut jo vuodesta 1922 lähtien. (Mönkkönen 1992.)

Lääkintöhallituksen ehdotuksesta maahan perustettiin vuonna 1943 voi-
maan tulleen lain myötä 140 kunnanlääkäripiiriä. Ehdotuksessa huomioitiin lii-
kenneyhteydet, kuntien tähänastinen yhteistoiminta sekä piirien tarkoituksenmu-
kaisuus muutenkin. Ehdotuksessa Vilppulan ja Pohjaslahden kunnat muodostivat
kunnanlääkäripiirin, jonka pinta-ala oli 499 neliökilometriä ja asukasluku 6 884.
Kunnanlääkäriin asuinpaikaksi sovittiin Vilppula⁴. Mänttä ja Kuorevesi muodosti-
vat 418 neliökilometrin kokoisen ja 7 824 asukkaan kunnanlääkäripiirin, jossa lää-
kärin asuinpaikaksi tuli Mänttä. (Savonen ym. 1945.)

Nykyinen sairaalaverkosto rakennettiin maahamme pääosin 1950- ja 1960-lu-
vulla. Jo jatkosodan aikana 1943 oli säädetty keskussairaalamalli, mutta sen käytän-
nön toteuttamiseen päästiin vasta seuraavan vuosikymmenen vaihteessa. Vastuu
sairaaloiden ylläpitämisestä siirrettiin kokonaan kunnille vuoden 1956 sairaalain
myötä. Sairaalamalli jaotteli sairaalat keskus-, alue- ja paikallissairaaloiksi. Kunnat
saivat siitä lähtien kustannuksiin valtionapua. Paikallissairaaloiden valtionapu oli
25–40 %, aluesairaaloiden valtionapu oli perustamiskustannuksiin 50 % ja toimin-
takuluihin 40 %. Tätä ajanjaksoa voidaan kutsua sairaalavaltaiseksi terveyspolitiin-
kan kaudeksi. Sen tuloksena Suomeen syntyi enemmän sairaansijoja suhteessa väes-
töön kuin muissa Pohjoismaissa. (Teperi 2005, Mönkkönen 1992.)

2.1.2 Mäntän sairaalan ja terveyskeskuksen varhaisvaiheita

Mäntän sairaalan perustaminen

Seuraavassa esitetty kuvaus Mäntän sairaalan ja myöhemmin perustetun Mäntän
terveyskeskuksen kehityksestä 1980-luvun lopulle asti perustuu pääosin Mönkkö-
sen kirjoittamaan Mäntän historiaan (Mönkkönen 1992, 1998). Vain silloin, kun
teksti nojautuu muihin lähteisiin, on lähteet mainittu.

Vuorineuvos Gösta Serlachiuksen ajatuksena oli jo 1930-luvun alkupuolel-
la perustaa Mänttään sairaala. Lamasta johtuen hankkeen käynnistyminen siirtyi
kuitenkin vuosikymmenen loppupuolelle, jolloin Serlachius kutsui koolle toimi-
kunnan pohtimaan sairaalakysymystä. Toimikunta teki selvityksiä ja kuuli asian-

⁴ Suurin osa Pohjaslahtea liitettiin 1973 osaksi Vilppulan kuntaa.

tuntijoita. Lääkintöhallituksen yksiselitteinen ohje oli perustaa sairaala kuntainliittopohjalle (Mäntän sairaala 1997). Vuonna 1939 Mäntän kunnanvaltuusto hyväksyi suunnitelman perustaa kuntainliitto ja rakentaa Savosenmäkeen 38-paikkainen sairaala. Kuntainliitto-hanke lähikuntien (Juupajoki, Keuruu, Koskenpää, Kuorevesi, Pihlajavesi, Pohjaslahti, Vilppula) kanssa kariutui, mutta Mänttä päätti elokuussa 1939 rakentaa itse 25-paikkaisen sairaalan. Talvisota keskeytti hankkeen kuitenkin heti alkuunsa. Vuonna 1941 asiaa käsiteltiin uudelleen Mäntän valtuutuksessa ja sairaala päätettiin rakentaa 32-paikkaisena. Tuolloin Serlachius lupasi lahjoittaa miljoona markkaa sairaalan perustamiseksi. Nyt väliin tuli jatkosota. (Mäntän sairaala 1997.)

Sodasta huolimatta R. Erik Serlachius piti sairaalan rakentamisen käynnistymistä tarpeellisenä ja kutsui toukokuussa 1943 koolle neuvottelun, jossa paikallisten kunnallisasioiden vaikuttajien lisäksi oli mukana valtiovalan edustajana muun muassa lääkintöhallituksen pääjohtaja Oskar Reinikainen. Neuvottelussa valtiovalan edustajat esittivät, että sairaalan tulisi olla tasoltaan tavallista kunnansairaالاتasoa korkeampi, keskussairaalan ja kunnansairaalan välimaastoon sijoittuva ja useamman kunnan tarpeita varten. Lisäksi tarvittiin riittävän suuri tontti tulevaa laajentamistarvetta varten. Ehdotuksen taustalla oli toukokuussa 1943 voimaan tullut keskussairaalalaki. Kokouksessa pääjohtaja Serlachius ilmoitti, että yhtiö sitoutuu lahjoittamaan tontin aiemmin lupaamansa rahalahjoituksen lisäksi. Pääjohtaja Reinikainen antoi lääkintöneuvos Alexis Tähkän tehtäväksi pitää yhteyttä naapurikuntiin kuntainliiton muodostamiseksi. (Mäntän sairaala 1997.)

Aluksi vain Mänttä ja Kuorevesi olivat kiinnostuneita sairaalahankkeesta ja Mänttä ilmoitti rakentavansa sairaalan kiireellisesti, vaikka muut kunnat eivät hankkeeseen lähtisikään. Lukuisten esittelyjen ja kirjelmöintien jälkeen lähikunnat kiinnostuivat kuitenkin hankkeesta ja toukokuussa 1944 pidettiin kuntien edustajien kokoukset perussäännön hyväksymiseksi. Osakaskuntina olivat Mänttä, Koskenpää (myöhemmin osa Jämsänkoskea), Kuorevesi (myöhemmin osa Jämsää), Vilppula ja Pohjaslahti (myöhemmin osa Vilppulaa). Juupajoki liittyi kuntainliittoon vuoden 1958 alusta, kaksi vuotta ennen kuin sairaalasta tuli aluesairaala.

Sairaala rakennettiin Serlachiuksen lahjoittamalle luonnonkauniiksi luonnehditulle tontille Hietalanniemeen, noin neljän kilometrin päähän Mäntän keskustasta. Samalle suunnalle rakennettiin myös suuri koulu. Sairaalan sijoittaminen etäälle keskustasta perustui ajatukseen kaupungin kasvusta tuohon suuntaan. Näin ei kuitenkaan käynyt ja sairaala jäi lähes neljän kilometrin metsätaipaleen päähän keskustasta.

Sairaalan rakennustyöt käynnistyivät vuonna 1947 ja se valmistui 46-paikkaisena vuonna 1952. Sairaalassa oli kirurgi ja sisätautilääkäri, lisäksi siellä hoidettiin synnytyspotilaita, vaikka alan erikoislääkäreitä ei ollutkaan. Sairaalan alkuperäinen kustannusarvio oli ollut 8 miljoonaa markkaa, sen valmistuessa kuntainliiton velka oli kasvanut 226 miljoonaksi markaksi⁵. (Mäntän sairaala 1997.)

5 Velkamäärän kasvua selittää kustannusten kohoamisen lisäksi ajan voimakas inflaatio.

Suurista veloista johtuen Mäntän sairaalan menot olivat keskimääräistä huomattavasti korkeammat. Vuonna 1958 Mäntän kauppalanjohtaja Peltonen perusteli asiaa seuraavasti: ”Tämä johtuu siitä ihmeellisen edesvas-tuuttomasta sairaalapolitiikasta, mitä eduskunnassa ja hallituksessa on viimeaikoina pelattu. Ne suuret lupaukset, jotka meille sairaalan perusta-misen yhteydessä annettiin, ovat lunastamatta.” (Mönkkönen 1992)

Sairaalahankkeen käynnistyessä oli luvattu, että valtio osallistuu kustannuksiin. Tämä toteutui kuitenkin vasta monien tapaamisten, ministerivierailuiden ja kar-valakkilähetystöjen jälkeen vuonna 1961, jolloin sairaalasta tuli aluesairaala. Sai-raalan statuksen muuttuminen paikallissairaala aluesairaalaksi merkitsi, että sairaala sai taannehtivasti perustamiskustannuksien katteeksi 98 miljoonaa mark-kaa sekä 4 %:n koron 1.1.1957 lähtien. Kuntainliitto selviytyi talousvaikeuksistaan ja valtion rahoituspäätös sairaalan laajentamista ja peruskorjausta varten saatiin vuonna 1968. Aloite sairaalan laajentamiseksi tuli osakaskunnilta, jotka tarvitsivat paikkoja pitkäaikaispotilaiden hoitoon. Pitkäaikaissairaiden paikat rakennettiin vuosina 1970–1973, samalla saatiin myös asianmukaiset poliklinikkatilat. Sairaalan kuntapohja laajeni 1970- ja 1980-luvulla, kun Ylä-Pirkanmaan kunnista Ruovesi, Orivesi, Keuruu ja Virrat liittyivät aluesairaalan jäsenkunniksi. Vuonna 1991 Mäntän aluesairaala liitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin.

Kuntainliittotyöskentely oli vaikeaa, koska muiden kuntien mielestä Mänttä sairaalan sijaintikuntana hyötyi kohtuuttoman paljon sairaalasta. Mäntän kaup-palan edustajat joutuivat yksin puolustamaan sairaalan kehittämistä, samalla kun muut kunnat keskittyivät menojen jakamiseen eri osapuolille. Mänttä joutuikin muiden kuntien painostuksesta maksamaan vuonna 1969 kuntainliitolle 300 000 markkaa ylimääräistä korvausta sijaintikuntana saamastaan taloudellisesta hyödys-tä. Lisäksi Mänttä kustansi sairaalan vesijohdon ja jätevesien puhdistuslaitoksen.

”Vilppulassa lähdettiin siitä, että sairaalan laajennuksessa tulee ottaa huomioon myös sijaintikuntaetu. Siinäähän syntyisi ympäristökuntien ra-hoilla suuri määrä työpaikkoja Mänttään. Mänttä oli haluton hyvityksiin. Asiaa käsiteltiin kunnanhallituksessa kunnansihteerikaudellani vuosina 1966–1968 jälkilaskelmani mukaan 29 kertaa. Neuvoteltiin kaikki osa-kaskunnat yhdessä, vain me maalaiskunnat, vain Vilppula yksin Mäntän kanssa ja vain yksin Kuoreveden kanssa eri vaiheissa.” (Ranta 2003)

Terveyskeskuksen perustaminen

Lähes kaikkiin Suomen kuntiin rakennettiin 1940-luvun lopulla terveystaloja, joi-den rakennuskustannuksiin saatiin varoja ruotsalaisilta kunnilta. Mäntän terveys-talo valmistui Serlachius-yhtiön lahjoittamalle tontille syksyllä 1950. Pieni avustus

saatiin myös kolmelta ruotsalaiselta kummikunnalta. Terveystaloon muutti vuodesta 1944 lähtien toiminut lastenneuvola.

Vuonna 1952 voimaan tullut lääkärilaki ei sallinut enää sitä, että Serlachius-yhtiö ja Mäntän kauppala pitivät yhteistä lääkäriä. Yhtiö irtisanoi silloin tohtorin luontoisedut asuntoa myöten, joten kauppala joutui rakentamaan lääkäritalon.

Kansanterveyslaki tuli voimaan vuonna 1972 (Kansanterveyslaki 1972, 66/72). Vanhan kunnanlääkärijärjestelmä purkautui, kun uusi puitelaki loi periaatteet kuntien kansanterveystyön tehtäville. Lain myötä perustettiin terveyskeskukset, joiden rakentamista valtio rahoitti. Valtion tavoitteena oli muodostaa noin 10 000 asukkaan terveyskeskustyksikköjä, ja siksi pienempiä kuntia kehoitettiin muodostamaan kuntainliittoja. Lain 5. §:n mukaan kuntien välisen yhteistoiminnan muotona, jonka avulla kaikki kansanterveyslain tarkoittamat toiminnot voidaan yhdessä hoitaa, sallittiin kuntainliitto ja eräissä lääkintöhallituksen erikseen hyväksymissä tapauksissa sopimus naapurikunnan kanssa. Ojala ja hänen kollegansa (1976) ovat lakia tulkitessaan korostaneet, että terveyskeskusorganisaation perustaminen merkitsee kunnan kannalta niin suurta asiaa, että tehtävistä huolehtiminen ”esim. sopimus pohjalla tai yhtäpitävin päätösin” on ilmeisen hankalaa. Tästä syystä kuntainliitto oli laissa omaksuttu ensisijainen yhteistoimintamuoto.

Kansanterveyslaki määritteli myös akuutti- ja pitkäaikaishoidon kunnan terveyskeskuksen tehtäväksi. Mäntän seudun kuntien tuli päättää, minne paikallissairaalan sairaansijat tulisi sijoittaa: aluesairaalaan, jossa jo asukasmäärään suhteutettuna oli sairaansijoja ”enemmän kuin missään muualla Suomessa” (Mönkkönen 1998), vai rakennettavan terveyskeskuksen yhteyteen. Yleishallinnon virkamiesjohto olisi halunnut sijoittaa ne aluesairaalaan, mutta terveysvirkamiesjohto oli toista mieltä:

Mäntän kaupunginjohtaja Myllymäki oli todennut, että ”sairaala pystyi hyvin täyttämään paikallissairaalityhjiön kroonikoita hoitamalla”.

Sairaalalääkäri ja kaupunginvaltuutettu Pentti Ermala totesi, että ”oli järjestöntä käyttää yhteiskunnalle yli 100 markkaa hoitopäivältä maksavaa aluesairaala paikkaa kroonikkojen hoitopaikkoina”. (Mönkkönen 1998)

Mäntän historiikin mukaan lääkintöhallitus ajoi 1970-luvulla aluesairaaloitten ja kansanterveystyön kuntainliittojen yhdistämistä. Maassa saatiin aikaiseksi vain yksi liitos ilman suuria riitoja, ja lääkintöhallitus päätti vetäytyä koko hankkeesta. Asiaa pohdittiin Mäntässäkin vuosina 1975–1976. Keskustelu repäisi uudelleen riidan kunnan yleishallinnon ja lääkäreiden välille:

Sanottiin, että ”jos yhdistyminen tapahtuu, niin sairaalaan ei saada enää pätevää väkeä”. (Mönkkönen 1998)

Mänttä ja Kuorevesi perustivat vuonna 1973 Mäntän seudun kansanterveystyön kuntainliiton (kuntayhtymä vuodesta 1993). Vilppulalaisten tavoitteena oli saada oma terveyskeskus ja tehdä tarpeen mukaan yhteistyötä Mäntän terveyskeskuksen kanssa. Valtion viranomaiset eivät suunnitelmia kuitenkaan hyväksyneet ja Vilppula liittyi kuntainliittoon seuraavan vuoden alussa. (Ranta 2003.) Perustetun terveyskeskuksen tilat olivat tuolloin hajallaan eri puolella Mänttää ja muun muassa terveyskeskuspäivystys toimi iltaisin ja öisin sairaalan tiloissa. Kuntainliiton väestöpohja oli tuolloin hieman yli 18 000. Samat kunnat käyttivät myös suurimman osan Mäntän aluesairaalan palveluista.

Muista alueen kunnista poiketen Mäntässä vanhusväestön osuus oli 1980-luvun alussa pieni, mutta 1985–1995 se kasvoi eniten silloisessa Hämeen läänissä. Pitkäaikaissairaansijojen puutteen lisäksi Mäntästä puuttui myös vanhainkoti- ja palveluasuntopaikkoja. Keskustelua vanhainkodin ja päiväkeskuksen sekä terveyskeskuksen vuodeosaston sijoittamisesta käytiin samaan aikaan ja kehitettiin ehdotus niiden rakentamisesta ”saman katon alle”. Esitystä pidettiin kiinnostavana:

”Helsinkiin lähetettiin marraskuussa 1981 virka- ja luottamusmiesten lähetystö keskustelemaan Lääkintöhallituksen arvonsa tuntevien osastopäälliköiden kanssa mahdollisuudesta yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut saman katon alle. Helsingin herroille ajatus oli kerrassaan niin uusi, että se torjuttiin aluksi jyrkästi. Mutta kun lääkintöhallituksen johtajat olivat tottuneet ajatukseen, he alkoivat pitää vuodeosaston rakentamista Mäntän keskustaan vanhainkotipalvelutalon yhteyteen mielenkiintoisena ja kokeilemisen arvoisena.” (Mönkkönen 1998)

Paikkakunnalla asiasta kehkeytyi riita, koska aluesairaalan edustajat ajoivat voimakkaasti vuodeosaston liittämistä aluesairaalan yhteyteen. Sairaala oli valmis irtottamaan ylikapasiteetistaan 30 vuodepaikkaa terveyskeskuksen käyttöön. Kiistely sai uuden suunnan, kun Vilppula tuli keskusteluissa yhdeksi vaihtoehdoksi vuodeosaston sijoittumiselle. Mäntän eduksi asian ratkaisivat keskustavaihtoehtoa puoltaneet laskelmat ja Kuoreveden kunnan kanta. Päätös vanhusten palvelutalon ja päiväkeskuksen sekä terveyskeskuksen vuodeosaston sijoittamisesta erilleen aluesairaala Mäntän keskustaan tuntumaan tehtiin 1982. Samalla päädyttiin siihen, että hanke on saatava mukaan vuonna 1984 käynnistyvään VALTAVA-uudistuksen mukaiseen suunnitteluun⁶.

Ministeri Eeva Kuuskoski-Vikatmaa oli kesäkuussa 1983 ensin aluesairaala-vaihtoehdon kannalla, mutta kuultuaan kunnan edustajien perusteluita hän toteasi, että Mäntän esitys oli VALTAVA-henkinen ja uudenlainen. Syyskuun aikana valtioneuvosto teki hanketta koskevan myönteisen päätöksen. Mäntän ratkaisua, jossa terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhusten palvelutalo ja päiväkeskus yhdistettiin,

⁶ Vuonna 1984 uudistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen suunnittelujärjestelmää. Tämän nk. VALTAVA-uudistuksen tarkoituksena oli yhtenäistää ja yksinkertaistaa aiemmin kovin pirstaleista valtiosuusjärjestelmää.

pidettiin valtakunnallisesti kiinnostavana. Sosiaali- ja terveysministeriö hyväksyi tarkennetut hankesuunnitelmat joulukuun alussa 1984.

Kaupunginjohtaja Huttusen mukaan ”muutaman päivän kuluttua Sara-puiston viereisellä tontilla potkittiin enempiä turpeita pois, jotta rakennustarkastaja saattoi kirjoittaa todistuksen töiden aloittamisesta, mikä oli edellytyksenä valtionosuuksien saamiselle”. (Mönkkönen 1998)

Varsinaisiin rakennustöihin käytiin vasta syksyllä 1985. Rakennushanke oli yksi Mäntän suurimmista, joten sen työllistämisaikutus oli merkittävä. Valtio maksoi kustannuksista hieman yli 40 %. (Mönkkönen 1998.)

Näin Mäntän seudulle rakentui valtion osarahoituksella suuri, hyvin varustettu terveyskeskus ja ennestään alueella oli väestöpohjaan nähden laajat paikalliset erikoissairaanhoidon palvelut. Alueen silloin noin 18 000 asukkaan väestöpohjalle (Kuorevesi, Mänttä ja Vilppula) oli rakennettu myöhempien arvioiden mukaan paljon päällekkäistä palvelukapasiteettia.

”Sairaalan ja terveyskeskuksen välit ovat olleet huonot, sen jälkeen kun terveyskeskuksen vuodeosastot rakennettiin. Ylikapasiteetin syntymiseen vaikutti myös valtion ohjaus; lisäresurssien rakentaminen toi valtion rahaa ja työtä paikkakunnalle.” (sairaalan talousjohtaja, haastattelu 2001)

”Oma käsitys on ollut pitkään, että aluesairaala on ollut yliasemassa ja kehitys on johtanut siihen, että on räkätautikeskus (terveyskeskus) ja ihmisten hoitopaikka (sairaala). Tämä heijastuu pitkälti menneisyydestä. Alun perin sairaalan hallitukseen oli koottu ykkösketjun päättäjiä ja terveyskeskuksen hallintoon kolmosketjun päättäjiä. Yhteistyöongelmana oli mm. laboratorio. Aluesairaalan hinnoittelu oli aikanaan tolkuton, siksi rakennettiin terveyskeskukseen oma laboratorio. Aluesairaala on aina vetänyt kotiin päin.” (kunnanjohtaja, haastattelu 2000)

Mäntän aluesairaalan roolin uudelleen arviointi

Mäntän sairaala on toiminut vuodesta 1952 lähtien, aluksi useamman kunnan paikallissairaalan, vuodesta 1961 itsenäisenä aluesairaalan vuoteen 1991 asti, jolloin se liittyi osaksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä. Mäntän sairaalasta on noin 85 km Tampereelle. Aluesairaalan toimialueen kunnat olivat Kuorevesi, Mänttä, Vilppula, Ruovesi, Virrat, Orivesi, Juupajoki, Längelmäki, Ylöjärvi ja Kuru. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvat Keuruu ja Multia käyttivät sairaalaa erillissopimuksella.

Vuoteen 1992 saakka valtio maksoi sairaalan omistajakuntayhtymälle noin puolet sairaalan kustannuksista. Sairaalan ylläpitoon ja jopa laajentamiseen kannusti sekin, että se merkitsi uusia työpaikkoja alueelle. Kuntien kannalta tilanne

muuttui merkittävästi rahoitusjärjestelmän muuttuessa 1990-luvun alussa toteutetun valtionosuusuudistuksen seurauksena ja 1990-luvun alun laman koittaessa. Aiemmin suoraan sairaalatoimintaan ohjatut valtionosuudet kanavoitiin uudistuksen jälkeen kunnille laskennalliseen palvelun tarpeeseen perustuvana ”korva-merkitemättömänä kokonaisrahoituksena”. Uudistuksen yhtenä tavoitteena oli lisätä kuntien kustannustietoisuutta. Lama pakotti kunnat ja sairaanhoitopiirit keskittymään joiksikin vuosiksi vain akuuteista talousongelmista selviytymiseen (Teperi 2005). Vuosikymmenen puolivälissä alkoi rakenteellisten selvittelyjen kausi, jolloin myös Mäntän aluesairaalan asemaa ja tehtäviä alettiin selvittää.

Aluesairaalan osavastuualueen väestöpohja oli 1998 noin 67 000, sopimus-kunnat mukaan lukien 82 500 asukasta. Tuolloin Kuorevesi, Mänttä ja Vilppula (väestöpohja 16 400) käyttivät kaksi kolmasosaa sairaalan palveluista (Pekurinen ym. 2000).

Sairaalaan oli ollut ajoittain vaikea saada henkilökuntaa, syynä tähän olivat mm. sijainti ja pieni koko. Erityisesti erikoislääkäreiden saanti oli vaikeaa. Sairaalan vuosituotanto vaihteli 1990-luvulla jopa 20 % vuodesta toiseen lääkäreiden määrän vaihdellessa. Tämä synnytti palvelujen ostajissa epäluottamusta palvelujen toimitusvarmuudesta. (Sairaanhoitopiirin johtaja, haastattelu 2000.)

Vuonna 1995 Mäntän sairaalan toiminnasta valmistui selvitys- ja kehittämisohjelma. Sen perusteella sairaalan palveluvalikoimaa monipuolistettiin ja nykyai-kaistettiin, samalla sairaansijat vähenivät 100:sta 80:een. (Pirkanmaan sairaanhoi-topiiri1998.)

Vuoden 1998 alussa Mäntän aluesairaalan johtokunta päätti lopettaa synnytysten sekä synnytysten ja naistentautien leikkaustoiminnan viikonloppuisin. Päätöksen vaikutuksia haluttiin selvittää työryhmässä ja samalla saada sairaalalle kehittämisohjelma. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri1998.) Työryhmä ehdotti alue-sairaalan elinvoimaisuuden tukemiseksi uutta toimintamallia. Sisätautien, kirur-gian ja korvatautien palveluja ehdotettiin lisättäväksi. Toimintaa ehdotettiin myös järjeitettävän lopettamalla yöaikainen leikkaustoiminta ja yhdistämällä laborato-riotoiminta TAYS:n kanssa. Selvitykseen on kirjattu, ettei Mäntän seudun terveys-keskus ole kiinnostunut laboratoriotointojen yhdistämisestä. Yhteisenä toimin-tana mainitaan vain päivystys sekä lääke- ja materiaalihuolto.

Syksyllä 1999 valmistui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimeksiannosta teh-ty esitys Mäntän aluesairaalan uudeksi kehittämisohjelmaksi vuonna 2000 (Pir-kanmaan sairaanhoitopiiri 1999). Raportissa päädyttiin epäsuorasti ehdottamaan aluesairaalan liittämistä perusterveydenhuollon yhteyteen, mutta sitä pidettiin muilta paikkakunnilta saatujen kokemusten perusteella ongelmallisena. Irtaantu-minen sairaanhoitopiiristä oli työryhmän saamien tietojen mukaan vaikeuttanut lääkäreiden ja muun erikoiskoulutetun henkilökunnan saamista joissakin sairaan-hoitopiiriin ulkopuolelle jääneissä sairaaloissa. Sairaalan toiminnan vaarantumi-nen nähtiin myös työllisyysuhkana.

Raportissa nostettiin esille alueen terveydenhuollon korkeat kustannukset ja todettiin kustannusten alentamistavoitteen olevan niin merkittävä, että tavoitteisiin päästään vain hallinnollisin järjestelyin. Lisäksi Kuoreveden suunnitteilla ollut liittyminen Jämsään teki hallinnollisten muutosten suunnittelun välttämättömäksi. Ennakoitu liittyminen Jämsään merkitsi siirtymistä Jokilaakson sairaalan ja Keski-Suomen keskussairaalan käyttäjäksi ja irtautumista kuntayhtymästä.

Näkökulmana tässä selvityksessä oli, miten kunnat voisivat lisätä Mäntän sairaalan käyttöä ja samalla vähentää TAYS:n palvelujen käyttöä eli toimeenpanna sairaanhoitopiirin ”toiminta lähelle väestöä” -periaatetta. Ongelmaksi todettiin mm., että läheteitä tuli TAYS:iin suoraan terveyskeskuksesta lähes yhtä paljon kuin alue-sairaalaista, kaikkiaan aluesairaalan läheteiden osuus oli noin kolmannes. Toimintaa lisäävinä ehdotuksina olivat korva-, nenä- ja kurkkutautien päiväkirurgisen toiminnan ja struumakirurgian lisääminen, neurologin kuntoutuksen laajeneminen, anestesiassa tehtävän hammashoidon käynnistäminen sekä Keuruu-Multian terveyskeskuksen palvelujen ostojen lisääminen. Esillä oli myös terveyskeskuksen vuodeosaston siirtäminen aluesairaalaan. Tämä todettiin toiminnallisesti järkeväksi, mutta yksittäisenä muutoksena sen ei nähty tuovan kovinkaan paljoa säästöjä. Työryhmä päätyi ehdottamaan seutukunnan terveydenhuollon palvelurakenteen järjestämisvaihtoehtojen perusteellista selvittämistä.

Raportista antamissaan lausunnoissa Mäntän ja Kuoreveden kuntien johtajat olivat tyytymättömiä siitä, ettei raportti sisältänyt konkreettisia toimenpide-ehdotuksia kustannusten alentamiseksi (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 1999). Neljä pääkäyttäjäkuntaa ja sairaanhoitopiiri olivatkin käynnistäneet jo uuden selvityksen suunnittelun (Pekurinen ym. 2000).

2.2 Terveydenhuoltoalueen perustaminen

2.2.1 Ulkopuolinen selvitysmies

1990-luvulla Mäntän seudun kuntien (Mänttä, Kuorevesi ja Vilppula) vaikea rahoitustilanne, terveydenhuollon ja vanhustenhuollon korkeat kustannukset, väestön väheneminen sekä vanhusväestön suhteellisen osuuden kasvu loivat kunnissa tarpeen palvelujärjestelmän uudistamiselle.

Mäntän seudun kunnat ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri antoivat vuoden 2000 alussa selvitysmiehen tehtäväksi selvittää alueen terveydenhuollon järjestelyt ja ehdottaa uudistuksia, joilla kuntien terveydenhuollon menot saadaan lähemmäksi Pirkanmaan kuntien keskitasoa. Kunnat käyttivät vuonna 1998 terveydenhuoltoon asukasta kohti 170–330 euroa enemmän kuin muut Pirkanmaan kunnat ja 120–270 euroa enemmän kuin maassa keskimäärin. Myös kuntien vanhustenhuol-

lon menot olivat hyvin korkeat. (Pekurinen ym. 2000.⁷) Lisäksi pohdintaa vauhditti esille noussut Kuoreveden kuntaliitos Jämsään. Tilanne edellytti sekä palvelujen sopeuttamista että palvelujen turvaamista palvelutarpeiden kasvaessa.

Selvityksessä muutostarvetta ja -valmiuksia paikannettiin toteuttamalla keskeisten kuntavaikuttajien haastattelukierros, jonka tavoitteena oli selvittää Mäntän aluesairaalan ja Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymän käyttäjäkuntien ja palvelujen tuottajien näkemyksiä alueen terveydenhuollon ongelmista ja vahvuuksista, kuntien tulevista palvelutarpeista sekä aluesairaalan, terveyskeskuksen ja vanhustenhuollon kehittämistarpeista. Lisäksi selvitettiin terveyspalvelujen kehittämiseksi asetettavia reunaehtoja (parannettavat ja säilytettävät asiat), suhtautumista vaihtoehtoisiin organisaatiomalleihin ja valmiuksia toteuttaa uusia innovatiivisia ratkaisuja. Haastateltavina oli yhteensä 62 henkilöä, Kuoreveden, Mäntän ja Vilppulan johtavia virkamiehiä ja luottamushenkilöitä, Mäntän aluesairaalan, Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymän ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtavia luottamushenkilöitä ja viranhaltijoita, Mäntän ja Vilppulan vanhustenhuollon johdon edustajia, henkilöstön edustajia sekä Mäntän aluesairaalan muiden käyttäjäkuntien ja terveyskeskusten virkamiesjohtoa. (Pekurinen ym. 2000.)

Haastatteluissa (2000) perusongelmana ja tärkeimpänä syynä palvelujärjestelmän uudistamistarpeelle pidettiin yksimielisesti terveydenhuollon ja vanhustenhuollon korkeita kustannuksia. Keskeiseksi tavoitteeksi Mäntän seudun kuntien terveydenhuollon tuleville muutoksille asetettiin kustannusten saaminen Pirkanmaan keskitasolle sopeuttamalla palvelut tarvetta vastaaviksi. Myös kokonaisnäemyksen saamista Mäntän seudun terveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta pidettiin keskeisenä. Lisäksi tärkeiksi tavoitteiksi asetettiin terveydenhuollon eri tasojen ja kuntien yhteisen suunnittelun käynnistäminen.

Haastateltujen mukaan muutoksen tarpeellisuus oli yleisesti tunnustettu jo pitkään. Jatkuva julkinen keskustelu erityisesti Mäntän sairaalan asemasta ja tulevaisuudesta oli synnyttänyt runsaasti epävarmuutta ja haitannut kaikkien paikallisten terveyspalvelujen tuottajien toimintaa jo vuosia. Kaikki asianosaiset toivoivat nopeita ratkaisuja. Muutos ei kuitenkaan saisi huonontaa joustavaa palvelujen saantia, jota pidettiin korkeista kustannuksista huolimatta suurena etuna. Pidettiin myös tärkeänä, että tuleva ratkaisu takaa mahdollisimman hyvin lääkärien saannin sekä terveyskeskukseen että aluesairaalaan ja että ammattitaitoinen ja sitoutunut muu henkilökunta säilyy paikkakunnalla.

Kehittämistarpeista nousi ensisijaiseksi palvelujen tuottajien yhteistyön parantaminen sekä suunnittelussa että hoitoketjujen toiminnassa. Näiden taustatekijänä on halu kehittää palveluja kysynnän ja tarpeen mukaisiksi ja poistaa päällekkäisyydet palvelujen tuotannossa.

⁷ Tilastoanalyysi toteutettiin analysoimalla väestökehitys, terveyspalvelujen tarve, palvelujen käyttö, menot ja kustannukset sekä tuottavuus.

”Aloitin tehtävissäni 1985. Tuolloin terveyskeskuksen ja aluesairaalan johtavat lääkärit eivät pystyneet keskustelemaan keskenään. Aikaisemmin oli terveyskeskuspuolue ja aluesairaalamuolue. Yhteistyö on parantunut vuosien mittaan.” (terveyskeskuksen johtava lääkäri 2000)

”Ollaan puheväleissä (aluesairaala ja terveyskeskus). On reviiirikysymyksiä ja usein rahakysymyksiä, kuka hoitaa mitäkin toimintaa ja mitä potilaita. Poliitiikka tulisi olla selkeä. Toimitaan veronmaksajien varoilla. Tarvitaan yhteistä omistajapolitiikkaa ja toimintaa isommalla maantieteellisillä alueilla. Miten toiminta saataisiin tehokkaammaksi ja taloudellisemmaksi. Sopimusohjauksen myötä on päästy keskustelemaan kunnankin suuntaan.” (aluesairaalan johtava lääkäri 2000)

Haastattelujen yhteenveto tiivisti reunaehdot ja tavoitteet, jotka Mäntän seudun terveydenhuollon järjestelyjen tulee täyttää. Näitä tavoitteita käytettiin arviointikriteereinä toteutettavan mallin valinnassa. Arviointikriteerit olivat seuraavat:

Talous ja voimavarat

- Terveysmenot Pirkanmaan keskitasolle
- Lääkärien saatavuus turvattu
- Koulutusmahdollisuudet säilyvät
- Ammattitaitoinen henkilökunta voidaan säilyttää
- Voimavarojen joustava käyttö

Toiminta

- Työpaikkana houkutteleva
- Sovittu porrastus toteutuu
- Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntien yhteistyö toteutuu
- Perustuu järkevään työnjakoon

Palvelujen saatavuus ja laatu

- Erikoissairaanhoidon palvelut säilyvät paikkakunnalla
- Palvelut saadaan läheltä joustavasti

Muut tekijät

- Elinvoimainen nykyisellä väestöpohjalla
- Innovatiivisuus

Haastattelujen ja ohjausryhmäkeskustelujen perusteella nostettiin perusteellisempaan tarkasteluun viisi erilaista tapaa järjestää terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut Mäntän seudulla. Tarkastellut järjestämismuotokhdot olivat seuraavat:

- 1) Nykymalli (aluesairaala ja terveyskeskus toimivat erillisinä organisaatioina)
- 2) Terveyskeskuksesta ja aluesairaalamuodostetaan Mäntän ja Vilppulan ylläpitämä terveydenhuollon kuntayhtymä

- 3) Terveyskeskuksesta, aluesairaalasta ja kuntien vanhustenhuollosta muodostetaan Mäntän ja Vilppulan ylläpitämä terveydenhuollon kuntayhtymä
- 4) Terveyskeskuksesta ja kuntien vanhustenhuollosta muodostetaan terveydenhuollon kuntayhtymä, aluesairaalasta muodostetaan Tampereen yliopistollisen sairaalan klinikoiden paikallinen toimipiste
- 5) Terveyskeskuksesta ja aluesairaalasta muodostetaan sairaanhoitopiirin tulosyksikkö eli terveydenhuoltoalue.

Tarkastellut järjestämismallit poikkesivat toisistaan erityisesti sairaanhoitopiirin roolin ja kuntien vanhustenhuollon mukaan kuulumisen suhteen. Vaihtoehdot 2 ja 3 tarkoittivat sairaanhoitopiiriin vetäytymistä paikallisten erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta. Vaihtoehto 2 oli alueen päättäjille melko tuttu, koska naapurikunta Jämsä oli toteuttanut kyseistä mallia jo useita vuosia. Kansallisehkikin uutena asiana vaihtoehdossa 3 oli kuntien vanhustenhuollon liittäminen osaksi terveydenhuollon kuntayhtymää. Vaihtoehdoissa 1, 4 ja 5 sairaanhoitopiiri olisi jäänyt toimijana paikkakunnalle, mutta sairaanhoitopiirin rooli oli eri vaihtoehdoissa erilainen. Vaihtoehto 4 olisi merkinnyt sairaanhoitopiirin roolin kevenemistä aikaisempaan verrattuna, mutta se olisi mahdollistanut erikoissairaanhoidon tehtäväkentän laajenemisen paikkakunnalla. Vaihtoehto 5 merkitsi sairaanhoitopiiriin tehtäväpiiriin laajentamista tavalla, joka olisi Suomessa uutta.

Arviointikriteerien perusteella esitettiin, missä määrin kukin malli todennäköisesti edistää tavoitteen saavuttamista, muut ulkopuolelta vaikuttavat tekijät otettiin annettuina. Monien malleille asetettujen tavoitteiden toteutumisen ei sinänsä voinut olettaa olevan suoraan sidoksissa valittavaan toimintamalliin. Tavoitteista monet olisi voitu periaatteessa toteuttaa ilman muutosta, mutta eri toimintavaihtoehdoissa tavoitteiden saavuttaminen saattoi olla helpompaa tai vaikeampaa. (Pekurinen ym. 2000.)

Kriteereiden perusteella suoritettun arvioinnin sekä ohjausryhmässä ja prosessointiseminaareissa käytyjen keskustelujen perusteella kuntapäättäjät valitsivat mallin 5. Mallin koettu innovatiivisuus ja sairaanhoitopiirin valmius ottaa kokonaisvastuu paikallisesta terveydenhuollosta olivat selvityksen ohjausryhmässä käytyjen keskustelujen mukaan keskeisimmät syyt valintaan. Mallia pidettiin myös keinona säilyttää erikoissairaanhoidon palvelut paikkakunnalla ja mallin toteuttamisen kautta arveltiin varmistettavan henkilöstön saatavuus. (Pekurinen ym. 2000.)

Selvitysvaiheen haastatteluissa ja prosessointiseminaareissa vuonna 2000 nostettiin useasti esille vanhustenhuollon palvelujen järjestäminen yhdessä terveydenhuollon palvelujen kanssa. Arviointikriteereissä tämä tavoite konkretisoitui tavoitteina erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntien yhteistyöstä, toimivasta hoidon porrastuksesta ja järkevästä työnjaosta. Huoli vanhustenhuollosta korostui keskusteluissa, koska vanhusväestö tarvitsee terveydenhuollon palveluja suhteessa eniten.

Haastattelujen mukaan tärkein peruste jättää vanhustenhuolto terveydenhuoltoalueen ulkopuolelle oli se, että tuolloin terveydenhuoltoalue olisi vienyt reilusti yli puolet kuntien budjeteista ja se olisi aiheuttanut tarpeen käynnistää keskustelu kuntien yhdistämisestä. Koska arveltiin, että tällaisen keskustelun käynnistäminen estäisi tarvittavien muutosten toteuttamisen, päädyttiin monien haastateltujen mukaan (2001) taktisista syistä ratkaisuun, että vanhustenhuolto jätetään pois.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus pyysi Mäntän ja Vilppulan kunnilta kannanottoa selvitysmiehen tekemään ehdotukseen tammikuun 18. päivään 2001 mennessä. Kunnat kannattivat selvitysmiehen ehdotuksen toteuttamista esitetyllä nopealla aikataululla. Kuoreveden kunta liitettiin osaksi Jämsän kaupunkia vuoden 2001 alusta, mutta alustavasti oli sovittu (Sopimus terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta Kuoreveden kunnan asukkaille, luonnos 2000), että sen asukkaat käyttävät perusterveydenhuollon palveluja myös jatkossa. Vuosi 2001 oli uuden organisaation valmisteluvuosi. Muutosjohtaja valittiin maaliskuussa 2001. Uusi organisaatio aloitti toimintansa 1.1.2002.

Sairaanhoitopiirin kannalta oli riski jatkaa Mäntän sairaalan toimintaa pienen väestöpohjan, pitkään jatkuneiden erikoislääkärien saatavuusongelmien ja palvelujen kalleuden johdosta. Riski haluttiin kuitenkin ottaa, koska samanaikaisesti sairaanhoitopiirissä suunniteltiin uutta strategiaa, johon sisältyi aluesairaaloiden toiminnan ja alueellisten prosessien vahvistaminen. Sairaanhoitopiirin kannalta Mäntän seudun terveydenhuoltoalue oli pilotti, jossa muutettiin myös sen käytäntöjä ja ajattelutapaa. (Haastattelut 2005.)

2.2.2 Ehdotettu toimintamalli

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus päätti kokouksessaan 23.1.2001 (HALL 23.1.2001 § 4) kuntia sekä aluesairaalan ja kansanterveystyön kuntayhtymiä kuuluttamaan perustaa selvitysmiehen ehdotuksen mukaisesti Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen yhdistämällä Mäntän sairaalan ja Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymän palvelut. Terveydenhuoltoalue toimisi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin itsenäisenä tuloksikkonä. Kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajista koottu ohjausryhmä määrättiin käynnistämään uudistuksen valmistelu ja valmistelemaan terveydenhuoltoalueen muutosjohtajan valinta. Vuosi 2001 sovittiin valmisteluvuodeksi. Uudistettu organisaatio käynnistyi vuoden 2002 alusta. Sairaanhoitopiirin hallituksen päätös toimeenpanon tavoitteista ja periaatteista olivat seuraavat:

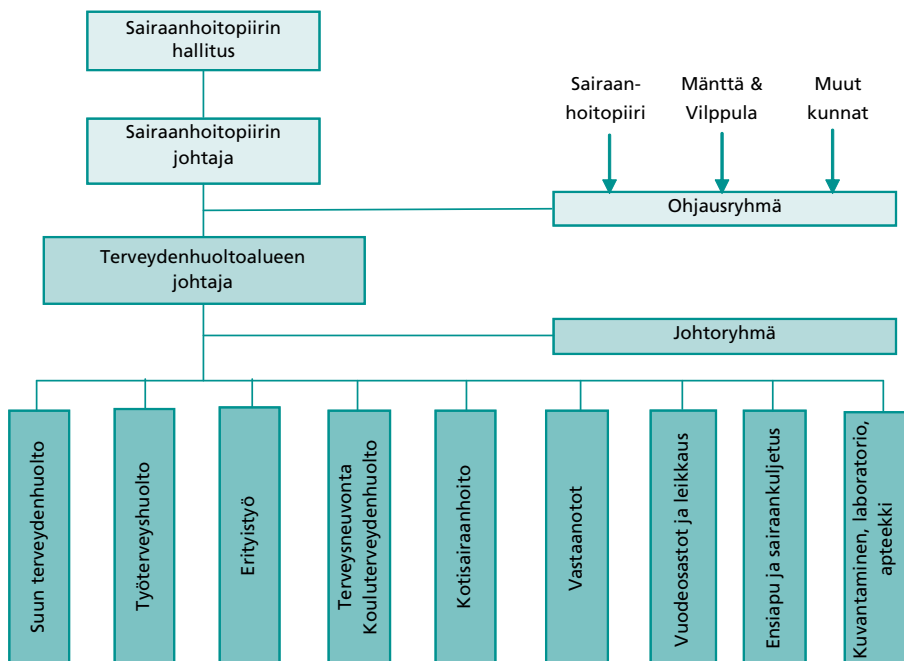
- 1) Kuntien tarveakioiduille terveystmenoille (euroa/asukas) asetetaan tavoitetaso (Pirkanmaan, koko maan tai muu taso), joka pyritään saavuttamaan yksikön toimenpitein sovitun ajan kuluessa.
- 2) Toiminnot mitoitetaan väestön tarpeita ja sopimuskuntien tilauksia vastaviksi sovitun ajan kuluessa.
- 3) Henkilöstö mitoitetaan toiminnan edellyttämälle tasolle sovitun ajan kuluessa.

- 4) Pöällekkäiset terveysteskuksen, aluesairaalan ja kuntien toiminnot yhdistetään.
- 5) Yhdistettävien toimintojen henkilöstö mitoitetaan toiminnan edellyttämälle tasolle.
- 6) Henkilöstö otetaan mukaan muutosten suunnitteluun toteuttamisen alusta alkaen.

Terveydenhuoltoalueen väestöpohja oli käynnistämävaiheessa perusterveydenhuollon osalta noin 13 000 ja erikoissairaanhoidon osalta noin 70 000. Sairaanhoidopiirin hallituksen päätöksessä muille Ylä-Pirkanmaan kunnille varattiin mahdollisuus halutessaan liittyä terveydenhuoltoalueeseen.

Päätöksen mukaan terveydenhuoltoalue vastaa kaikista terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta Mäntän ja Vilppulan asukkaille sekä entisen Mäntän aluesairaalan ja Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymän palvelujen tuottamisesta muille kunnille sovitusti.

Perustamispäätöksessä (HALL 23.1.2001 §4) määriteltiin myös terveydenhuoltoalueen organisaatiomalli (kuvio 1). Terveydenhuoltoalueella on tulosvastuullinen johtaja, jota johtoryhmä avustaa. Johtaja vastaa toiminnasta sairaanhoidopiirin johtajalle, ylin päättävä toimielin on sairaanhoidopiirin hallitus. Terveydenhuoltoalueen toimintaa ohjaa ja suuntaa *ohjausryhmä*, johon alussa kuuluivat Mäntän



Kuvio 1. Terveydenhuoltoalueen organisaatiomalli

kaupunginjohtaja ja kaupunginhallituksen puheenjohtaja, Vilppulan kunnanjohtaja ja kunnanhallituksen puheenjohtaja, sairaanhoitopiirin johtaja, henkilöstön edustaja ja terveydenhuoltoalueen johtaja esittelijänä. Perustamispäätöksen yhteydessä sovittiin myös, että muut kunnat voivat alkuperäisen tavoitteen mukaisesti liittyä terveydenhuoltoalueeseen niin halutessaan, siksi ohjausryhmämalliin jätettiin ”varaus” tätä varten. Sosiaali- ja terveysministeriön edustaja päätettiin kutsua ohjausryhmän jäseneksi. Päätöksessä sairaanhoitopiirin johtaja määrättiin toimimaan ohjausryhmän puheenjohtajana.

Ohjausryhmän tehtävänä oli ohjata ja suunnata terveydenhuoltoalueen toimintaa kuntien ja sairaanhoitopiirin kesken vuosittain sovittavien määrällisten, toiminnallisten, sisällöllisten, laadullisten ja taloudellisten tavoitteiden mukaisesti.

Taulukossa 2 on esitetty tiivistävä yhteenveto Mäntän seudun terveydenhuollon kehityksestä alkaen Mäntän sairaalan perustamisesta 1952 ja päättyen terveydenhuoltoalueen toiminnan vakinaistamiseen 2006.

Taulukko 2. Mäntän sairaalasta Mäntän seudun terveydenhuoltoalueeksi, tiivistävä yhteenveto keskeisistä muutoksista 1952–2006

	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Mäntän sairaala perustetaan	1952					
Mäntän sairaalasta aluesairaala		1961				
Kansanterveystyön kuntainliitto			1973			
Terveyskeskuksen vuodeosasto				1985		
Mäntän aluesairaalaasta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin aluesairaala					1991	
Valtionosuusuudistus, rahoitus- ja järjestämisvastuu kunnille					1993	
PSHP:n selvitys aluesairaalan toiminnasta ja ehdotus sen kehittämiseksi					1995	
PSHP:n selvitys ja ehdotus aluesairaalan elinvoimaisuuden tukemiseksi					1998	
Synnytykset ja synnytys- ja naistentautien toiminta viikkotoiminnaksi					1998	
Synnytystoiminta loppuu Mäntän aluesairaalassa					1999	
Kirurgian ja naistentautien osasto yhdistyvät lyhythoito-osastoksi					1999	
PSHP:n selvitys ja esitys Mäntän aluesairaalan kehittämisohjelmaksi 2000					1999	
Ulkopuolinen selvitysmies, ehdotus terveydenhuoltoalueen perustamiseksi						2000
Terveydenhuoltoalueen valmisteluvuosi						2001
Terveydenhuoltoalueen toiminta käynnistyy						2002
Arvioinnin tulosten perusteella alustava päätös vakinaistaa THA:n toiminta						2005
Terveydenhuoltoalueen toiminta vakinaistetaan						2006

Terveydenhuoltoalueen perustaminen merkitsi sitä, että sairaanhoitopiiri otti vastattavakseen alueen väestön kaikista terveydenhuollon palveluista. Terveydenhuolto haluttiin nähdä erillisistä laeista huolimatta yhtenä kokonaisuutena. Samalla luotiin pohjaa terveystaloudelle, jossa terveystalouden (sairaanhoitopiiri) vastaisi alueen terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä yhtenä kokonaisuutena. Terveystalouden voi alueellisesti jakaantua aluesairaaloitten tai pienten keskussairaaloitten ympärille muodostettuihin terveydenhuoltoalueisiin. (Pekurinen ym. 2000, Pekurinen ym. 2006.)

Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoaluetta käsitellään analyysin näkökulmien vaihtuessa viidellä erilaisella tavalla:

- 1) Terveydenhuoltoalue poliittisen tahdon ilmaisuna: Monien selvitysten ja käytännön rahoitusongelmien johdosta kävi ilmeiseksi, että kritiikki päällekkäisestä palvelutarjonnasta ja tarpeesta vähentää menoja on otettava todesta ja ryhdyttävä pohtimaan uusia ratkaisuja. Kuntien välittömässä hallinnassa olevan kansanterveyskuntayhtymän toimintaan ja päällekkäiseen palvelutarjontaan ei kyetty tai haluttu puuttua ja erikoissairaanhoidon palvelut haluttiin säilyttää paikkakunnalla. Terveydenhuoltoaluetta pidettiin ratkaisuna kuntien rahoitusongelmiin ja sen nähtiin myös tarjoavan mahdollisuuden palvelujärjestelmän välttämättömien rakenteellisten uudistusten toteuttamiseen.
- 2) Terveydenhuoltoalue poliittisen ohjauksen muutoksena: Keskitetyn voimavaro-ohjauksen aikana vuoteen 1992 asti kunnat olivat tottuneet suunnittelemaan terveydenhuoltoa rakentamisen ja virkojen perustamisen kautta, koska valtio rahoitti merkittävän osan toiminnan kustannuksista. Uusien virkojen perustamista pidettiin kunnan talouden kannalta toivottavana vielä 1990-luvun alun lamavuosina, koska niiden myötä saatiin ”hyviä” veronmaksajia ja virkojen nettokustannukset jäivät kunnille vähäisiksi. Siirtyminen menoperusteisesta laskennallisesta valtionosuuteen vuodesta 1993 alkaen siirsi rahoitusvastuun kunnille. Terveydenhuoltoalue oli rahoitusvaikeuksiin joutuneille kunnille keino muuttaa terveydenhuollon poliittista ohjausta keskittämällä päätöksenteko- ja ohjausvaltaa kuntapäätäjille ja saattaa terveydenhuollon kokonaisuus yhden päätöksentekoprosessin käsiteltäväksi ja yhden johtajan alaisuuteen.
- 3) Terveydenhuoltoalue tavoiteltavien muutosten mahdollistajana: Tavoitteista keskeisin oli terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menotason alentaminen Pirkanmaan keskitasolle; tämä ajateltiin saavutettavan poistamalla päällekkäisyyksiä, turvaamalla henkilöstön, erityisesti lääkäreiden, saatavuus ja erikoissairaanhoidon palvelujen säilyminen alueella.
- 4) Terveydenhuoltoalue organisaationa, joka tarjoaa mahdollisuuden terveydenhuollon (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon) ja vanhustenhuollon toimintaprosessien ja palvelujen yhteensovittamiseen.

- 5) Terveydenhuoltoalue uudenaikaisena toiminnan, talouden ja henkilöstösuunnittelun keinona.

2.3 Terveydenhuoltoalueen suhde keskeisiin kansallisiin uudistushankkeisiin

Kansallinen terveyshanke

Valtioneuvosto asetti syyskuussa 2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Hankkeessa paneuduttiin valtion ja kuntien ohjaussuhteeseen sekä koko palvelujärjestelmän toimivuuteen uudella tavalla.

Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö ja työnjako, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatiot ja toimijoiden erilaiset toimintatavat nostettiin työryhmämuistiossa palvelujärjestelmän keskeisiksi ongelmiksi, jotka lisäävät kustannuksia, heikentävät palvelujen laatua ja vaikeuttavat henkilökunnan rekrytointia. Pieniä toimintayksiköjä pidettiin haavoittuvina erityisesti henkilöstön saatavuuden, toiminnan laadun ja rahoituksen kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.) Ehdotus korostaa lähipalveluina tuotettavien perusterveydenhuollon palvelujen ensisijaisuutta, asiakaslähtöisyyttä, työnjakoa ja päällekkäisyyksien poistamista eri hallinnon alaisuudessa toteutettavasta erikoissairaanhoidosta sekä hoitoon pääsyn turvaamista. Seuraavassa on tiivistetty tämän tutkimuksen kannalta keskeisimmät palvelujen järjestämistä koskevat ehdotukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002):

Ehdotuksena on, että terveydenhuollon *lähipalvelut* järjestetään toiminnallisena kokonaisuutena riittävän suurelle, 20 000–30 000 asukkaahan väestöpohjalle. Lähipalvelut tuotetaan lähellä kuntalaisia ja ne koostuvat perusterveydenhuollon toiminnoista ja alueilla, joilla se on tarkoituksenmukaista, perustason erikoispalveluista. Kunnan koosta riippuen palvelut tuotetaan kuntakohtaisesti tai seudullisena yhteistyönä. Toiminnallinen kokonaisuus luo edellytykset 12–18 lääkärin toiminnalle. Yhden lääkärin väestöpohjaksi määritellään 1 500–1 800 asukasta, jos paikkakunnalla ei ole korvaavia yksityislääkärin palveluja.

Vanhustenhuolto on terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistä aluetta, ja se tulisi tuottaa niin, että hallinnolliset rajat eivät aiheuta päällekkäisyyttä tai väliinpuotoamista. Ympäri vuorokautista laitoshoidon vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä dementiapotilaiden hoitoa voidaan toteuttaa seutukunnallisena yhteistyönä. Myös mielen-terveys- ja päihdepalvelujen tarve tulee huomioida vanhusten palveluja suunniteltaessa.

Aluesairaalat ja niitä ympäröivien kuntien perusterveydenhuolto muodostavat luontevan pohjan *terveydenhuoltoalueeksi* kutsuttavalle toiminnalliselle kokonaisuudelle. Terveysthuoltoalue tuottaa perusterveydenhuollon lähipalvelujen lisäksi ne perustason erikoissairaanhoidon palvelut, jotka pystytään tuottamaan kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. Yhteistyömuotona voi olla *terveydenhuoltoapiiri*, jolla tarkoitetaan sairaanhoitopiiristä ja sen alueella tuotettavista lähipalveluista muodostuvaa kokonaisuutta.

Kunta- ja palvelurakennemuutos

Peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministerityöryhmä käynnisti kunta- ja palvelurakennemuutos -hankkeen toukokuussa 2005. Hankkeen tavoitteena oli valmistella uudistusehdotuksia, joiden tuloksena nykyisin kuntien vastuulla olevat palvelut saavat riittävän vahvan rakenteellisen ja taloudellisen perustan niiden järjestämisen ja tuottamisen turvaamiseksi tulevaisuudessa siten, että niiden laatu ja vaikuttavuus, saatavuus ja tehokkuus sekä teknologinen kehittäminen on otettu huomioon. (Sisäasiainministeriö 2005.)

Hankkeen alussa käytiin laajaa keskustelua kuntalaisten palveluista ja tulevaisuuden haasteista alueellisesti organisoituissa seminaareissa ja työryhmissä. Peruspalveluohjelmaa valmistellut ministerityöryhmä hyväksyi keskustelujen pohjaksi kolme muutosmallia, joiden avulla arveltiin saatavan aikaiseksi riittävän suuret muutokset, jotta lähitulevaisuuden haasteisiin pystyttäisiin vastaamaan. Suunnitteluvaiheen muutosmallit olivat peruskuntamalli, piirimalli ja aluekuntamalli (Peruspalveluohjelman ministerityöryhmä 2005).

Peruskuntamallissa tavoitteena oli muodostaa esimerkiksi työssäkäyntialueista vähintään 20 000–30 000 asukkaan kuntia, joilla on palvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuu. Siirtymävaiheessa kunnat muodostaisivat *peruspalvelupiirin*, jolle siirrettäisiin peruspalvelujen järjestämisvastuu; väestöpohjan tulisi kuitenkin olla vähintään 20 000 asukasta. Erikoissairaanhoidon palvelut ja sosiaalitoimen erityispalvelut muodostettu peruskunta tai peruspalvelupiiri tilaisi sairaanhoitopiiriltä tai muilta palvelujen tuottajilta kilpailumahdollisuuksia hyödyntäen. Peruskuntia olisi noin 80–100.

Piirimallissa tavoitteena oli muodostaa vähintään 100 000 asukkaan, mieluummin 150 000–200 000 asukkaan alue, jossa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon integroidaan samaan organisaatioon. Piirin tarkoituksena ovat toimintojen järjeistämisen ja tuottavuuden kohottaminen. Sosiaali- ja terveysthuoltoon siirretään palveluiden järjestämisvastuu ja sen toimintaa voidaan laajentaa kattamaan myös muita palveluja, kuten opetustoimen palveluja. Piiri toimii ensisijaisesti tilaajan roolissa, mutta sillä voi olla myös omaa palvelutuotantoa. Sosiaali-

li- ja terveystieteiden jaetaan *palvelualueisiin*, joiden vähimmäisväestöpohja on 20 000 asukasta. Lähipalvelut voidaan tuottaa hajautetusti paikallisten tarpeiden mukaan. Kuntien valitsevat poliittiset päätöksentekijät päättävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkosta ja menokehityksestä. Sosiaali- ja terveystieteiden olisi noin 15–20.

Aluekuntamallissa Suomeen muodostettaisiin 20–25 aluekuntaa, joiden väestöpohja olisi 200 000–250 000 asukasta, nykyiset kunnat toimisivat *lähikuntina*. Palvelujen järjestämisvastuu olisi aluekunnilla, mutta palvelut tuotetaan hajautetusti paikallisten tarpeiden ja edellytysten mukaan. Verotus ja valtionosuudet tulevat aluekunnille. Aluekunta voi delegoida palveluja lähikunnalle, joka tuottaa ne tuotteistettuna sopimusohjausjärjestelmän pohjalta. Aluekuntien ja lähikuntien valtuustot valitaan suoralla kansanvaalilla.

Sisäministeriön toteuttaman kyselyn mukaan peruskuntamalli sai aluehallinnon vastauksissa suurimman kannatuksen ja nykyisten peruskuntien pohjalle rakentava toimintamalli koettiin paremmaksi kuin piirimalli tai aluekuntamalli. Peruskuntamallin 20 000 asukkaan väestöpohjaa kritisoitiin ja peruskunta nähtiin useimmin nykyisenä kuntajaotuksena. Vastausten mukaan myös kuntatyyppi vaikuttaa siihen, miten kuntaliitoksiin suhtaudutaan. Kahden kunnan yhdistymisissä yleensä pienempi on haluttomampi yhdistymään. Myös kasvavien kaupunkikeskusten naapurikunnat eli ns. kehyskunnat ovat haluttomia osallistumaan seutukuntaa koskevaan yhdistymishankkeeseen. Myös pitkät matkaetäisyydet ja pitkät aikaetäisyydet heikentävät yhdistymishalukkuutta. (Sisäasiainministeriö 2006.)

Puitelain (PARAS-laki) hyväksyminen eduskunnassa vuoden 2007 alussa merkitsi siirtymistä hankkeen uudistuksen suunnitteluvaiheesta täytäntöönpanon valmisteluvaiheeseen, joka jatkuu vuoden 2008 loppuun.

Lain toteuttamisen keinoina esitetään, että kuntarakennetta vahvistetaan kuntia yhdistämällä ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. Palvelurakenteita vahvistetaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Toiminnan tuottavuutta parannetaan myös tehostamalla kuntien toimintaa palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007, 5 6 §.)

Kunnan ja yhteistoiminta-alueen muodostaminen: Kunnan tulee muodostua työssäkäyntialueesta tai muusta sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta. Kunnat voivat myös perustaa toiminnallisia kokonaisuuksia, yhteistoiminta-alueita toteuttamaan laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta.

Laajan väestöpohjan edellyttämät palvelut: Laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan erikoissairaanhoidolain (1062/1989) 7. §:ssä lueteltuihin kuntayhtymiin, joihin jokaisen kunnan tulee kuulua. Kuntayhtymän tulee vastata erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluista kunnan osoittamassa laajuudessa. Kunnat voivat antaa kuntayhtymille muita kuin niille erikseen säädettyjä tehtäviä, kuten laajaa väestöpohjaa edellyttäviä sosiaalihuollon erityispalveluja.

Terveydenhuoltolakityöryhmän ehdotukset terveyspalvelujen järjestämiseksi

Vuoden 2007 kesäkuussa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti työryhmän valmistelemaan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain yhdistämistä laiksi terveydenhuollosta. Työryhmän ehdotus valmistui kesäkuussa 2008 (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008). Matti Vanhasen II hallituksen ohjelman ja PARAS-lain mukaisesti työryhmän tuli kiinnittää lain valmistelussa erityistä huomiota mm. perusterveydenhuollon vahvistamiseen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumattomaan yhteistyöhön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön.

Työryhmä ehdottaa, että maassa voitaisiin soveltaa kahta vaihtoehtoista mallia terveyspalvelujen järjestämisessä. Ensimmäisen vaihtoehtoon (kuntiin, yhteistoiminta-alueisiin ja sairaanhoitopiiriin perustuva malli) mukaan kunta voisi järjestää kansanterveystyön itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa muodostamalla yhteistoiminta-alueen. Sairaanhoitopiiri (vähintään 150 000 asukasta) vastaa erikoissairaanhoidosta. Terveydenhuollon integraatio toteutuu mallissa, kun osa perustason erikoissairaanhoidosta ja erikoissairaanhoidon konsultaatioista toteutetaan kunnassa tai yhteistoiminta-alueella. Toisessa mallissa (terveyspiiri) kunnat muodostavat terveyspiirin, joka vastaa sovitusta osasta erikoissairaanhoidosta. Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitopiirien ja terveyspiirien määrä olisi yhteensä enintään 20 ja että perustettava terveydenhuollon neuvottelukunta tekisi ehdotuksen erityistason sairaanhoidon keskittämisestä.

Työryhmän linjauksissa korostuu terveydenhuollon palvelujen integraatio, mutta ehdotetut mallit on valittu niin, että myös sosiaalipalvelut voidaan järjestää niiden mukaisesti.

Lakiehdotus lähti laajalle lausuntokierrokselle kesällä 2008. Tavoitteena on, että laki tulee voimaan vuoden 2010 alusta ja ehdotetut terveyspalvelujen isot rakenteelliset muutokset tulevat voimaan vuoden 2013 alusta lähtien.

Terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen aluelähtöisesti

Suomessa on 1990-luvulla toteutettu monia terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseen tähtääviä toimenpiteitä, joiden tavoitteena on ollut parantaa kuntalaisten saamia palveluja ja samalla säästää kustannuksissa. Monet uudistamiskokeilut koskevat aluesairaalan liittämistä terveyskeskukseen. Tavoitteena näissä yhdistymisissä on ollut kustannustehokkuuden ja kuntien vaikutusmahdollisuuksien parantaminen. (Pekurinen ym. 2000.) Palvelurakennetta on monissa kunnissa uudistettu myös liittämällä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi. Tällöin tavoitteena on ollut parantaa palvelujen sujuvuutta ja kustannustehokkuutta. (Rintala ym. 1997.) Palvelurakennetta on muutettu myös erikoissairaanhoidon sisällä. Tästä on esimerkkinä Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon organisaatioiden yhdistyminen tavoitteena parantaa kustannustehokkuutta päällekkäisyyksiä karsimalla.

Aluesairaaloiden ongelmia on usealla paikkakunnalla ratkaistu joko liittämällä ne perusterveydenhuollon kuntayhtymään, siirtämällä isäntäkunnan omistukseen tai sulauttamalla osaksi keskussairaalan toimintaa. Näissä ratkaisuisissa on palvelutuotantoa muokattu jonkin verran, mutta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatiot ja toimintakulttuurit ovat pääosin jääneet ennalleen. Toivottuja taloudellisia vaikutuksia ei näissä ratkaisuisissa ole saavutettu (Pekurinen ym. 2000).

Taulukossa 3 on esitetty kansallisen terveysthankkeen, kunta- ja palvelurakennemuutoksen sekä terveydenhuoltolakitöryhmän vaiheistus ja esimerkkejä joidenkin tämän tutkimuksen kannalta keskeisten terveydenhuollon alueellisten uudistusten ajoittumisesta.

Taulukko 3. Kansallisen terveyshankkeen, kunta- ja palvelurakennemuutoksen ja terveydenhuoltakäytäntöryhmän ehdotusten vaiheistus ja esimerkkejä joidenkin tämän tutkimuksen kannalta keskeisten terveydenhuollon alueellisten uudistusten ajoittumisesta

1993-2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Kansallinen terveyshanke											
	Projektivaihe Täytäntöönpanovaihe											
	Kunta- ja palvelurakennemuutoshanke											
	Uudistuksen suunnittelu Täytäntöönpanon valmistelu Uudistuksen täytäntöönpano											
TERVEYDENHUOLLON LÄHIPALVELUT - kuntakohtaisina tai seudullisina ml. vanhustenhuoto - 20 000–30 000 asukkaan väestöpohja - aluesairaalan ja perusterveydenhuollon yhdistäminen terveydenhuoltoalueeksi - yhteistyömuotona terveydenhuoltopiiri												
ERIKOISSAIRAANHOIDON PALVELUT - sairaanhoitopiirien yhdistäminen tai toiminnallisen yhteistyön ja työnjaon lisääminen - aluesairaalat yhdistetään osaksi keskussairaalan toimintaa, jos ne eivät ole integroituneet seutu- kunnalliseen perusterveydenhuoltoon												
PERUSKUNTAMALLI PIIRIMALLI ALUEKUNTAMALLI												
Terveydenhuoltakäytäntöryhmän ehdotus terveyspalvelujen järjestämiseksi												
Ehdotuksenvalmistelu ja lausunnot Lain voimaantulo ja muutosten valmistelu												
KUNTIIN, YHTEISTOIMINTA-ALUEISIIN JA SAIRAANHOITOPIIRIIN PERUSTUVA MALLI TERVEYSPIIRIMALLI												
1) Jämsä 1993 2) Imatra 1995 1) Pieksämäki 1995 1) Raahen seutu 1996 2) Kemijärvi 1999 1) Forssa 3) Rauma												
1) Malmi (Pietarsaari) 5) Itä-Savon sairaanhoitopiiri (Sosteri) 5) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä (Heimo) 6) Kainuun maakuntakokeilu 7) Sastamalan perusturvakuntayhtymä												
1) Aluesairaalan ja perusterveydenhuollon kuntayhtymän fuusio 2) Aluesairaalan siirtyminen isäntäkunnan omistukseen 3) Aluesairaalan sulauttaminen keskussairaalan toimintaan 4) Aluesairaalan ja terveyskeskuksen muodostama terveydenhuoltoalue,	5) Terveyspiiri / Sosiaali- ja terveyspiiri 6) Kainuun maakunta hallintokokeilu 7) Perusterveydenhuollon ja joidenkin sosiaalipalvelujen kuntayhtymä											

3 AIEMPIA TUTKIMUKSIA

Tässä luvussa rajaudutaan käsittelemään tämän tutkimuksen kannalta relevantteja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia koskevia tutkimuksia painottaen kotimaista yhdistämistutkimusta 1990-luvun alusta lähtien. Kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistymisiä koskevaa tutkimusta on niukasti ja useimmat tutkimuksista painottuvat muutoksen vaikutusten tarkasteluun henkilöstön näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveystoimen sekä aluesairaaloiden ja terveystakeskusten yhdistäminen 1990-luvulla

Sosiaali- ja terveystoimien yhdistämisprosesseja käynnistettiin Suomessa 1980-luvun loppupuolelta lähtien Vapaakunta-kokeilun seurauksena. Alun perin yhdistämisten tavoitteena oli toimintojen ohjattavuuden lisääminen, toiminnan tehostaminen ja palvelujen laadun parantaminen kokoamalla yhden kunnan hallintoyksiköjä suuremmiksi kokonaisuuksiksi (Rintala ym. 1997, Laakso ja Möttönen 2000). Yhdistymispaineet kasvoivat 1990-luvun alun laman myötä ja hallintokuntien yhdistämistä alettiin perustella ennen kaikkea saavutettavilla kustannussäästöillä. Samalla pyrkimyksenä oli lähentää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisiinsa (Kokko ja Lehto 1993). Yhdistymisiä toteutettiin lamavuosina runsaasti, vuoteen 1996 mennessä oli 96 kuntaa yhdistänyt sosiaali- ja terveystoimen (Virnes 1996), ilman että yhdistymisten vaikutuksista oli saatu tutkittua tietoa. Taskisen (2005) keräämien tietojen mukaan sosiaali- ja terveystakeskukset oli yhdistetty 127 kunnassa vuoteen 2004 mennessä. Yhdistämishankkeisiin lähdettiin usein konkretisoimatta tavoitteita ja miettimättä muutosprosessin vaikutuksia esimerkiksi henkilökuntaan. (Virkkunen ym. 1994, Sinkkonen 1993, Rintala ym. 1997, Laakso ja Möttönen 2000.) Yhtenä esimerkkinä poliittisen päätöksen riipeydestä on Jyväskylä, jossa sosiaali- ja terveystakeskukset yhdistettiin vuoden 1989 alussa ja kaupunginhallitus päätti yhdistää myös virastot saman vuoden kesäkuussa. Johtavat viranhaltijat vastustivat niin voimakkaasti ylhäältä tullutta käskyä, että kaupunginhallitus joutui perumaan päätöksensä jo seuraavassa kokouksessaan. Yhdistämisprosessi käynnistyi kehittämisprosessina seuraavana vuonna. (Laakso ja Möttönen 2000.)

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen lisäksi 1990-luvulla monilla paikkakunnilla yhdistettiin myös paikallinen aluesairaala terveystakeskukseen. 2000-luvulla aluesairaaloita on yhdistetty myös toimimaan osana keskussairaala. Toimenpiteillä pyrittiin parantamaan terveydenhuollon kustannustehokkuutta tai kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa paikallisen erikoissairaanhoidon kehittämiseen ja sen

säilyttämiseen paikkakunnalla (Pekurinen ym. 2006). Tutkimustietoa näistä yhdistämisistä on niukasti.

Suomessa oli 1990-luvulla 24 aluesairaala⁸. Vuoteen 2007 mennessä näistä 14 oli fuusioitu terveyskeskuksen kanssa (9) tai liitetty toimimaan osana keskussairaala (5). (Pekurinen ym. 2006.)

Aluesairaaloiden ja terveyskeskusten fuusioissa tai aluesairaaloiden liittämässä kiinteästi osaksi keskussairaaloiden toimintaa on havaittavissa ainakin kolme selkeää kehityssuuntaa. Joillakin alueilla on toteutettu perinteisiä perusterveydenhuollon kuntayhtymän ja aluesairaalan hallinnollisia yhdistämisistä (Jämsä, Pieksämäki, Raahe, Forssa ja Pietarsaari). Paikoin aluesairaaloiden tulevaisuus on ratkaistu liittämällä sairaala aikaisempaa kiinteämmin osaksi keskussairaalan toimintaa (Raisio, Rauman ja Riihimäen aluesairaalat). Viime vuosina on myös lähdetty rakentamaan täysin uutta terveydenhuoltoalueen toimintamallia (Mäntän seutu). (Pekurinen ym. 2006.)

Aluesairaaloiden ja terveyskeskusten yhdistämistä voidaan pitää kahden erilaisen, aiemmin erillisten ja itsenäisten organisaatioiden yhdistämisenä, ja siten ne poikkeavat luonteeltaan kunnan sisällä tapahtuvasta sosiaali- ja terveydenhuollon hallintokuntien yhdistämisestä. Tässä tutkimuksessa kohteena on terveyskeskuk- sen ja aluesairaalan yhdistäminen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi.

Yhdistämistutkimuksesta

Taskinen on väitöskirjassaan (2005) kartoittanut ja analysoinut laajasti organisaatioiden yhdistämistä käsittelevää tutkimusta. Yhdysvaltalaisen yksityisten sairaaloiden fuusioita koskevan tutkimuksen lisäksi vain Suomessa on tutkittu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistymisiä. Taskisen analyysissä tutkimukset on jaoteltu kotimaiseen ja ulkomaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koti- ja ulkomaiseen yksityisellä sektorilla tapahtuneeseen yhdistämistä koskevaan tutkimukseen. Taskisen mukaan tutkittua tietoa organisaatioiden yhdistämiseen liittyvistä ilmiöistä on saatavilla ennen kaikkea yksityisen sektorin organisaatioiden yhdistämistä koskevista tutkimuksista. Tutkimusperinteen alkuvaiheessa oltiin kiinnostuneita ennen kaikkea yhdistämiselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta ja keinoista niiden saavuttamiseksi ja muutosta tutkittiin strategisen johtamisen ja liiketaloustieteen näkökulmista. 1980-luvulla yhdistämistutkimuksen näkökulmat laajenivat koskemaan työntekijöiden kokemuksia sekä erilaisten kulttuurin kohtaamista. Viime vuosina on kiinnostuttu myös erilaisten toimintojen, kuten yhdistymiseen liittyvän eheyden (integraation), saavuttamisesta ja niihin liittyvistä vaikeuksista. Lisäksi halutaan löytää selityksiä sille, miksi yhdistämisprosesseissa ei ole saavutettu niihin kohdistuvia odotuksia. (Taskinen 2005.)

⁸ Espoota ja Vantaata ei ole laskettu mukaan aluesairaalaipaikkakunniksi, vaikka niissä sijaitsevat Jorvin ja Peijaksen sairaalat luokiteltiin aiemmin hallinnollisesti aluesairaaloiksi. Näiden sairaaloiden toiminta vastaa kuitenkin sisällöllisesti vähintäänkin keskussairaala.

Organisaatioiden yhdistämisen onnistumista on tarkasteltu erilaisilla arviointikriteereillä, kuten tavoitteiden saavuttamisella, palvelujen laadun muutoksella tai kustannustehokkuudella. Tutkimusten mukaan suuri osa yritysfuusioista on epäonnistunut, jos onnistumisen kriteereinä käytetään yhdistymiselle asetettuja tavoitteita, kustannustehokkuutta tai markkinoiden hallittavuutta (Field ja Peck 2003).

Tavoitteiden saavuttamista arvioitaessa tuloksiin vaikuttaa muun muassa se, missä vaiheessa arviointi tehdään. Tulokset voivat olla kielteisiä, jos arviointi tehdään alkuvaiheessa, koska muutosprosessiin osallistuneet arvioivat silloin muutosprosessin hankaluutta eivätkä aikaansaata muutosta. (mm. Sabatier 1986a, b, Laakso ja Möttönen 2000.) Mitä pidemmällä aikavälillä arviointi tehdään, sen vaikeammaksi tulee yhdistymisen vaikutusten todentaminen, koska monet muutkin asiat voivat vaikuttaa lopputulokseen. Buonon ja Bowditchin (1989) mukaan tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida aikaisintaan noin kahden vuoden kulluttua yhdistymisestä. Jos yhdistymisen onnistumisen kriteerinä pidetään uuden yhtenäisen kulttuurin omaksumista, sen saavuttaminen voi kestää jopa viisi vuotta. Tämä todettiin muun muassa suomalaisessa Laakson ja Möttösen (2000) tutkimuksessa, joka kosketti Jyväskylän sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä. (Vrt. myös Kinnunen ja Lindström 2005a.) Myös taloudellisten vaikutusten arviointi edellyttää muutaman vuoden seuranta (Pekurinen ym. 2006).

Havaintoja sosiaali- ja perusterveydenhuollon yhdistymistutkimuksesta

Taskinen (2005) on kartoittanut sosiaali- ja perusterveydenhuollon yhdistymistä koskevat tutkimukset Suomessa. Ensimmäiset näistä toteutettiin 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alussa, jolloin selvitettiin lautakuntien yhdistymisen vaikutuksia yhteistyöhön (Kaitalo ja Walls 1978, Kaitalo 1979). Aihepiirin tutkimus lisääntyi 1990-luvun alussa sosiaali- ja terveystoimien yhdistymisten lisääntyessä. Suurin osa tutkimuksesta kohdistui yhdistymisen tarkasteluun henkilöstön näkökulmasta. (Mustonen ym. 1993, Taskinen ym. 1993, Elovainio ja Lindström 1993, Virkkunen 1994, Taskinen 1995, Mauno 1996, Vartiainen 1996, Rintala ym. 1997, Kivinen ym. 1998, Rissanen 1999, Laakso ja Möttönen 2000, Taskinen 2005.) Kahdessa tutkimuksessa kohderyhmänä ovat myös asiakkaat (Kivinen ym. 1998, Rissanen ym. 1999) ja yhdessä kuntien johtohenkilöt (Rintala ym. 1997). Muutosprosessin seuranta tutkimuksia on tehty viisi (Kivinen ym. 1998, Sinkkonen ja Niemelä 1998, Rissanen ym. 1999, Laakso ja Möttönen 2000, Taskinen 2005).

Päätelminä Taskinen (2005) nostaa esille tutkimusten kapeuden sekä kohdealueen että tutkimusotteen näkökulmasta. Vaikutuksia on tutkittu lähinnä työntekijöiden kokemana. Yleisin tutkimuksen kohde on ollut työntekijöiden keskinäinen yhteistyö, joka useimpien tutkimusten mukaan näyttää lisääntyvän vasta pidemmällä aikavälillä, esimerkiksi noin viiden vuoden kuluessa.

Yhdistymisen alkuvaihetta leimaavat useiden tutkimusten mukaan muutoksen aiheuttama ahdistus ja pelko vallan tai arvovallan menettämisestä. Yhdistymisen muiksi haittoiksi ovat henkilöstön näkökulmasta nousseet vastuualueen hämmärtyminen, työtehtävien monimutkaistuminen, ammattiryhmien keskinäiset ristiriidat ja kiistat sekä yhdistetyn organisaation monimutkaisuus, byrokraattisuus ja suuruus. Toisaalta yhdistyminen on nähty myös mahdollisuutena kehittää sosiaali- ja terveystalvveluja.

Pitkällä aikavälillä yhdistämisen on todettu parantaneen yhteistyön edellytyksiä muuttamalla henkilöstön asennoitumista ja lisäämällä toisten yksiköiden ja ammattien työn tuntemista (mm. Rintala ym. 1997, Laakso ja Möttönen 2000). Myös yhteistyö on lisääntynyt ja henkilöstön mielestä se on parantanut hoitoa ja asiakaspalvelua. Organisaation näkökulmasta myönteisinä vaikutuksina on pidetty toimialojen painoarvon nousua, päällekkäisyyksien vähenemistä, yhteistä suunnittelua, koulutusta ja kehittämistä. Ennako-odotukset näyttävät tutkimusten mukaan toteutuneen heikosti. Yhdistyminen ei ole synnyttänyt uudenlaista työn- tai vastuunjakoa eikä moniammatillisia työtapoja. Koska useimmat tutkimukset on toteutettu kyselytutkimuksina, niistä ei selviä, miten merkittäviä työtehtävien uudelleen järjestelyjä yhdistämisen yhteydessä tehtiin vai oletettiin työikäntöjen uudistuvan hallinnollisten muutosten seurauksena.

Suomen sosiaali- terveystalvvelujen järjestämistapa poikkeaa muiden maiden järjestämistavasta. Tämän Taskinen toteaa (2005) selityksenä sille, ettei vastaavaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistymistä koskevaa kansainvälistä tutkimusta ole. Kansainvälisessä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat olleet ennen kaikkea toimintojen integrointi ja koordinointi (esim. van Raak ym. 2003). Näitä tutkimusteemoja ei suomalaisessa sosiaali- ja terveystalvvelujen yhdistymistutkimuksessa toistaiseksi ole juuri käsitelty.

Havaintoja sairaaloiden yhdistämistutkimuksesta

Suomessa merkittävimmät sairaaloiden yhdistämiset on toteutettu lainsäädännöllisten muutosten yhteydessä. 1990-luvun alussa voimaan tulleen erikoissairaanhoidon myötä aiemmin erillään toimineiden keskussairaaloiden, mielisairaaloitten ja aluesairaaloiden kuntainliitot lakkautettiin ja niistä muodostettiin sairaanhoitopiirejä. Sitä ennen myös tuberkuloosisairaalat oli yhdistetty keskussairaaloihin. Näiden hallinnollisten järjestelyjen seurauksena sairaanhoitopiireissä tehtiin myös organisatorisia järjestelyjä ja sairaaloiden yhdistämisiä.

Taskinen (2005) on kartoittanut myös suomalaisten sairaaloiden fuusioita koskevia tutkimuksia, joita hän on löytänyt kaksi. Mielosen (2000) tutkimuksessa kolmen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen sairaalan 1990-luvulla toteutetun yhdistymisen vaikutuksen näkyivät toimintakulttuurien välisinä jännitteinä erityisesti toimintatavoissa, johtamisessa ja henkilöstön ammatillis-

sa identiteetissä. Valtee (1999, 2002) on tutkinut henkilöstön kokemuksia Uudenmaan sairaanhoitopiirin viiden organisaation yhdistyessä 1990-luvulla. Prosessissa mukana olleet kritisoivat tiedotuksen riittämättömyyttä sekä kiireen ja työpaineen lisääntymistä.

Ulkomaista tieteellistä tutkimusta sairaaloiden yhdistymisestä on jonkin verran ja useimmat niistä keskittyvät taloudellisten tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Valtaosa näistä on tehty 1920-luvulta lähtien Yhdysvalloissa, jossa sairaaloiden yhdistyminen on nähty yhtenä kustannussäästöjen keinona. Siellä henkilöstön näkemyksistä ja kokemuksista ja erilaisten kulttuurien kohtaamisesta organisaatioiden yhdistymisessä kiinnostuttiin vasta 1980-luvulla. Suuri osa ulkomaisesta sairaaloiden yhdistymistä koskevista kirjoituksista on kuitenkin ei-tieteellisiä kuvauksia. (Taskinen 2005.)

Sairaaloiden yhdistymiselle on usein asetettu taloudellisia tavoitteita, koska yhdistymisen taustalla ovat usein taloudelliset perusteet (Taskinen 2005). Usein sairaaloiden ja myös muiden organisaatioiden johto yliarvioi yhdistämisellä saavutettavia taloudellisia ja muita etuja. Jos odotukset ovat kovin optimistisia, sairaaloiden tai toimintojen yhdistäminen tulkitaan helposti epäonnistuneeksi (Buono ja Bowditch 1989).

Taskinen toteaa katsauksessaan, että organisaatioiden yhdistämistä asiakkaan näkökulmasta tarkasteleva tutkimus ja tutkimus yhdistymisen vaikutuksesta palvelujen ja hoidon laatuun puuttuvat lähes kokonaan. Taskinen myös tiivistää terveydenhuollon ja yritysten yhdistymistutkimuksissa toistuvasti esiin nousevat teemat, joilla on merkitystä yhdistymisen onnistumisen kannalta. Näitä ovat henkilöstön mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa yhdistämisen suunnitteluun ja myöhempään toteutukseen, puutteellinen ja riittämätön tiedotus sekä erilaisten kulttuurien yhdistämisen vaikeus. (Taskinen 2005.)

Selvitykset aluesairaaloiden ja terveyskeskusten yhdistymisistä

Useimpien aluesairaaloiden ja terveyskeskusten yhdistymisistä Suomessa on johtajien tai asiantuntijoiden ei-tieteellisiä kuvauksia yhdistymisprosessista ja tavoitteiden toteutumisesta omien kokemusten perusteella (esim. Sillanaukee 2004, Puro 2007). Tässä näiden yhdistymisten taloudellisia vaikutuksia tarkastellaan Pekurisen ja kollegoiden (2006) analyysin pohjalta. Yhdistymisiä tarkasteltiin myös luvussa 2, kun terveydenhuoltoaluetta paikannettiin kansallisesta perspektiivistä.

Kokemukset aluesairaalan ja terveyskeskuksen yhdistämisistä ovat pääsääntöisesti myönteisiä, vaikka yhdistämiseen johtaneet syyt ovat olleet hyvin erilaisia ja aina paikallisia (Pekurinen ym. 2006). Joskus fuusioprosessin on käynnistänyt sairaanhoitopiirin ehdotus liittää aluesairaala kiinteäksi osaksi sairaanhoitopiirin toimintaa tai esimerkiksi uhka synnytystoiminnan lopettamisesta. Kunnat ovat pelänneet päättävällään aluesairaala koskevista asioista siirtyvän niiden ulottumat-

tomiin ja päättäneet irrottaa aluesairaalan sairaanhoitopiiristä varmistaakseen sen säilymisen paikkakunnalla ja yhdistäneet sen terveystalokseen. Tutkimuksessa verrattiin näiden paikkakuntien asukasta kohti laskettuja tarvevakioituja terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoja muiden aluesairaalapaikkakuntien vastaaviin menoihin 1993–2004.

Fuusioiden jälkeen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot ovat kehittyneet eri paikkakunnilla epäyhtenäisesti. Vuonna 2004 suhteelliset menot olivat fuusion toteutusta edeltänyttä vuotta alhaisemmalla tasolla (eli asema aluesairaalapaikkakuntien yleiseen tasoon verrattuna parantanut) Mäntässä, Kemijärvellä ja Imatralla, jokseenkin samalla tasolla (suhteellinen asema säilynyt ennallaan) Raahessa, Pieksämäellä, Raumalla ja Riihimäellä ja hieman nousseet (suhteellinen asema heikentynyt) Jämsässä, Forssassa ja Raisiossa. Jämsässä vanhustenhuollon ja Raahessa perusterveydenhuollon korkeat menot nostavat kokonaismenoja selvästi aluesairaalapaikkakuntien ja koko maan yleistä tasoa korkeammiksi.

Tarkastelu osoittaa, että kaikilla niillä paikkakunnilla, joissa aluesairaalan ja terveystaloksen toiminnot on yhdistetty, erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat maan keskitasoa edullisemmat tai enintään keskitasoa. Tämä on jossain määrin yllättävää, koska usein fuusioita on vastustettu sillä perusteella, että erikoissairaanhoidon on odotettu pääsevän fuusioituneessa organisaatiossa toiminnallisesti ja taloudellisesti määräävään asemaan ja siten nostavan terveydenhuollon kustannuksia. Tulosten perusteella ei voi päätellä, onko suhteellisesti edullinen menotaso seurausta hallintomuutoksista vai jostakin muusta.

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot näyttävät useimmilla ns. aluesairaalapaikkakunnilla olevan koko maan keskitason alapuolella tai lähellä keskitasoa riippumatta siitä, toimiiko aluesairaala itsenäisenä vai osana laajempaa kokonaisuutta. Aluesairaalapaikkakuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen tarkastelusta kymmenen vuoden paneeliaineiston perusteella ei voi tehdä pitkälle meneviä päätelmiä siitä, miten kunnan terveydenhuollon menot tulevat kehittymään terveystalokien ja vanhusten palvelujen yhteensovittamisen seurauksena. Yleistävästi voidaan kuitenkin todeta, että fuusion jälkeen aluesairaalapaikkakunnan terveystalot ovat pysyneet kohtuullisina ja olleet enintään aluesairaalapaikkakuntien ja koko maan kuntien keskitasoa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin muodostaminen

Taskinen (2005) tutki Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) muodostamisprosessia henkilöstön oikeudenmukaisuuskokemuksien ja kulttuurien kohtaamisen näkökulmasta ennen ja jälkeen -asetelmassa henkilöstölle suunnatulla kyselytutkimuksella vuosina 2000 ja 2002. Tulosten mukaan yhdistämisprosessissa henkilöstön epäoikeudenmukaisuuden kokemuksia olivat aiheuttaneet erityisesti palkitsemisjärjestelmän eriarvoisuus, aiemmassa organisaatiossa saavu-

tettujen etujen menetykset ja henkilöstöryhmien huono tai eriarvoinen kohtelu. Yhdistämisprosessin menettelytapojen epäoikeudenmukaisuus ilmeni tiedotuksen riittämättömyytenä ja pinnallisuutena, vähäisinä mahdollisuuksina osallistua ja vaikuttaa muutokseen sekä sisäisten muutosprosessien epätarkoituksenmukaisena ajoituksena. Kulttuurien kohtaaminen toteutui moniulotteisesti: Osittain koettiin, että yhdistämisessä alisteisempi oli joutunut omaksumaan vahvemman organisaation kulttuurin. Myös toisen kulttuurin vastustuksesta saatiin viitteitä ja toisaalta viitteitä saatiin myös yhteisen kulttuurin synnystä. Taskisen tutkimus tuotti uutta tietoa yhdistymisprosessissa erityisesti henkilöstölle merkityksellisistä tekijöistä.

Kinnunen ja Lindström (2005a) arvioivat HUS:n muodostamisen vaikutusta johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin hyödyntäen samaa aineistoa kuin Taskinen (2005). Tutkijat toteavat hieman yli kahden vuoden seuranta-ajan lyhyeksi pitävien johtopäätösten tekemiseen. Muutostavoitteiden toteutumista henkilöstö arvioi muutoksen alussa kriittisesti, seurantavaiheessa kriittisyys oli vielä lisääntynyt, myös suhtautuminen muutokseen oli aiempaa kielteisempi. Kielteisten arvioiden selittäjinä olivat muutoksen suuruus ja nopeus sekä kehittymismahdollisuuksien vähäisyys. Kielteisten arvioiden taustalla olivat heikoksi arvioitu muutosprosessin hallinta ja vähäiset mahdollisuudet osallistua muutoksen suunnitteluun. Osa vastaajista koki myönteisenä uudet haasteet ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuden. Muutosjohtamisessa kritiikkiä saivat voimavarojen jakopäätökset sekä henkilöstön kokemana eriarvoinen kohtelu. Myös suunnittelun puute ja tiukka aikataulu saivat kritiikkiä.

Kainuun maakunnan hallintokokeilu

Kainuun maakunnan hallintokokeilu käynnistyi vuoden 2005 alusta. Vuoteen 2012 jatkuvassa kokeilussa maakunta vastaa alueen kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta yhtenä kokonaisuutena. Kokeilussa varhaiskasvatus jätettiin kuntien vastuulle.

Kainuun kokeilusta on tähän mennessä valmistunut kaksi selvitystä (Kauppinen 2003, Airaksinen ym. 2005). Kauppinen (2003) toteutti kyselytutkimuksen Kainuun kuntien poliittisille päättäjille ja virkamiehille maaliskuussa 2003, kaksi viikkoa sen jälkeen, kun eduskunta oli säätänyt hallintokokeilusta. Kyselyn tavoitteena oli selvittää Kainuun kuntavaikuttajien asenteita ja odotuksia maakuntahallinnon kokeilusta näköpiirissä olevan väestömuutoksen näkökulmasta. Kysely toteutettiin sisäasiainministeriön järjestämässä seminaarissa, jonka 120 kainuulaiselle kuntapäättäjälle ja virkamiehelle kyselylomake jaettiin. Vastauksia saatiin 103, ja ne jakaantuivat tasaisesti erikokoisten kuntien sekä poliittisten päättäjiä ja virkamiesten kesken.

Kauppinen (2003) selvityksen yksi johtopäätös on, että ennustetulla väestömäärän muutoksella ei Kainuussa pystytä vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen.

seen. Kuntajohto on hyvin perillä ennakoituista väestömuutoksista. Vastaajista 88 % oli sitä mieltä, että tehtävien kokoaminen maakuntahallinnolle on välttämätöntä, jotta peruspalvelujen tuottaminen voitaisiin turvata pitkällä aikavälillä. Kyselyn perusteella näytti siltä, että kuntajohdolla on valmiuksia tinkiä demokraatiaperiaatteesta, jotta peruspalvelut voitaisiin turvata. Vastaajien mukaan rahoitusvastuun ja järjestämisvastuun eriyttäminen tulee aiheuttamaan kitkaa maakuntajohdon ja kuntien välillä. Vastaajat uskoivat, että lisähenkilökuntaa tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon, ja useimmat (73 %) uskoivat maakuntahallinnon parantavan mahdollisuuksia saada pätevää henkilökuntaa.

Airaksinen ja kollegat (2005) selvittivät haastatteluilla Kainuun hallintokokeilun avaintoimijoiden (N = 47) näkemyksiä hankkeen lähtökohdista ja valmisteluprosessista. Valmistelun onnistumiseen vaikuttivat tutkijoiden mukaan keskeisesti sen kainuulaiset johtohenkilöt ja sisäasiainministeriön toiminta puolestapuhujana. Sektoriministeriöiden suhtautuminen kokeiluun oli hankkeen valmisteluvaiheessa epäluuloista. Erityisesti muutoksen toteuttamistapaan ja aikatauluun suhtauduttiin kriittisesti. Tutkijoiden mukaan ministeriöiden lausunnot heijastavat hallintokokeilun alun luottamuspulaa, kansallisen ja maakunnan poliitikkojen välisen kuilun syntymistä, maakunnallisen hallintokapasiteetin osoittautumista riittämättömäksi ja kokeilun käynnistämiseksi esitetyn aikataulun liiallista tiukkuutta.

Selvityksen mukaan hankkeen valmisteluprosessi oli onnistunut, koska poliittishallinnollinen eliitti Kainuussa ja Helsingissä sitoutui muutokseen ja koska aikataulu oli riittävän tiukka (Airaksinen ym. 2005). Hankkeen valmistelu onnistuttiin viemään läpi keskushallinnon, kuntien ja professioiden vastustuksesta huolimatta, koska valmistelu oli riittävän laaja ja valmisteluun valittiin Kainuussa oikeat henkilöt. Myös maakuntavaltuutettujen näkemykset Kainuun mallista olivat lähtötilanteessa positiivisia.

Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista

Rintala ja kollegat (1997) arvioivat kuntatason sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisen yhdistämisen aiheuttamia muutoksia ja muutosten vaikutuksia sekä yhdistyneissä kunnissa että verrokkikunnissa. Kysely kohdistettiin sosiaali- ja terveystoimen työntekijöille (N = 1 840) niissä 18 kunnassa, joista puolet oli yhdistänyt sosiaali- ja terveystoimen ennen vuotta 1993. Haastateltavina oli hallintonsa yhdistäneiden kuntien johtohenkilöitä yhteensä 26.

Tutkimustulosten mukaan yhdistäminen ei ollut vähentänyt sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoja, mutta oli supistanut henkilöstömäärää sosiaalihuollossa. Henkilöstökyselyn tulosten mukaan hallinnon yhdistyminen loi mahdollisuuksia työntekijöiden välisen yhteistyön tiivistämiseen ja työn uudelleen organisoimiseen. Hallinnonalojen yhdistäminen ei kuitenkaan näyttänyt synnytt-

tävän odotusten mukaisia monisektorisia työtapoja. Tulosten mukaan oikea-aikaisella tiedottamisella, muutosten perusteluilla, muutoksessa annetulla tuella, osallistumismahdollisuudella itseään koskeviin muutoksiin on vaikutusta työntekijöiden sitoutumiseen muutoksessa.

Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalvieluihin

Kivinen ja kollegat (1997) tutkivat, miten sosiaali- ja terveystalvielut vastaavat kuntalaisten tarpeita, odotuksia ja vaatimuksia laman jälkeisenä aikana, jolloin palvelujen rakenne ja tuottamistavat olivat nopeassa muutoksessa. Kyselytutkimuksen kohderyhmänä olivat Kuopion ja Keski-Suomen läänien kaikkien kuntien 16–60-vuotiaat kuntalaiset, 60–80-vuotiaat ikääntyneet ja heidän omaisensa sekä luottamushenkilöt ja viranhaltijat.

Tulosten mukaan kuntalaiset olivat pääosin tyytyväisiä sosiaali- ja terveystalvieluihin. Ajan saannissa terveystalvielulääkärin vastaanotolle ja sosiaali-toimeen on ongelmia erityisesti suurissa kunnissa. Kuntalaisten tiedonsaannissa, osallistumisessa ja vaikuttamisen mahdollisuuksissa on vajeita. Vaikuttamisen muodot eivät aina olleet uskottavia kuntalaisten eivätkä työntekijöiden tai luottamushenkilöidenkään mielestä. Viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden keskinäisen tiedonkulun ongelmat ja näkemuserot näkyivät siinä, että työntekijät ja luottamushenkilöt arvioivat eri tavoin kuntalaisten osallistumista, sosiaali- ja terveystalvielujen tarvetta ja organisaation palvelukykyä.

Kuopion sosiaali- ja terveystalvielujen yhdistäminen

Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystalvielujen yhdistäminen käynnistyi lautakuntien yhdistämisellä vuoden 1993 alussa, toiminnat yhdistettiin vaiheittain seuraavan vuoden alusta. Uudistusta arvioitiin monitoimijaisesti asiakkaiden, poliitikkojen, eri työntekijäryhmien, viranhaltijajohdon, kuntalaisten ja koko organisaation näkökulmista. (Sinkkonen ja Niemelä 1998.)

Taskisen ja kollegoiden (1995) kyselytutkimus kartoitti henkilöstön näkemyksiä ennen sosiaali- ja terveystoimen yhdistymistä. Tulosten mukaan yhdistämisprosessin alkuvaiheessa korostuivat muutoksen aiheuttama epätietoisuus, epävarmuus omasta asemasta, tehtäväalueesta ja työn sisällöstä tulevaisuudessa. Myös kaikki muutosvastarinnan muodot, kuten pelot, uhkakuvat, ahdistuneisuus, ja turvattomuus sekä kriittisyys itse uudistuksen toteutustapaan, tulivat esille tutkimuksessa. Henkilöstö arveli kuitenkin uudistuksella olevan myönteisiä vaikutuksia palvelujen käyttäjille.

Neljäntenä yhdistymisen jälkeisenä vuonna 1997 toteutetun seurantatutkimuksen mukaan mikään sosiaali- ja terveystoimelle asetetuista tavoitteista ei ollut toteutunut niin, kuin uudistuksen alussa oli ennakoitu (Taskinen ym. 1998, Taski-

nen 2005). Parhaiten olivat toteutuneet seuraavat kolme tavoitetta: 1) toiminnan itseohjautuvuuden lisääntyminen, 2) kyky tunnistaa moniongelmaiset asiakkaat ja ehkäistä tarpeetonta moniasiakkuutta sekä 3) moniammatillisen työskentelyn parantaminen. Huonoimmin tavoitteista arvioitiin toteutuneen 1) rakenteeltaan selkeän, suppean ja matalan organisaation luomisen, 2) sosiaali- ja terveystoimien sisällöllisen yhdistymisen sekä 3) päätösvalan laajojen siirtojen. Yhdistymisen kielteisiä sivuvaikutuksia olivat organisaation epäselvyys, maantieteellisten vastualueiden välisen koordinaation puute, toimialojen ja alueiden välinen kilpailu voimavaroista, yhteistyön ja ilmapiirin heikkeneminen sekä erityisesti terveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta terveydenhuollon ammattilaisten syrjäyttämisen aluejohtajien valinnassa ja tilaratkaisuissa. Hallinnossa toimivien lähtötilanteen erittäin positiivinen asennoituminen oli seurannassa muuttunut kriittiseksi ja pessimistiseksi.

Seurantatutkimuksen tiivistävinä johtopäätöksinä (Sinkkonen ja Niemelä 1998) nostetaan esille kahdeksan seikkaa: 1) yhdistämisellä oli sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia, 2) henkilöstön alkuvaiheen positiiviset odotukset eivät kaikin osin täyttyneet, tämä näkyi pettymyksenä, erityisesti keskijohdon suhtautuminen oli muuttunut kielteiseksi, 3) henkilöstö arvioi palvelukyvyyn, palvelujen koordinoimisen, itseohjautuvuuden ja moniammatillisuuden lisääntyneen, 4) heikoiten olivat toteutuneet organisatoriset ratkaisut, 5) yhdistymiseen oli liittynyt tarpeettoman paljon valtataistelua, organisoimisen epäselvyyttä ja ilmapiirin heikkenemistä, 6) psykososiaalisen työn uudelleen organisoimista pidettiin erittäin myönteisenä uudistuksena, 7) asiakkaiden arvio palveluista ja niiden laadusta oli hieman parantunut, mutta uudistuksen vaikutus asiakastyytyvyyden myönteiseen kehitykseen oli vaikea osoittaa, 8) uudistus toteutettiin syvän laman jälkeisenä aikana. Tutkimus jättää avoimeksi kysymyksen, oliko sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ollut ensisijaisesti yritys sopeutua taloudellisen tilanteen heikkenemiseen, vai haluttiinko yhdistämisellä esimerkiksi parantaa palveluja ja tehostaa toimintaa. Taskisen (2005) tutkimuksen mukaan muutos työtavoissa ja ajattelumalleissa oli vähäistä.

Jyväskylä

Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisprosessi käynnistyi Jyväskylässä ylhäältä alaspäin suuntautuvana prosessina, kun kaupunginhallitus päätti yhdistää virastot muutaman kuukauden valmistautumisajalla vuonna 1989. Päätös jouduttiin kumoamaan virkamiesten vastustuksesta johtuen, mutta prosessi käynnistyi kehittämisprosessina (alhaalta ylös -lähestymistapa) seuraavana vuonna. Kehittämishankkeesta tuli pitkä ja monivaiheinen ja uusi organisaatio tuli voimaan viisi vuotta kaupunginhallituksen ensimmäisen päätöksen jälkeen. Laakso ja Möttönen (2000) tutkivat uudistamisprosessia kolme kertaa toteutetuilla henkilöstökyselyil-

lä (uudistamisprosessin aikana 1991 ja sen jälkeen 1996 ja 1999) sekä osallistuvalla havainnoinnilla. Tutkijat nostavat muutosta arvioidessaan esille keskeisenä ongelmana uudistuksen suunnittelemattomuuden. Kaupunginhallituksen päätös tuli virastoille yllätyksenä ja eri vaiheisiin edettiin aina miettimällä, mitä seuraavaksi tehdään ilman kokonaissuunnitelmaa yhdistymisprosessin etenemisestä.

Tutkimuksen johtopäätöksenä Laakso ja Möttönen (2000) esittävät, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen koski pääasiassa organisaation johtamista ja muutti lähinnä vain ohjaamis- ja johtamisjärjestelmää. Suuri osa henkilöstöstä ei nähnyt yhdistämisellä olevan myönteisiä eikä kielteisiä vaikutuksia. Tämä tarkoittanee, että muutos ei koskenut lainkaan töiden uudelleen organisointia tai moniammatillisten työkäytäntöjen lisääntymistä. Organisaatioiden yhdistäminen merkitsi käytännössä hallinnollista yhdistymistä. Asiakkaan hoito parani vastanneiden mielestä yhdistetyssä organisaatiossa jonkin verran, kun sosiaali- ja terveystoimi oppivat tuntemaan toistensa työtä paremmin.

Karjaa

Karjaan kaupungin perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelutuotanto siirtyi Folkhälsanin vastuulle lokakuussa 1998. Malli, jossa koko perusterveydenhuollon tuotantovastuu on kolmatta sektoria edustavalla järjestöllä, on Suomessa ainutlaatuinen.

Laamanen kollegoineen (2005) on tutkinut karjaalaisten luottamushenkilöiden näkemyksiä perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen tuottajan valinnasta ja sopimusneuvotteluista, tuotantomallille asetettujen tavoitteiden toteutumisesta sekä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluista kyselytutkimuksella vuonna 2004. Tutkimukseen valituista 42 luottamushenkilöstä 28 vastasi kyselyyn. Vastaajien mielestä palvelujen tuottajan valintaan olivat vaikuttaneet eniten virkamiesten, poliitikkojen ja väestön mielipiteet (noin 40 %), jokin verran henkilökunta, Suomen Kuntaliitto, tiedotusvälineet ja järjestöt. Kaikki terveyskeskukselle asetetut tavoitteet olivat toteutuneet erittäin tai melko hyvin, parhaiten terveyskeskuksen maineen parantaminen ja terveyskeskuspalvelujen kehittäminen. Sen sijaan vapaaehtoistoiminnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten toimintakulttuurien yhdistäminen ei kolmanneksen mielestä toteutunut lainkaan. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannukset olivat nousseet vuodesta 1999, ja viidesosan mielestä ne olivat vähentyneet. Vanhustenhuollon kustannusten arvioi kasvaneen kaksi vastaajaa kolmesta ja saman verran oli sitä mieltä, että kustannuksiin ei voi juuri vaikuttaa. Luottamushenkilöt arvioivat uudistuksen toimivuutta myös kouluarvosanoin. Perusterveydenhuollon toimivuus sai kouluarvosanan 7,4, erikoissairaanhoidon 6,5 ja vanhustenhuolto 7,1. Väestön luottamus palveluihin oli luottamushenkilöiden mukaan kouluarvosanalla mitattuna 7,1.

Pekurinen (2007) on tutkinut Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menokehitystä vuosina 1993–2005. Tulosten mukaan Karjaan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvu pysähtyi 1998 eli samana vuonna, kuin perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen järjestämistä vastuu siirtyi Folkhälsanille. Tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat sen jälkeen pysyneet reaalisesti ennallaan. Koko maassa terveydenhuollon ja vanhustenhuollon asukaskohtaiset menot kasvoivat reaalisesti neljänneksen vuosina 1999–2005. Kun Karjaan tarvevakioidut terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteen lasketut menot asukasta kohti olivat vuonna 1998 runsaan viidenneksen koko maan keskiarvoa korkeammat, olivat ne vuonna 2005 yhden prosentin alhaisemmat kuin maan kunnissa keskimäärin.

4 TOIMEENPANOTUTKIMUS

4.1 Toimeenpanotutkimuksen kehittyminen

Toimeenpanotutkimus (implementaatiotutkimus) on alun perin kehitetty valtiollisten poliittishallinnollisten ohjelmien arviointiin. Tutkimussuuntaus sai alkunsa Yhdysvalloissa 1960-luvulla, kun huomattiin, että valtiollisten ohjelmien toimeenpanosta tiedettiin hyvin vähän, ja haluttiin selvittää syitä siihen, miksi ohjelmat eivät toimi (van Meter ja van Horn 1975, Teittinen 1985). Tutkimussuunnan taustalla oli klassinen Woodrow Wilsonin 1880-luvulla esittämä teoria politiikan ja hallinnon erottamisesta: Toimintapolitiikan määrittely on poliitikkojen tehtävä ja toimeenpanosta huolehtii hallinto. (Wilson 1992, alkuperäinen 1887.)

Toimeenpanotutkimusta voidaan tarkastella koulukunnan oman kehityshistorian kautta, jonka Goggin kollegooneen (1990) on jakanut kolmeksi traditioksi, joita hyödynnän seuraavassa teorian tarkastelun lähtökohtana. Toimeenpanotutkimuksen kaksi ensimmäistä sukupolvea, toimeenpanon ongelmallisuuden tunnistaminen sekä ylhäältä alas ja alhaalta ylös -erittely, tarkastelivat, mitä toimeenpano on, kolmas sukupovi tavoittelee kokonaisvaltaisempaa näkökulmaa syntetisoimalla kahden edellisen sukupolven tuloksia.

Tutkimustradition synty, toimeenpanon ongelmallisuuden tunnistaminen

Yhdysvalloissa alkoi muodostua 1970-luvulla julkisten ohjelmien toimeenpanoa tutkiva koulukunta, jonka pioneeriteoksena pidetään Pressmanin ja Wildavskyn vuonna 1973 ilmestynyttä teosta ”Implementation”. Teos käsittelee työllistämishojelman toimeenpanoa, jossa epäonnistumisen syynä oli monen osallistujan koordinaation vaikeus.

Tuon aikakauden tutkimukset olivat lähinnä tapaustutkimuksia, joissa listattiin tehokkaan toimeenpanon ideaalipiirteitä yhteiskunnallisia ohjelmia suunnitteleville tahoille (van Meter ja van Horn 1975, Dunsire 1978a, Mazmanian ja Sabatier 1981). Tutkimustieto ei kumuloitunut, koska selitysmalleja oli runsaasti ja niistä oli vaikea muodostaa yhtenäistä teoriaa. Tunnustusta on kuitenkin annettu sille, että koulukunta nosti esille toimeenpanon kompleksisen luonteen (Goggin ym. 1990a, b).

Tutkimustradition kumuloituminen, ylhäältä alas ja alhaalta ylös -erittely

Tutkimuksen toinen sukupolvi kiinnostui siitä, miksi toiset toimintapolitiikat toteutuvat menestyksekkäästi ja toiset epäonnistuvat. Toimeenpanotutkimus jakaantui kahteen näkökulmaan, jotka olivat ylhäältä alas -näkökulma (Top Down Approach) ja alhaalta ylös -näkökulma (Bottom Up Approach).

Ylhäältä alas suuntautuvan toimeenpanotutkimuksen lähtökohta on hyväksytty toimintapolitiikka (policy decision), jonka toteuttamisen laajuutta, toimeenpanon kestoja ja siinä tehtyjä valintoja tutkitaan (Sabatier 1986b). Toimeenpanon onnistumista arvioidaan vertaamalla toteutunutta toimeenpanoa asetettuihin tavoitteisiin (Goggin ym. 1990a, b). Hietaniemi-Virtasen (2002) mukaan ylhäältä alas -lähestymistavassa on kahdenlaisia tutkimuksellisia päämääriä. Ensinnäkin ollaan kiinnostuneita siitä, minkälaisia poliittisten päätöksentekijöiden tavoitteiden tulisi olla, ja toisaalta korostetaan, että poliittisten päättäjien tulisi tuntea, mitä toimeenpanoprosessissa myöhemmin tapahtuu.

Näille tutkimuksille kritiikkinä syntyi *alhaalta ylös* -lähestymistapa, jossa alataason (paikalliset) toimijat nähdään todellisina ongelman ratkaisijoina. Koulukunnan ajattelu perustuu siihen, että ruohonjuuritasolla on useita organisaatioita toteuttamassa toimeenpanoa ja että ne ovat yhä enemmän riippuvaisia toisistaan tavoitteiden saavuttamisessa. Tämä organisaatioiden keskinäinen riippuvuus vaikeuttaa perinteistä julkishallinnon ohjausta. Samalla myös julkishallinnon kontrollin mahdollisuudet heikkenevät. (Hjern ja Porter 1981.) Alhaalta ylös -lähestymistavassa otetaan huomioon alataason (paikallisten) toimijoiden vaikutus toimeenpanon tulokseen. Alhaalta ylös -lähestymistapa on kehittynyt ennen kaikkea eurooppalaisten tutkijoiden keskuudessa. (Goggin ym. 1990a, b.)

Molempia toisen sukupolven lähestymistapoja on kritisoitu siitä, että niissä toimeenpano oli erotettu toimintapolitiikan määrittelystä ja poliittisesta prosessista. Myös tutkijoiden oletusta toimintapolitiikan selkeydestä ja yksiselitteisyydestä on kritisoitu. Ongelman määrittely ja politiikkapäätös ovat usein poliittisen kompromissin tuloksia, joten toimeenpanevien tahojen voi olla vaikea ymmärtää ongelman ja toimeenpanotehtävän suhdetta, jos ne eivät ole olleet mukana sen muotoilussa.

Kumpikaan lähestymistapa ei ole kyennyt selittämään, miksi toimeenpano toteutuu niin kuin se toteutuu, tai ennustamaan, kuinka toimeenpanijat käyttäytyvät tulevaisuudessa. Kolmannen sukupolven toimeenpanotutkimus on yrittänyt vastata tähän haasteeseen lisäämällä systemaattista tutkimusta. (Goggin ym. 1990a, b, Palumbo ja Calista 1990.)

Uusi toimeenpanotutkimus, kokonaisvaltainen lähestymistapa

Toimeenpanotutkimuksen kolmas sukupolvi pyrkii yhdistämään ylhäältä alas ja alhaalta ylös -lähestymistapojen hyvät puolet. Ensimmäisen ylhäältä alas ja alhaalta ylös -lähestymistapojen synteessin esittivät saksalaiset Knöpfel ja Weider vuonna 1982. Muita synteessin esittäjiä ovat olleet esimerkiksi Elmore (1985), Sabatier (1986a, b), Goggin ym. (1987, 1990a, b) ja Winter (1990). (Esim. Sabatier 1986a, b, Leskinen 2001.)

Elmore (1985) esitti synteessissään, että politiikan tekijä tarvitsee käyttöönsä sekä toimintapolitiikan antamia mahdollisuuksia (forward mapping) että toi-

meenpanevan tahon verkostoa (backward mapping), koska ohjelman menestymisen riippuu näiden molempien lähestymistapojen yhdistämisestä. Elmore antaa ohjeita mm. käytännön politiikan suunnittelijoille, mutta varsinaista mallia hän ei esittänyt. (Sabatier 1986a, b.)

Sabatier (1986a, b) aloittaa synteisin toimintapolitiikan taustalla olevasta politiikkaongelmasta ja kentän toimijoista. Toimintapolitiikka (policy päätös) jää taka-alalle ja tutkimus kohdistuu keskeisten toimijoiden strategioihin ja tapaan toteuttaa asetettuja tavoitteita.

Kolmannen sukupolven tutkimuksissa on erityisesti keskitytty nostamaan tieteellisyyden astetta validoimalla kvantitatiivista tutkimusta sekä pitkäaikais- että vertailevan tutkimuksen hypoteesien testaamista. Tällaisia ovat esimerkiksi aikasarja-analyysit, muun muassa Sabatierin (1986a, b) hyödyntämä sisällönanalyysi sekä verkostooliikki, jonka Hjern (1981) kehitti kollegoineen. (Goggin ym. 1990a, b.) Tulen soveltaen hyödyntämään aikasarja-analyysia ja sisällönanalyysia tässä tutkimuksessa. Aikasarja-analyysia hyödynnän tarkastellessani terveydenhuoltoalueen tavoitteiden toteutumista tilasto- ja rekisteritietojen valossa. Sisällönanalyysia hyödynnän muun muassa analysoidessani haastatteluja ja paikallislehden kirjoituksia.

4.2 Toimeenpanotutkimuksen keskeisiä käsitteitä

Toimintapolitiikka

Politiikan tutkijat nimittävät poliittisen prosessin tuotetta policyksi ja se on keskeinen julkisen sektorin arvioinnin ja siten myös toimeenpanotutkimuksen käsite. Policy-termi on epämääräinen, koska sille ei ole löydetty yhtä suomenkielistä vastinetta. Se on Sinkkosen ja Kinnusen (1994) mukaan käännetty mm. seuraavilla tavoilla: tehtävä ja toimenpidekokonaisuus, toimenpide, toimintaohjelma, toimintapolitiikka, toimintalinja.

Lehto kollegoineen (2006) ehdottaa policy-termin suomenkieliseksi vastineeksi toimintapolitiikkaa ja määrittelee sen ”jonkin vaikutusvaltaisen tahon asettaman tavoitteiden ja niiden saavuttamiseksi määriteltujen keinojen kokonaisuudeksi jokin yhteiskunnallisen toiminnan osa-alueita varten”. Tutkijat muistuttavat, että politiikan käsite sisältää myös englanninkielisen kirjallisuuden politics-termin, joka laajentaa tutkimusnäkökulman käsittämään esimerkiksi myös poliittiset toimijat, heidän monensuuntaiset pyrkimyksensä sekä näiden pyrkimysten toteuttamiseen varatut voimavarat. Tässä tutkimuksessa käytetään suomenkielistä sanaa toimintapolitiikka sen laajassa merkityksessä kattamaan niin itse toimintaohjelman kuin myös sen tavoitteiden määrittelyn poliittisen tason päätöksenä. Sen sijaan poliitti-

sia prosesseja laajemmassa mielessä (esim. puolueiden sisäiset prosessit, miten poliittinen päätöksenteko kunnassa toteutuu) ei tässä tutkimuksessa käsitellä.

Toimintapolitiikka (policy) on poliittisen prosessin (politiikan, politics) seurauksena syntynyt päätös, minkälaiseksi jokin asia on aiottu tai tarkoitettu. Toimintapolitiikka kirjataan tavallisesti poliittisiksi julkilausumiksi, politiikkaohjelmiksi, laeiksi ja rahoituspäätöksiksi. Tässä tutkimuksessa arvioitavan muutoksen kohdalla toimintapolitiikka sisältää sairaanhoitopiirin ja kuntien yhdensuuntaiset päätökset terveydenhuollon alueellisesta uudistamisesta sekä uudistukselle asetettavat tavoitteet. Toimintapolitiikka sisältää menettelytavat, joista on sovittu ja joilla oletetaan olevan vaikutusta määriteltyyn ongelmaan. Tässä tutkimuksessa ohjausryhmä oli määritellyn toimintapolitiikan tulkitsija ja keskeinen toteuttaja. Esitettyä toimintapolitiikkaa seuraa toimeenpano, implementaatio. (Goggin ym. 1990a, b, Virtanen 1994.)

Suomessa ollaan parhaillaan toteuttamassa valtioneuvoston päättämänä merkittävää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan vaikuttavaa politiikkapäätöstä, kunta- ja palvelurakennemuutosta, joka käynnistyi vuoden 2006 alkupuolella ja jatkuu vuoden 2012 loppuun saakka.

Toimeenpano

Toimeenpanolla (implementaatio) tarkoitetaan poliittisen päätöksen toimeenpanoprosessia, jonka toteutumista siitä päättäneet seuraavat. Poliittinen päätös on usein tehty säädöksenä, joka ihannetapauksessa määrittelee toimeenpanon taustalla olevan ongelman, tavoitteet siitä, mitä tulee saada aikaiseksi, ja mahdollisia keinoja toimeenpanon toteuttamiseksi. (Sabatier ja Mazmanian 1981.) Tässä tutkimuksessa arvioinnin kohteena on paikallisen (Mäntän ja Vilppulan poliittisten päättäjien) politiikkapäätöksen toteuttaminen. Toimeenpanosta päätettiin ongelmat esiin tuoneen kehittämislvelityksen ehdotusten (Pekurinen ym. 2000) mukaisesti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus käynnisti toimeenpanon mukana olevien kuntien lausuntojen perusteella (HALL 23.1.2001 § 4).

Pressman ja Wildavsky (1984) määrittelevät toimeenpanon asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen tähtääväksi prosessiksi. Toimeenpano-ohjelman lähtökohdaksi ovat tavoitteet, jotka on asetettu politiikkaa määriteltäessä. Toimeenpanoprosessi muodostuu kaikista niistä toimenpiteistä, joilla asetettavat tavoitteet pannaan toimeen.

Ahonen (1985) tarkastelee toimeenpanoa hallinnon arvioinnin näkökulmasta. Hänen mukaansa julkista toimintaa voidaan tarkastella päätöksentekoprosessina, jossa voidaan erottaa toisistaan vireillepano-, valmistelu-, suunnittelu-, toimeenpano- ja valvontavaiheet.

Hietaniemi-Virtanen (2002) lähtee toimeenpanon määrittelyssä hallintoteoreettisista lähtökohdista, joissa lainsäädäntövalta ja sen toimeenpanosta huolehti-

van hallintovalta erotetaan toisistaan. Tässä merkityksessä hallinnon käsite on lähellä implementaation käsitettä, koska poliittisten päätösten toimeenpano on aina myös hallintoa (Sabatier ja Mazmanian 1983).

Toimeenpanoa voidaan tarkastella *vuorovaikutteisena prosessina*. Yhdellä hallinnon tasolla määritelty toimintapolitiikka siirtyy toimeenpanossa seuraavalle tasolle, joka muodostaa siitä oman toimintapolitiikkansa. Toimijoiden verkostot voivat vaikuttaa toimintapolitiikan muotoutumiseen ja toimintapolitiikan onnistumiseen päätöksenteon kaikissa vaiheissa. Vaikutuskanavat suuntautuvat sekä ylhäältä alaspäin että alhaalta ylöspäin. Toimeenpanoprosessin lopputuloksen tulisi olla esitetyn toimintapolitiikan mukainen, mutta se voi myös poiketa alun perin asetetuista tavoitteista. (Lane 1983, Goggin ym. 1990a, b, Virtanen 1994.)

Lanen (1983) mukaan toimeenpanon toteuttamiseen voi liittyä vaikeuksia, jos toimintapolitiikan ja sen toteuttamisen välillä on epäsuhta. Käytännössä toimeenpanija aktivoi toimintapolitiikan toimiessaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Taulukossa 4 on kuvattu toimintapolitiikan ja toimeenpanon suhteita hyvyys ja huonous -ulottuvuudella. Jos sekä toimintapolitiikka että toimeenpano ovat hyviä, niin mitään ongelmia ei synny, mutta jos toimintapolitiikka on hyvä ja toimeenpano huono, syntyy kontrolliongelmia. Jos toimeenpano epäonnistuu huonon päätöksen vuoksi, niin toimeenpanijaa ei voi siitä moittia. Hyvä toimeenpano voi kuitenkin oikaista huonoa toimintapolitiikkaa ja kompensoida sen puutteita. Toimeenpano voi epäonnistua myös siitä syystä, että sekä toimintapolitiikka että toimeenpano ovat huonoja. Tällöin päätös on toimeenpantu kritiikittä tavoitteita tai sen keinoja arvioimatta. (Ahonen 1985.)

Alun perin toimeenpano nähtiin ylhäällä määriteltyjen toimintapolitiikan tavoitteiden toteuttamisena. Yksinkertaistettuna tämä tarkoittaa sitä, että keskushallinnon poliitikot tekevät viisaita päätöksiä ja palkallistason toteuttajille jää vain mekaaninen täytäntöönpano. Malli korostaa hierarkkista toimintavallan ja -vapauden käsitettä. Käsitteiden toimintavalta ja toimintavapaus taustalla on muodollinen alaisuussuhde, jolloin ylempi taho määrittelee alaisensa toimintavapauden asteen. Weberin (1987) byrokratiateorian mukaan alemmalla tasolla toimitaan ylemmän tason ohjauksessa. Hierarkkisessa organisaatiossa implementaatio on sarja toimenpiteitä, jotka etenevät portaittain alemmalle tasolle delegoiden. Näkökulma ja toimintavapaudet kapenevat sen mukaan, mitä alemmalle tasolle on edetty.

Taulukko 4. Toimintapolitiikan ja toimeenpanon keskinäisiä suhteita (Ahonen 1985)

		Toimintapolitiikka	
		<i>Hyvä</i>	<i>Huono</i>
Toimeenpano	<i>Hyvä</i>	Ei ongelmia	Huonon päätöksen ongelma
	<i>Huono</i>	Kontrolliongelmia	Sekä huonon päätöksen että huonon toimeenpanon ongelma

Majone ja Wildavsky (1979) ovat tarkastelleet toimeenpanoa toimintavapauden näkökulmasta ja esittivät kolme perusmallia, joita myös Elmore (1978) on käsitellyt: kontrollimallin, vuorovaikutusmallin ja kehitysmallin.

Kontrollimallissa (implementation as control) hallinto edistää mekaanisesti ja automaattisen tehokkaasti asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Malli edellyttää tiukkoja ja selviä päämääriä sekä valvontaa, yksityiskohtaisia suunnitelmia ja asenteen muokkausta. Arviointi on passiivista kontrollia ja siinä kiinnitetään huomiota ennen kaikkea tavoitteiden saavuttamiseen. Elmore (1978) kutsuu tätä vaihtoehtoa mekaaniseksi implementaatioksi. Luonteeltaan se vastaa ylhäältä alas toteutuvaa implementaatiomallia.

Vuorovaikutusmallissa (implementation as interaction) toimeenpano on rutiininomaista ja sitä voidaan pitää jopa itsetarkoituksena, jossa ”liike on tärkeä”. Toimintapolitiikka ja tavoitteet ovat toteuttamisessa taka-alalla ”vain sanojen koelmana”. Keskeistä näkemykselle on, että toimeenpano tyydyttää osallistujien sosiaalisia ja psykologisia tarpeita riippumatta toiminnan tuloksista. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, johtaako toimeenpanoprosessi toimeenpanijoiden riippumattomuuteen ja yhteisymmärrykseen päämääristä, sekä luottamukseen itse toimintaa kohtaan. Elmore (1978) korostaa mallissa toimintavapautta, jonka käyttöä valvotaan, sekä rutiininomaisuutta.

Kehitysmalli (implementation as evolution) korostaa tavoitteenmuodostuksen ja toimeenpanon sekä tavoitteiden uudelleen muotoilun ja toimeenpanon vuorovaikutussuhdetta. Malli yhdistää kontrolli- ja vuorovaikutusmallin piirteet ja korostaa tavoitteiden moninaisuutta sekä ristiriitaisuutta ja epämääräisyyttä. Käsitteen mukaan vasta toimeenpanossa määräytyy, mitkä tavoitteet toteutuvat ja miten. Toimeenpano on evolutionääristä, kun se muotoilee toimintapolitiikkaa uudelleen. Elmoren (1978) mukaan silloin organisaatioissa panostetaan yksilön sitoutumiseen ja mahdollistetaan kaikkien osallistuminen. Implementaatioprosessiin liittyy myös päätöksentekijöiden ja toimeenpanijoiden välinen yhteistyö. Kehitysmalli vastaa alhaalta ylös -lähestymistapaan, joka on vahvasti sidoksissa monitoimijaiseen ja itseohjautuvaan toimeenpanoprosessiin ja korostaa toimeenpanevien henkilöiden roolia prosessissa. Prosessin kartoittaminen keskeisiä toimijoita haastatteleamalla on sen vuoksi välttämätöntä.

Terveysthuoltoalueen toimeenpanossa on sekä kontrollimallin että kehitysmallin piirteitä. Päätöksenteko Mäntän seudun terveydenhuoltoalueesta vastasi ylhäältä alas -lähestymistapaa. Vaikka päätös oli selkeä, niin voi olettaa, että sen toteuttaminen vaatii monenlaisten intressien ja tarpeiden yhteen sovittamista ja että lopullinen malli muotoutuu vasta toimeenpanon aikana.

Toimeenpanotutkimus

Toimeenpanotutkimus on 1970-luvulla yleistynyt politiikan tutkimuksen ja julkisen hallinnon tutkimuksen välimaastoon sijoittuva tutkimusalue, jossa tarkastelun keskiössä on toimintapolitiikkojen (public policies) toteuttaminen (Kettunen 1993, Virtanen 1994).

Lanen (1983) mukaan toimeenpanotutkimuksessa politiikkojen toteutumista edistetään arvioinnin avulla. Myös Hjern (1982) katsoo, että toimeenpanotutkimus on julkisen hallinnon arviointia ”uudella nimellä”.

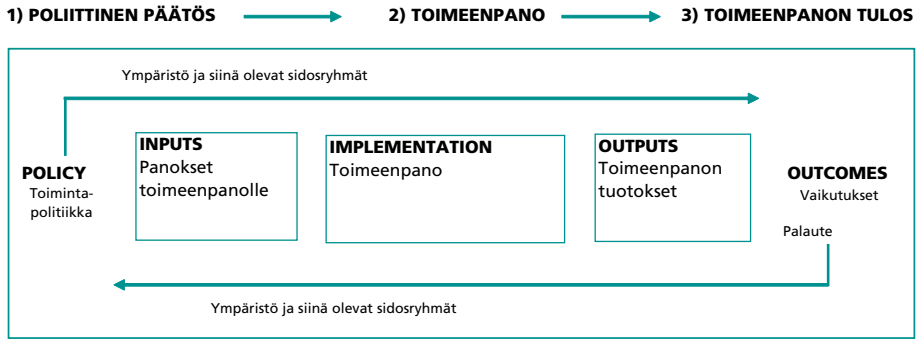
Teittisen (1985) mukaan toimeenpanotutkimusta pidetään valtio-opillisen policy-analyysin muunnoksena, jossa keskeisellä sijalla on ylemmällä poliittisella tai viranomaistasolla määriteltyjen ohjelmien (policy) toimeenpanon esteiden tai puutteiden tarkastelu. Toimeenpanotutkimus keskittyy toimeenpanon vaikutuksiin ja pyrkii selittämään poikkeamia alkuperäisistä tavoitteista toimeenpanoprosessiin sisältyvillä poliittisilla, institutionaalisilla ja sosiaalisilla tekijöillä.

Monien arvioinnin lähestymistapojen mukaisesti myös toimeenpanoteorian taustalla on *systemiteoria*. Toimeenpanotutkimuksessa systemiteoriaa on sovellettu politiikan tutkimuksen lähtökohdista (Sabatier ja Mazmanian 1983, Sinkkonen ja Kinnunen 1994) ja hallintotutkimuksessa sitä on käytetty organisaation, sen osien ja niiden välisten vuorovaikutussuhteiden tunnistamiseen. Myös terveystaloustiede käyttää systemiteoriaa kuvatessaan terveydenhuoltotoiminnan elementtejä ja niiden välisiä suhteita (Sintonen ja Pekurinen 2006).

Dunsire (1978) korostaa, että toimeenpanotutkimuksessa tarkastelun kohteena on, miten toimeenpano toteutuu, eli verrataan toimeenpanoon käytetyn panoksen ja toimeenpanossa saavutetun tuotoksen (output) suhdetta (kuvio 2). Laajemmin määriteltynä toimeenpano merkitsee haluttujen muutosten toteuttamista ympäröivässä maailmassa, jolloin painotetaan suhdetta panoksen ja toimintapolitiikan vaikutusten (outcomes) välillä.

Toimeenpaneva taho (systemi) toteuttaa toimintapolitiikan toimeenpanon prosessina vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Ympäristöllä tarkoitetaan kaikkea sitä, mikä vaikuttaa toimeenpanevan tahon (systemin) toimintaan, mutta on erillistä sen toiminnasta. Systemin ympäristö on siis otettava annettuna, mutta se pitää tunnistaa. Systemi on avoin, jos se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, ja suljettu, jos yhteyksiä ei ole. Avoin systemi ottaa ympäristöstään vaikutteita, prosessoi niitä ja vaikuttaa ympäristöön palauttamalla prosessoinnin tuloksia. (Dye 1987, Anttiroiko ym. 1993, Sinkkonen ja Kinnunen 1994.)

Toimeenpanotutkimuksessa mielenkiinnon kohteena on usein se, missä määrin toimeenpanossa saavutetut tuotokset ja niiden seurauksena olevat vaikutukset vastaavat toimintapolitiikan tavoitteita (inputs). Toimeenpanotutkimuksessa analyysin tulisi tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin lisäksi kerätä päätöksentekijöitä varten tietoa siitä, miten ohjelmaa tulisi kehittää, jotta ohjelma olisi entistä tehokkaampi (palaute). (Lane 1983, Sabatier ja Mazmanian 1983, Sinkkonen 1994.) (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Implementaatio tutkimuskohteena (Hietaniemi-Virtasta 2002 mukailten)

Teoriassa kaikki asetetut tavoitteet on mahdollista saavuttaa, mutta todellisuudessa kaikki tavoitteet eivät toteudu ja toimeenpanossa saavutetaan myös sellaisia tuloksia, joita ei tavoiteltu. On myös mahdollista, että jokin tavoite toteutuu useilla, toisistaan poikkeavilla vaikutuksilla. Toimeenpanon onnistumisen arviointiin vaikuttaa myös, miten arvioija osaa ottaa huomioon toimintaympäristön vaikutuksen implementoinnin toteuttamiseen. Harrinvirta ja kollegat (1998) korostavat lisäksi, että arviointia tulee tehdä useiden sidosryhmien näkökulmista ja erilaisin menetelmin. Onnistuneen arviointiprosessin edellytyksinä tutkijat luettelevat näkökulman ja oikea-aikaisuuden lisäksi sen, että arvioinnin tulee kohdistua toiminnan kannalta keskeisiin teemoihin.

Toimeenpanotutkimuksessa selvitetään, mitä toimeenpanon aikana (”mustassa laatikossa”) tapahtuu, eli tuodaan esille, miten toimeenpanoprosessi on käytännössä toteutunut. Tutkimus on osoittanut, että kokonaisvaltainen tavoitteiden asettelu ei riitä varmistamaan tavoitteiden saavuttamista. Toimeenpanovaiheessa voi ilmetä ongelmia, jotka estävät niiden saavuttamisen ja siksi toimeenpanijat muovaavat toimintapolitiikkaa koko prosessin ajan. Tutkimuksissa on myös todettu, että toimintapolitiikassa määritellyt tavoitteet ymmärretään eri toimijatasoilla eri tavoin. (Palumbo ja Calista 1990.)

Tässä tutkimuksessa toimeenpanotutkimuksen teorioita hyödynnetään soveltaen niitä paikallisen politiikkapäätöksen toimeenpanon arviointiin. Tässä tutkimuksessa toimeenpano nähdään prosessina, joka muodostuu poliittisista ja hallinnollisista päätöksistä sekä niiden toimeenpanosta. Poliittiset luottamushenkilöt tekevät poliittisia päätöksiä, jotka kuntien ylin virkamiesjohto ja sektoriammatillaiset (terveydenhuoltoalueen ammatillaiset) toteuttavat. Terveystoimintaympäristö on toimeenpaneva organisaatio, joka tekee yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa, jotta tavoitteet saavutettaisiin. Toimeenpanon toteutumista tarkastellaan eri toimijoiden näkökulmasta ja sen onnistumista arvioidaan luottamushenkilöiden perustamispäätöksessä asettamien tavoitteiden perusteella.

4.3 Toimintapolitiikan toimeenpanon analyysimalli

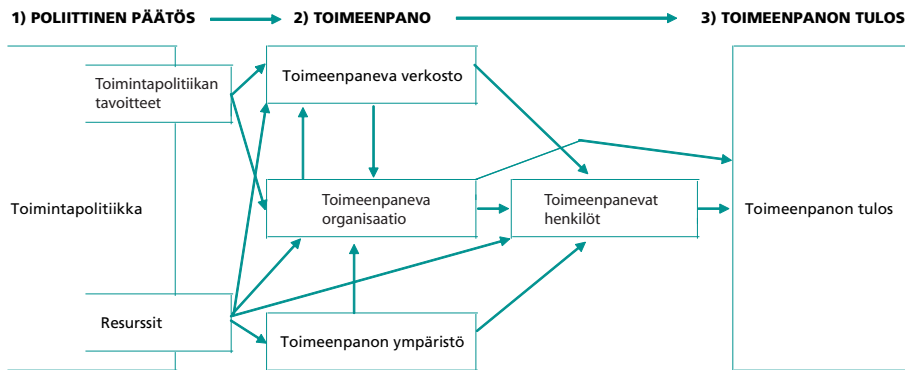
Tässä alaluvussa käsittelem van Meterin ja van Hornin sekä Sabatierin ja Mazmanianin toimintapolitiikan toimeenpanon analyysimallit melko yksityiskohtaisesti, koska tulen hyödyntämään niitä tutkimukseni viitekehyksenä. Teoriat on kehitetty valtiollisten ohjelmien arviointiin ja analyysin toteuttamisen suunta on ylhäältä alas (mm. Hill ja Hupe 2002). Hyödynnän analyysimalleja paikallisen toimeenpanon arvioinnissa, joten joudun soveltamaan malleja omaan käyttöön hyödyntäen molemmista malleista tutkimukseni kannalta olennaisia osia. Seuraavassa käsittelem teorioita yleistäen muutosten analysointimalleina. Soveltaminen tämän tutkimuksen tarpeisiin tapahtuu tutkimuksen viitekehyksen määrittelyn ja tulosten analyysin yhteydessä.

4.3.1 Toimintapolitiikan toimeenpano van Meterin ja van Hornin mukaan

Van Meter ja van Horn esittivät (1975) ylhäältä alas suuntautuvan, substanssista riippumattoman, toimintapolitiikan analysointimallin, jonka tavoitteena oli antaa yhteiskunnallisia ohjelmia suunnitteleville viranomaisille suosituksia siitä, mitä seikkoja toimeenpanossa tulisi ottaa huomioon (Teittinen 1985). Malli antaa tutkimukselleni selkeän analyysikehikon, koska sen taustalla on systeemiteoreettinen ajattelu ja sen perusteella toimeenpano toteutuu vuorovaikutteisena prosessina toimeenpanevan verkoston ja ympäristön kanssa.

Ylhäältä alas suuntautuvassa lähestymistavassa tarkastellaan hierarkkisesta ylempään tason kautta annetun toimintapolitiikan toteutumista alemmilla tasoilla. Siinä toimeenpano nähdään sarjana loogisia askeleita asetetuista tavoitteista toimintaan. Analyysi lähtee tavoitteiden tunnistamisesta ja seuraa niiden toimeenpanoa osoittaen, miten toimintapolitiikan toteuttamisessa on onnistuttu. (Van Meter ja van Horn 1975, Sabatier ja Mazmanian 1980, Winter 1987.)

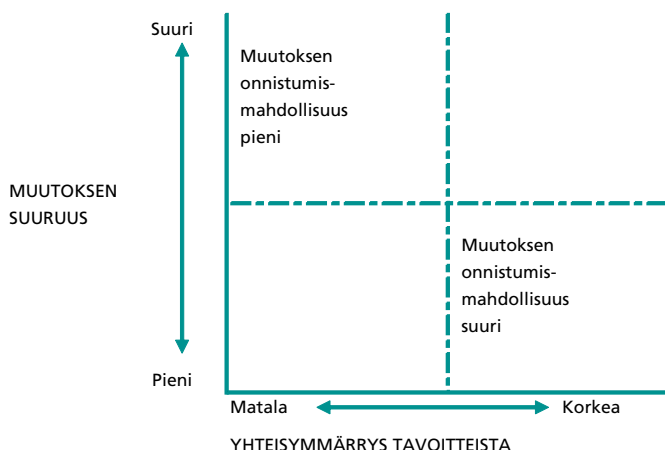
Van Meterin ja van Hornin mallissa (kuvio 3) toimintapolitiikan toimeenpano on jaettu kuuteen prosessin kuluessa toisiinsa vaikuttavaan osatekijään (muuttajaan), jotka muodostavat linkin muodostetun toimintapolitiikan (policy) ja toimeenpanon lopputuloksen (performance) välille. Mallin kehittelyn taustalla vaikuttavat tutkijoiden mukaan organisaatioteoriat ja erityisesti organisaatioiden muutosteoriat ja poliittista päätöksentekoa sekä hallinnon sisäisiä suhteita tarkastelevat tutkimukset (Van Meter ja van Horn 1975). Malli antaa kehyksen toimeenpanon kuvaamiseen ja analysointiin, sitä voi nimittää myös ”vertailevaksi eteenpäin katsovaksi malliksi” (Hill ja Hupe 2002). Mallin avulla on myös mahdollista selittää, miksi tavoitteet on saavutettu, ja paikantaa epäonnistumisen syytä.



Kuvio 3. Toimintapolitiikan toimeenpanoprosessi van Meteriä ja van Hornia mukaillen (1975)

Toimintapolitiikan hyväksyminen (politiikkapäätös) käynnistää toimeenpanoprosessin. Toimintapolitiikassa määritellään toimeenpanon kohde ja tavoitteet. Toimeenpanon luonne vaihtelee politiikkapäätöksen sisällön, siinä asetettujen tavoitteiden ja toimeenpanoon osallistuvien tahojen mukaan. Poliittikkapäätöksen luonnetta voi kuvata muutoksen suuruuden ja tavoitteista saavutetun yhteisymmärryksen ulottuvuuksilla (kuviot 4). Muutoksen suuruutta voidaan tarkastella ainakin kahdella tavalla: Ensinnäkin pienet muutokset toteutuvat todennäköisemmin kuin suuret muutokset. Toisaalta on myös todettu, että muutoksen toteutuminen on todennäköisempää, jos sen toteuttaminen ei edellytä organisatorisia muutoksia. Yhteinen ymmärrys muutoksen tavoitteista saadaan, kun myös toimeenpanijat osallistuvat muutoksen suunnitteluun. Osallistuminen parantaa sitoutumista, selkeyttää muutoksen tavoitteiden ymmärtämistä, vähentää muutoksen vastustusta ja edesauttaa siten muutoksen toteutumista ja toimeenpanon onnistumista. Toteuttajat voivat vastustaa muutosta vain siksi, että se on ulkopäin annettu, ja siksi yhdessä asetettujen tavoitteiden toteuttaminen on tuloksellisempaa. Tutkijat esittävät hypoteesin, että toimeenpano onnistuu parhaiten, jos vaadittava muutos ei ole kovin suuri ja jos muutoksen tavoitteista ollaan mahdollisimman pitkälti yhtä mieltä. Tuloksellinen toimeenpano vaikeutuu, jos toimeenpanijoilta edellytetään suurta muutosta ilman selkeitä, yksimielisesti ymmärrettäviä tavoitteita. Tutkijat painottavat, että yksimielisyys tavoitteista on tärkein onnistuneen toimeenpanon tekijä. (Van Meter ja van Horn 1975.)

Terveysterveystoimialue muodostettiin yhdistämällä kaksi itsenäistä ja erikulttuurista organisaatiota. Muutoksen suuruuteen tai laajuuteen liittyy myös syvyyssulottavuus (Taskinen 2005). Usein suuri ja laaja muutos on myös syvälinen, organisaation syvärakenteita eli kulttuuria muuttava, ja silloin sen hallinta on muutosjohtamisen vaikeimpia tehtäviä (Kinnunen ja Lindström 2005b, Taskinen 2005, Juuti ja Lindström 1995). Muutosta voi tarkastella myös sen suunnitelmallisuuden



Kuvio 4. Toimintapolitiikan vaikutus toimeenpanoon (van Meter ja van Horn 1975)

näkökulmasta. Suunniteltu muutos voi käynnistyä joko organisaation ulkopuolelta (top down), jolloin sitä voidaan kutsua myös uudistukseksi tai reformiksi, tai organisaation sisältä (bottom up), jolloin on kyse enemmän itseohjautuvasta tai jopa vapaaehtoisesta muutoksesta. Suunnitelmallisen muutoksen piirteitä voi Taskisen (2005) mukaan kuvata sen mukaan, tuleeko aloite organisaation ulkopuolelta vai sisältä, ohjataan muutos ylhäältä vai onko se itseohjautuva ja onko muutokseen pakotettu vai onko se vapaaehtoista.

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toteuttamisessa vaadittavaa muutosta voidaan pitää laajana ja syvällisenä muutoksena. Muutos oli suunnitelmallinen, ylhäältä ohjattu muutos, jonka tarve oli tiedostettu kuntien ja sairaanhoitopiiriin lisäksi myös terveyskeskuksessa ja aluesairaalassa. Muutos toteutettiin lähes pakko-tilanteessa, jossa aluesairaalan lakkauttaminen oli reaalinen vaihtoehto, mikä olisi merkinnyt erikoissairaanhoidon palvelujen loppumista paikkakunnalla ja niiden siirtymistä 80 kilometrin päähän Tampereelle. On myös oletettavaa, että muutoksen osapuolet eivät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erilaisista kulttuureista johtuen kokeneet asemaansa yhdenvertaiseksi. Muutoksen toteuttamista helpottivat määritelty aikajänne ja sen vaiheittainen eteneminen. Muutoksen tavoitteista vallitsi kohtuullisen hyvä yhteisymmärrys, mutta toteuttamistavasta (aikataulusta) oltiin erimielisiä.

Politiikkapäätöksessä määritellään toimeenpanon yleiset *tavoitteet ja tavoitetaso* (van Meter ja van Horn 1975) (kuvio 3). Tavoitteiden tulee olla konkreettisia ja selkeitä, jotta ohjelman onnistumista voidaan arvioida. Tarvittaessa niitä voidaan tarkentaa prosessin kuluessa esimerkiksi yleisestä lainsäädännöstä johdetuilla tavoitteilla tai suunnittelu- tai muista tausta-asiakirjoista saaduilla tavoitteilla. Myös eri asiakasryhmien asettamia kriteereitä on mahdollista hyödyntää. Mäntän terveydenhuoltoalueen perustamisen yhteydessä päätettiin, että konkreettiset tavoit-

teet kuntien terveystoimien määrittelyä toimeenpanovaiheen alussa. Koska menojen tavoitetasoa ei politiikkapäätöksen yhteydessä tarkennettu, on mahdollista, että osapuolilla oli jo käynnistymisvaiheessa erilaisia odotuksia toimeenpanon tuloksista.

Politiikkapäätöksen toteuttaminen edellyttää tarvittavien resurssien järjestämistä. Resursseilla tarkoitetaan rahoitusta, tarvittavaa henkilöstöä, henkilöstön osaamista ja toimeenpanon mahdollistavia rakenteita tai olosuhteita. Toimintapolitiikassa määritellyt tavoitteet ja resurssit vaikuttavat toimeenpanon edellytyksiin, toimeenpanevaan verkostoon ja siihen, miten ympäristö suhtautuu toimeenpanoon ja toimeenpaneviin henkilöihin. (Van Meter ja van Horn 1975.)

Tehokkaan *toimeenpanon* edellytyksenä ovat riittävät resurssit ja se, että vastuhenkilöt tietävät, mitä heidän odotetaan tekevän. Asetettujen tavoitteiden tulee olla niin selkeitä ja täsmällisiä, jotta erilaisilta tulkinnoilta voidaan välttyä. Toimeenpano vaikeutuu erityisesti, jos eri toimijatahot viestittävät erilaisia tulkintoja tavoitteista tai niissä onnistumisesta. Selkeät tavoitteet mahdollistavat myös toimeenpanon seurannan ja arvioinnin. Prosessin aikana arvioinnilla voidaan varmistaa, että toiminta kehittyy asetettujen tavoitteiden suuntaisesti, ja tarvittaessa suunnata muutosprosessia uudelleen. Arviointi toimeenpanovaiheen päättyessä antaa palautteen, miten hyvin asetetut tavoitteet on saavutettu. Palautetieto on tärkeää toimintapolitiikan laatijoille, toimeenpanon toteuttajille sekä sen rahoittaneille tahoille. (Van Meter ja van Horn 1975.)

Toimeenpanevan tahon onnistuminen tehtävässään riippuu sekä toimeenpanijoiden osaamisesta että organisaation rakenteellisista tekijöistä. Van Meterin ja van Hornin (1975) mukaan muun muassa sellaiset organisaatiota kuvaavat ominaisuudet, kuten henkilöstön osaaminen ja määrä, organisaation elinvoimaisuus, tiedotuksen avoimuuden aste sekä organisaation viralliset ja epäviralliset suhteet poliittisiin päätöksentekijöihin, vaikuttavat organisaation mahdollisuuksiin saada aikaan toivottuja tuloksia.

Van Meter ja van Horn (1975) ovat myös paikantaneet kuusi *talouteen, yhteiskunnalliseen ja poliittiseen* ympäristöön liittyvää kysymystä, jotka vaikuttavat toimeenpanevan organisaation onnistumisen edellytyksiin:

1. Onko organisaatiolla onnistuneeseen toimeenpanoon tarvittavat voimavarat?
2. Missä määrin ja kuinka vallitseva taloudellinen ja yhteiskunnallinen tilanne vaikuttaa toimeenpanoon?
3. Mikä on julkisen mielipiteen tuen luonne ja kuinka selkeä on poliittinen tuki?
4. Tukeeko vai vastustaako virkamieseliitti toimeenpanoa?
5. Mikä on toimeenpanevan organisaation osaaminen, mikä on merkittävin toimeenpanoa jarruttava tai tukeva tekijä?
6. Missä määrin yksittäiset eturyhmät tukevat tai vastustavat toimeenpanoa?

Toimeenpanijoiden tulee ottaa huomioon kaikki edellä mainitut osatekijät (muututtajat) ohjelman toteutuksessa. Lisäksi *toimeenpanijoiden kykyyn ja sitoutuneisuuteen*

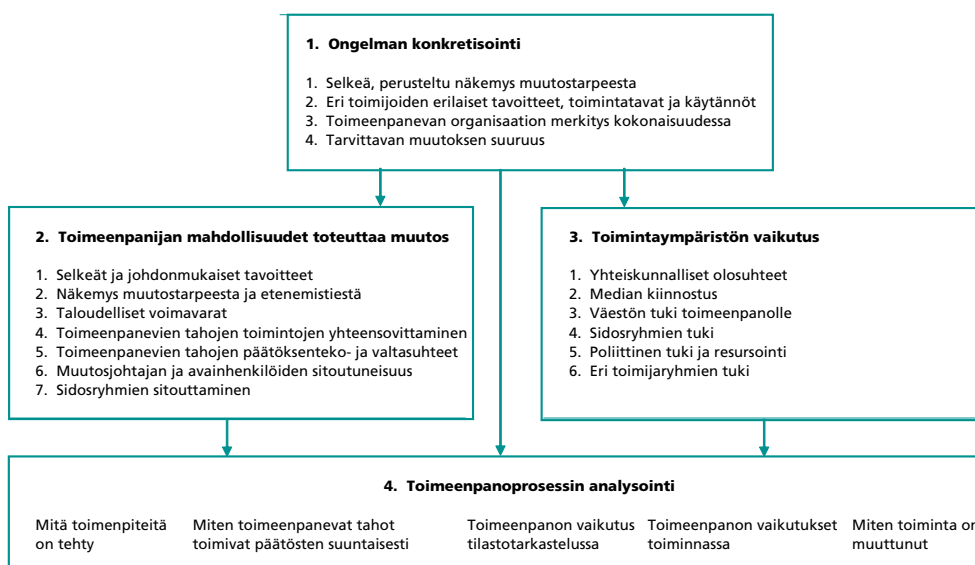
teen toimeenpanna politiikkaa vaikuttaa se, miten he suhtautuvat tehtäväänsä, eli pitävätkö he sitä mahdollisuutena, uhkana vai yhdentekevänä. Sitoutuneisuuteen vaikuttaa myös se, miten he ymmärtävät tavoitteet yleensä ja mitä heiltä niiden saavuttamiseksi odotetaan. Yleisesti on todettu, että ihmisten on vaikea toteuttaa sellaisia asioita, joihin he eivät usko. (Van Meter ja van Horn 1975.)

Tässä tutkimuksessa toimintapolitiikan määrittely, tavoitteet ja siinä määriteltävät voimavarat muodostavat edellytykset toimeenpanolle. Useimmat toimeenpanevien tahojen (sairaanhoitopiiri, kunnat, aluesairaala, terveyskeskus) avainhenkilöistä osallistuivat toimintapolitiikan muotoiluun, joten heillä on mahdollisuus ymmärtää asetetut tavoitteet ja niiden perusteet. Sitoutuneisuutta varmistettiin lisäksi yhteisellä työskentelyllä ohjausryhmässä ja työryhmissä.

4.3.2 Sabatierin ja Mazmanianin esittämä toimeenpanon analyysimalli

Sabatierin ja Mazmanianin (1981) mukaan van Meterin ja van Hornin malli antaa yleiskuvaa siitä, mitkä tekijät tukevat ja mitkä estävät menestyksellistä toimeenpanoa. Heidän mielestään lisäksi tulisi selvittää politiikkapäätöksen ja toimeenpanijoiden käyttäytymisen välistä suhdetta. Puutteena he totesivat myös, että mallin eri osia ei voi kutsua muuttujiksi, joita voitaisiin kontrolloida erilaisilla tekijöillä. Heidän mielestään malli on käyttökelpoinen vain arvioitaessa ohjelmia tai uudistuksia, jotka liittyivät palveluihin tai tavaratuotantoon.

Kritiikin pohjalta Sabatier ja Mazmanian esittivät (1981) implementaatioprosessin analyysimallin (kuvio 5). Heidän mukaansa implementaatioanalyysin kes-



Kuvio 5. Toimeenpanoprosessin vaiheet ja prosessiin vaikuttavat muuttujat. Arviointimalli Sabatierin ja Mazmanianin (1980, 1981) mukaan tätä tutkimusta varten mukailtuna

keinen tehtävä on tunnistaa ne tekijät, jotka vaikuttavat asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen koko prosessin ajan. He ovat jakaneet muuttujat kolmeen ryhmään, jotka ovat ongelman konkretisointi, toimeenpanijan mahdollisuudet toteuttaa muutos ja toimintaympäristön vaikutus.

Ongelman konkretisointi

Sabatierin ja Mazmanianin mukaan (1981) onnistunut toimeenpano edellyttää *selkeää ja perusteltua näkemystä muutostarpeesta* ja sitä, että ongelman ratkaisemiseksi on olemassa selkeä suunnitelma (causal theory). Vain silloin voidaan saavuttaa poliittisessa päätöksessä asetetut tavoitteet. Toimeenpanosta aiheutuu kustannuksia osallistuville tahoille ja välillisesti myös veronmaksajille, ja niitä on vaikea perustella, jos toivottuja tuloksia ei saavuteta. Jos *toimeenpanevien tahojen toimintatavat ja tavoitteet* ovat kovin erilaisia, on yhteisymmärryksen saavuttaminen toimintaohjelman tavoitteista ja toimeenpanon tavasta vaikeaa ja tavoitteiden toteutuminen vaarantuu. Tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että yhteiset taloudelliset intressit vähentävät erilaisista toimintatavoista aiheutuvia ongelmia (emt.).

Myös toimeenpanevan *organisaation merkitys kokonaisuudessa* vaikuttaa toimeenpanoon. Mitä pienempi, selkeärajaisempi ja vähämerkityksellisempi organisaatio on, sitä vähemmän se vaikuttaa kokonaisuuden muihin osiin ja sitä helpompaa on saada poliittista tukea toimeenpanolle. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toimeenpanoon vaikuttaa se, että toimeenpanon kohteena ollut terveydenhuolto muodostaa hieman yli kolmanneksen kuntien käyttötalousbudjetista. Toisaalta sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuolto olivat jo aiemmin olleet kuntayhtymien tehtävänä, joten muutos ei kuntien kannalta ollut tällä tavalla arvioituna kovin suuri.

Tarvittavan muutoksen suuruus on suoraan verrannollinen siihen, kuinka monia henkilöitä muutos koskee ja miten perusteellisesti toimintaa muutetaan. Perusolettamus on, että mitä suurempi muutosvaatimus on, sitä ongelmallisempaa on onnistua muutoksen toteuttamisessa. Tutkijat osoittavat, että muutoksen toteuttaminen on helpompaa, jos toimeenpanoa varten on olemassa selkeä suunnitelma, käytössä on riittävät voimavarat ja toimeenpanon tulokset ovat mitattavissa. Toimeenpanoa helpottaa myös, jos toimeenpanevan verkoston toimintatavat ja käytännöt eivät poikkea kovin paljoa toisistaan. (Sabatier ja Mazmanian 1981.)

Toimeenpanijoiden mahdollisuudet toteuttaa muutos

Selkeät ja johdonmukaiset tavoitteet ohjaavat toimeenpanevaa tahoa toteuttamaan muutosta. Selkeät tavoitteet ohjaavat myös toimeenpanevaa verkostoa toimimaan samansuuntaisesti ja toimivat myös arvioinnin välineenä. Tavoitellut muutokset voidaan saavuttaa, jos *näkemys muutostarpeesta ja etenemistiestä* on ymmärretty

yhtenevästi. Muutos on mahdollista toteuttaa, jos osoitettu muutostarve, päätös toimeenpanosta ja ohjelman tavoitteet ovat yhdenmukaisia ja jos toimeenpanosta vastuussa olevilla on valtaa puutua toimeenpanon kannalta keskeisiin tekijöihin. *Toimeenpaneilla tahoilla tulee myös olla riittävät taloudelliset voimavarat toteuttaa muutos.* Mahdollista erillishoitusta tarvitaan muun muassa muutosprosessia tukevia henkilöstöjärjestelyjä, toiminnan muutoksen edellyttämiä tilajärjestelyjä sekä uutta toimintaa tukevia tietojärjestelmiä varten. Toimeenpaneilla tahoilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitopiiriä, Mäntän kaupunkia ja Vilppulan kuntaa. Muutoksen toteuttamisen kannalta on kuitenkin oleellista, miten sairaanhoitopiiri muutosta toteuttavana organisaationa pystyy tukemaan prosessia esimerkiksi tila- tai henkilöstöjärjestelyillä.

Toimeenpaneiden tahojen toiminnan yhteen sovittaminen toimeenpanossa on vaikeaa, jos kullakin organisaatiolla on erilaiset päämäärät. Myös *toimeenpaneiden tahojen päätöksenteko- ja valtasuhteiden* sekä toimeenpanon päätöksentekoprosessin määrittely on tärkeää tavoitteiden toteutumisen kannalta. *Muutosjohtajiksi ja avainhenkilöiksi* tulee valita sellaisia henkilöitä, jotka ovat sitoutuneita ja motivoituneita toteuttamaan muutoksen tavoitteita.

Toimeenpano vaikuttaa useimmiten myös sidosryhmien toimintaan. Toimeenpanoon läheisesti liittyvät *sidosryhmät* jäävät helposti syrjään toimeenpanosta, koska toimintapolitiikkaa määrittelevät ensisijaisesti toimeenpanevat tahot ja niiden tavoitteet. Toimeenpanon onnistumisen kannalta on tärkeää, että kaikki tärkeät tahot otetaan määrätietoisesti mukaan toimeenpanoon. Näin varmistetaan myös sidosryhmien sitoutuminen muutokseen. (Sabatier ja Mazmanian 1981.) Tällaisia toimeenpanoon vaikuttavia sidosryhmiä terveydenhuoltoalueen toimeenpanossa ovat esimerkiksi Ylä-Pirkanmaan kunnat, väestö ja toimeenpanosta syrjään jäänyt kunnallispoliittinen valtuustoyhdistys. Mäntän ja Vilppulan vanhustenhuollon toimijoita voitaisiin myös pitää sidosryhmänä, mutta tässä tutkimuksessa vanhustenhuollon toimijoiden on katsottu kuuluvan toimeenpanevaan verkostoon

Toimintaympäristön vaikutus

Yhteiskunnallinen tilanne vaikuttaa toimeenpanoon ja voi myös muuttua merkittävästikin toimeenpanon aikana ja vaikuttaa toimeenpantavan ohjelman tärkeyteen⁹. Myös paikalliset olosuhteet voivat osoittautua toimeenpanon kannalta ennakoitua ongelmallisemmiksi. Toimeenpanon onnistumiseen vaikuttaa lisäksi myös se, miten hyvin toimintaympäristö, väestön mielipiteet ja työntekijöiden hyvinvointi osataan prosessin aikana ottaa huomioon. Seuraavassa toimintaympäristön vaikutusta kuvataan soveltaen Sabatierin ja Mazmanianin (1981) jäsennyistä.

⁹ Tällaisia yhteiskunnallisen tilanteen muuttuvia tekijöitä toimeenpanon aikana ovat olleet esimerkiksi Mäntän suurimman työnantajan Metsä-Tissuen lakko, lääkärilakko, valtakunnallisen kunta- ja palvelurakennemuutoksen käynnistyminen, alueen aleneva väestötrendi ja aiempaa vakavammin politiikan lähtökohdaksi noussut väestön vanheneminen.

Medialla on merkittävä rooli toimeenpanon toteuttamisessa. Tiedottaessaan muutoksista ja havainnoista media vaikuttaa väestön ja myös keskeisten poliittisten päättäjien mielipiteisiin. Julkisella sanalla on merkittävä rooli myös paikallisessa muutoksessa siitä huolimatta, että väestöllä on usein myös henkilökohtainen kokemus asiasta. Toimeenpanossa saadut tulokset ovat yleensä etenkin alkuvaiheessa hyvin pieniä ja heikosti tunnistettavissa, joten tiedotuksen sävy voi jopa olla esteenä väestön tai päättäjien tuelle.

Väestön kiinnostus ja tuki ohjelman toteuttamiseen voivat vaihdella, ja tämä vaikuttaa siihen, miten toimeenpanoa tuetaan paikallisesti. Myös poliittisten toimijoiden tuen vaihtelu vaikuttaa toimeenpanon toteuttamiseen. Muutokselle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen vaikeutuu, jos sekä väestön että poliitikkojen tuki sen toteuttamiselta puuttuu. Väestön ja poliitikkojen mielipiteisiin ja tukeen muutoksen toteuttamisessa voidaan vaikuttaa muun muassa median kautta. Myös väestölle suunnatulla tiedotuksella ja kyselyillä on merkitystä muutoksen toteuttamisessa ja hyväksynnän saamisessa muutokselle.

Muutokset sidosryhmien mielipiteissä ja annetuissa voimavaroissa vaikuttavat ohjelman tavoitteisiin ja saavutettaviin tuloksiin. Ongelmana on, että julkinen tuki ohjelmalle vähenee lähes poikkeuksetta jossain vaiheessa prosessin aikana. Muutoksen vastustajilla on aina resursseja ja halukkuutta vaikeuttaa aktiivisesti toimeenpanon onnistumista. Tämä voi tapahtua esimerkiksi siten, että viedään pohjaa pois päätöksiltä tekemällä valituksia politiikkapäätöksen tekijöille ja vaikuttamalla julkiseen mielipiteeseen. Selviytyminen muutosvastarinnasta edellyttää eri ryhmien mielipiteiden huomioon ottamista kuitenkin niin, että alkuperäisestä tavoitteesta ei jouduta poikkeamaan. Toimeenpanijan tulisi myös tunnistaa ”hiljainen” tuki, joka auttaa toimintapolitiikan toteuttamisessa lojalilla ja muutoksen ymmärtävällä toiminnalla.

Sidosryhmien osallistuminen ja taloudellinen tuki vaihtelevat niiden aseman ja toimintapolitiikan tavoitteiden toteutumisen myötä. Sidosryhmät voivat vaikuttaa suoraan toimeenpanevien viranomaisten päätöksiin joko kommentoimalla ehdotettuja päätöksiä tai resursoimalla toimeenpanoa. Näillä ryhmillä on myös mahdollisuus vaikuttaa toimeenpanoon epäsuorasti esimerkiksi julkaisemalla ohjelman toteuttamista kritisoivaa tai arvostavaa tietoa, järjestämällä julkista mielipidettä muokkaavia kampanjoita ja vaikuttamalla suoraan politiikkapäätöksen tekijöiden mielipiteisiin.

Toimeenpanevien virkamiesten tulee jatkuvasti toimia ohjelmalle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Tähän tarvitaan *poliittista tukea ja resursointia*. Ongelmia voi syntyä, jos toimeenpaneva taho on vastuussa eri toimijoille, joilla on erilaisia odotuksia toimeenpanon suhteen. Tällöin toimeenpanossa tulee noudattaa tavoitteita, joiden avulla varmistetaan tarvittavat resurssit.

Toimeenpanevan organisaation johdon sitoutuneisuus tavoitteiden toteuttamiseen ja johtamistaidot vaikuttavat suoraan *eri toimijaryhmien tukeen* ja sitä kautta toimeenpanon onnistumiseen. Onnistumisen kannalta on tärkeää, mitä ta-

voitteita johtaja painottaa ja miten toimintaa suunnataan niiden mukaisesti. Toisaalta on myös tärkeää, että johtajalla on kyky nähdä tilanne realistisesti eli kyky nähdä, mikä on mahdollista toteuttaa olemassa olevilla resursseilla. Muutosjohtajan johtamistaidot (leadership) ovat hyvin keskeisessä asemassa toimeenpanon toteuttamisessa, mutta tarvittavat ominaisuudet vaihtelevat tilanteittain. (Sabatier ja Mazmanian 1981.)

Toimeenpanoprosessin analysointi

Sabatier ja Mazmanian (1981) jakavat toimeenpanoprosessin analysoinnin viiteen osaan (kuvio 5), joita he kutsuvat myös palautteeksi ("feedback loop"):

1. Mitä toimenpiteitä on tehty toimintapolitiikkaa toteutettaessa?
2. Miten toimeenpaneavat tahot toimivat päätösten suuntaisesti?
3. Toimeenpanon vaikutukset tilastotarkastelussa?
4. Toimeenpanon vaikutukset toiminnassa?
5. Miten toiminta on muuttunut?

Kaksi ensimmäistä kohtaa vastaavat kysymykseen, miten hyvin toimeenpanoprosessia koskevat tavoitteet on saavutettu, ja kolme viimeistä kohtaa vastaavat kysymykseen, miten hyvin tavoitellut muutokset ovat toteutuneet.

Sabatierin ja Mazmanianin mukaan politiikan lopputulos on ennen kaikkea poliittisen prosessin ja toimeenpanevien rakenteiden välinen vuorovaikutusprosessi, mutta siihen vaikuttaa myös joukko ulkoisia tekijöitä, kuten yhteiskunnalliset olot, median kiinnostus, kannattajaryhmien asenteet ja resurssit, ulkopuolisten tuki, toimeenpanevien viranomaisten sitoutuminen ja johtamistaidot. Mallia on myöhemmin pidetty ennemmin toimeenpanon ideaalimallina kuin toimeenpanon selitysmallina (esim. Kettunen 1995).

Sabatier (1986a, b) laajentaa myöhemmin näkökulmaansa yhdistäen siihen alhaalta ylös -teorioiden piirteitä ja nostaa toimeenpanon arvioinnin kannalta keskeisiksi kysymyksiksi seuraavat:

1. Missä määrin toimeenpanijoiden toimet olivat yhdensuuntaisia tehtyjen päätösten kanssa?
2. Missä määrin tavoitteet saavutettiin sovituissa aikatauluissa ja missä määrin vaikutukset olivat yhteneviä asetettujen tavoitteiden kanssa?
3. Mitkä tekijät vaikuttivat eniten politiikan tuloksiin ja vaikutuksiin, ottaen huomioon sekä virallisen politiikan että muista syistä aiheutuneet vaikutukset?
4. Kuinka politiikkaa muotoiltiin uudelleen saatujen kokemusten perusteella?

Sabatier on myös esittänyt, että politiikan toimeenpanon tulokset ovat nähtävissä toimintapoliittisena muutoksena vasta 5–10 vuoden kuluessa. Johtopäätökset toimeenpanon tuloksista voivat siten olla virheellisiä, jos seuranta-aika on tä-

tä lyhyempi. Pitkä seuranta-aika asettaa runsaasti haasteita tutkijoille, joiden tulee hallita lukuisten toimijoiden verkosto. Hän ehdottaakin, että huomio tulisi kiinnittää varsinaisiin toimijoihin (advocacy coalitions) eli niihin toimijoihin, jotka uskovat samoihin asioihin ja tavoitteisiin ja aikovat ne myös täyttää tulevaisuudessa. Toimijalähtöinen malli (advocacy coalition framework) perustuu ajatukseen, että ruohonjuuritaso on tärkein taso analysoitaessa poliittista muutosta modernissa yhteiskunnassa. (Sabatier 1986a, b, Jenkins-Smith ja Sabatier 1994.)

4.3.3 Alhaalta ylös -lähestymistapa

Tutkimukseni viitekehyksessä painotan ylhäältä alas -lähestymistapaa, joka antaa mallin toimeenpanon onnistumisen arviointiin. Tarkastelen tutkimuksessani myös toimeenpanevan verkoston ja ympäristön vaikutusta muutosta edistävänä ja tai haittaavina tekijöinä ja siksi käsittelen seuraavaksi lyhyesti alhaalta ylös -lähestymistapaa siitä näkökulmasta, kuin se on tutkimukseni kannalta hyödyllistä. Tutkimuksessani en kuitenkaan ole kiinnostunut toimeenpanevan verkoston keskinäisistä suhteista, jotka ovat keskiössä alhaalta ylös -lähestymistavassa.

Alhaalta ylös -lähestymistavassa analyysi aloitetaan toimeenpanoprosessin toteuttajista, ruohonjuuritasolta, ja keskitytään paikallistason toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen. Analyysi perustuu ajatukseen, että toimeenpanon tulos (valmis policy-tulos) syntyy, kun toimeenpanevan organisaation toimet sekoittuvat muiden horisontaalisesti toimivien organisaatioiden pyrkimyksiin (Hjern ja Porter 1981). Tutkijoiden näkemyksen mukaan toimeenpanoon liittyy aina verkosto, joten organisaatio ei voi olla yksin toimeenpanevana tahona.

Alhaalta ylös -lähestymistavan *analyysi* käynnistyy tunnistamalla toimeenpanevien tahojen paikallinen verkosto ja eri toimijoiden tavoitteet, strategiat sekä toiminta- ja yhteistyömuodot. Toimeenpano toteutetaan vuorovaikutuksessa strategisesti tärkeiden toimijoiden kanssa. (Goggin ym. 1990, Hjern 1982, Sabatier 1986a, b.)

Sabatierin (1986) mukaan lähestymistapaan liittyy monia etuja. Menetelmä antaa 1) luotettavan metodin tunnistaa toimeenpanevien tahojen muodostaman verkoston ”implementaatorakenteen”, 2) sen avulla on mahdollista tunnistaa muiden organisaatioiden merkitys toimeenpanossa, 3) sen avulla on mahdollista tunnistaa ohjelmien odottamattomia sivuvaikutuksia ja 4) lähestymistapa mahdollistaa myös monien samanaikaisten ja yhtä merkittävien ohjelmien tarkastelun yhtä aikaa. (Sabatier 1986a, b, Goggin ym. 1990a, b, Hill ja Hupe 2002.)

Myös alhaalta ylös -mallilla on omat rajoitteensa. Verkostomainen (pluralistinen) toimintamalli saattaa yliarvioida ruohonjuuritason toimeenpanijoiden kyvyt mitätöidä ylemmän tason ohjelmien tavoitteita. Lisäksi toimeenpanoverkosto ”otetaan annettuna”, eikä muita mahdollisia asiaan vaikuttavia tahoja tai mahdollista verkoston puuttumista oteta huomioon. Käytännössä tämä tarkoittaa, että etukä-

teen tehty rajausta saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin (Kettunen 1995). Verkostomalli on hyödyllinen lähtökohta tunnistaa toimeenpanoon osallistuvat tahot, mutta se ei yksin riitä. Tarvitaan lisäksi yhteiskunta- ja taloustieteellisiä teorioita, joiden avulla havainnot voidaan jäsentää. (Hjern 1987, Sabatier 1986a, b.)

Alhaalta ylös -lähestymistavassa toimeenpanorakenteen käsite määrittyy tiivistäen seuraavasti:

1. Julkisten ohjelmien toimeenpanijat eivät ole organisaatioita vaan henkilöitä, jotka toteuttavat toimeenpanoa oman kiinnostuksensa ohjaamina.
2. Toimeenpanoon osallistuu sekä julkisten että yksityisten organisaatioiden jäseniä ja siksi toimintalogiikka on sekoitus "byrokratiaa ja markkinoita".
3. Toimeenpanijat vastaavat ensisijaisesti omassa ympäristössään esille tuleviin haasteisiin ja käyttävät lakeja ja määräyksiä (ohjelmien tavoitteita) taustaresursseina sen sijaan, että panisivat toimeen ohjelmia sellaisenaan.
4. Toimeenpanorakenteessa esiintyy konflikteja, jotka perustuvat ennen kaikkea ammattiryhmien asemaan, valtaan ja resursseihin.

(Kettunen 1995, jonka lähteenä esim. Hjern ja Porter 1981)

Toimeenpanon alhaalta ylös -lähestymistavan lähtökohtana ovat verkostomainen toimintamalli ja toimijoista lähtevä toimeenpanoprosessi. Lähestymistapa korostaa *toimeenpanijoiden roolia tiedon välittäjänä*. Tutkimusmetodiksi suositellaan toimijoiden *haastattelua*, jonka avulla toimijoiden välistä vuorovaikutusta on mahdollista kartoittaa avoimesti niin, että se mahdollistaa myös toimijoiden välisen vertailun. Kerättyä informaatiota tulisi verrata myös ohjelman tavoitteisiin. (Kettunen 1995.) Sabatierin (1986a, b) mukaan verkostometodi soveltuu hyvin toimeenpanotutkimukseen, mutta sen vaarana on jättää huomioimatta monia tekijöitä, jos haastatteluille annetaan liian paljon painoa.

Sabatier (1986a, b) korostaa, että ylhäältä alas ja alhaalta ylös -lähestymistavoissa on erilainen näkökulma, ja siksi ne ovat myös erilaisia lähestymistapoja. Ylhäältä alas -lähestymistavassa ollaan kiinnostuneita ylemmän tason ohjelmien tuloksellisuudesta ja kyvystä valita sopivia henkilöitä ohjaamaan toimeenpanoa. Alhaalta ylös -lähestymistavassa ei olla niin kiinnostuneita siitä, miten virallinen toimintapolitiikka toteutuu, vaan toimeenpanevien tahojen strategioiden yhteensopivuudesta ja niiden välisistä suhteista.

Tässä tutkimuksessa analyysin perustana on van Meterin ja van Hornin kehittämä ylhäältä alas suuntautuva toimeenpanon arviointimalli, jota sovelletaan tämän tutkimuksen tarpeisiin. Analyysia rikastetaan Sabatierin ja Mazmanianin teorioilla. Alhaalta ylös -lähestymistapaa sovelletaan ennen kaikkea Sabatierin eri teorioista ja lähestymistavoista rakentamana synteisinä. (Sabatier 1986a, b, Jenkins-Smith ja Sabatier 1994, Hill ja Hupe 2002.)

4.4 Poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden suhde kunnallishallinnossa

Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden väliset valtasuhteet

Poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden välisen suhteen toimivuus on keskeisintä poliittisia päätöksiä toteutettaessa. Suhteen teoreettinen tarkastelu on tässä tutkimuksessa tarpeellista, jotta Mäntän seudun toimijoiden näkökulmia olisi mahdollista ymmärtää. Tutkimuksessa tarkastellaan, miten viranhaltijat ja poliitikot toimivat valittua toimintapolitiikkaa toteuttaessaan. Karilan (1998) tapaan poliitikkoja ja viranhaltijoita tarkastellaan tässä tutkimuksessa kolmena toimijaryhmänä, jotka ovat poliittiset luottamushenkilöt, keskushallinnon johtavat virkamiehet ja sektoriammatillaiset. Tässä tutkimuksessa jokaisessa toimijaryhmässä on lisäksi kaksi toimeenpanoon osallistumisen suhteen erilaista ryhmää. Siten poliittisia luottamushenkilöitä ja kuntien keskushallinnon johtavia virkamiehiä tarkastellaan sekä aktiivisesti toimeenpanon ohjaukseen osallistuvina (tässä tutkimuksessa ohjausryhmän jäsenet) että välillisesti toimeenpanosta tietoa saavina. Sektoriammatillisilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitopiirin ja terveydenhuoltoalueen johtoa, josta aktiivisesti toimeenpanoa organisoivan tahon muodostavat terveydenhuoltoalueen johtaja ja johtoryhmä sekä sairaanhoitopiirin edustaja ohjausryhmässä ja välillisesti tietoa saavana ja toteuttavana ryhmänä ovat terveydenhuoltoalueen ja sairaanhoitopiirin muut johtavat viranhaltijat ja henkilökunta.

Ideaalikuvassa politiikka on tavoitteiden synnyttämistä ja valintaa, hallinnon tehtävänä on etsiä keinot niiden toteuttamiseksi. Keinojen valinnan jälkeen alkaa toimeenpanoprosessi, jossa hallinto voi olla joko toimeenpanijana tai sen tehtävänä on ohjata valittujen tavoitteiden toimeenpanoa. Luottamushenkilöt vastaavat poliittisista valinnoista eli poliittisesta johtamisesta. Hallinto eli virasto-organisaatio vastaa valmistelusta ja toimeenpanosta eli ammatillisesta johtamisesta. (Harisalo ym. 1992, Harisalo ja Stenvall 2002, Sinisalmi 1999, Anttiroiko ym. 2003.)

Poliittishallinnollisessa järjestelmässä valta käytännössä jakaantuu poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden kesken. Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisistä suhteista on kaksi toisistaan poikkeavaa näkökulmaa: toisaalta hallintoa ja politiikkaa pidetään tiukasti erillään toisistaan ja toisaalta ne nähdään toisiinsa täysin kietoutuneina. Möttönen (1997) on havainnollistanut poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden valtasuhteiden vaihtelua nelikenttänä. Valtasuhteiden erilaiset tilat hän on nimennyt poliittisen ylivalan, päättäjien sitouttamisen, liittoutumisen ja ulkoapäin johdetun organisaation tiloiksi. Jäsenystä hyödynnetään soveltaen tämän tutkimuksen tarpeisiin. Terveydenhuoltoalueen toimeenpanossa päätöksenteko kulmineituu ohjausryhmässä, jossa kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajat linjaavat päätöksentekoa omien intressiensä ja tavoitteidensa näkökulmasta. Kuntia edustavat poliittinen johto ja keskushallinnon johtavat virkamiehet, jotka ohjausryhmässä ovat toteuttamassa kuntien poliittista

Taulukko 5. Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden väliset valtasuhteet Möttöstä (1996) mukaillen

		POLIITTISTEN PÄÄTÖKSENTEKIJÖIDEN VAIKUTUS (Tässä tutkimuksessa kuntien poliittiset luottamushenkilöt ja johtavat virkamiehet)	
		SUURI	PIENI
VIRANHALTIJOIDEN VAIKUTUS (Tässä tutkimuksessa sairaanhoitopiirin sektoriammatillaiset)	SUURI	Päätäjien ja viranhaltijoiden liittoutuminen	Päätäjien sitouttaminen
	PIENI	Poliittinen ylivalta	Ulkoa johdettu organisaatio

tahtoa. Sairaanhoidopiirin sektoriammatillaisia ohjausryhmässä edustavat terveydenhuoltoalueen johtaja ja sairaanhoidopiirin johtava viranhaltija. (Taulukko 5.)

Poliittisella ylivallalla (Möttönen 1996) tarkoitetaan tilannetta, jossa poliitikot eivät tyydy strategisen tason päättämiseen vaan puuttuvat hallintokoneiston sisäisiin, operatiivisiin tehtäviin, tekevät myös omaa sisäistä valmistelua ja antavat omia valmistelumääräyksiään. Hoikan (1991) mukaan tilannetta voidaan usein luonnehtia *oligarkkiseksi demokratiaksi*, koska tilanteeseen usein liittyy vallan keskittyminen harvoille poliitikoille ja poliittisesti valituille virkamiehille. Viranhaltijoiden vaikutus päätöksentekoon on silloin pieni. (Vrt. myös Sinisalmi 1999 ja Pikkala 1997.)

Kun viranhaltijat pyrkivät asettamaan luottamushenkilöt tavoitteiden asettajan rooliin ja korostavat omaa asiantuntemukseen perustuvaa toimeenpanovaltaansa, on kyse *poliittisten päättäjien sitouttamisesta*. Poliittisten päättäjien vaikutus on pieni ja heistä tulee ammatillisten professioiden jatkeita, kun viranhaltijat pystyvät sitouttamaan päättäjät asettamiinsa, omalta kannaltaan edullisiin tavoitteisiin.

Möttösen (1996) tutkimuksessa viranhaltijat pitivät päättäjien toimintaa epäjohdonmukaisena ja olivat tyytymättömiä päättäjien tapaan puuttua operatiiviseen toimintaan. Viranhaltijat myös uskoivat, että poliittiset päättäjät voidaan sitouttaa rationaaliseen päätöksentekoon koulutuksella ja kehittämällä tuloksellisen johtamisen käytäntöjä. Yhdessä sovitut tavoitteet ohjasivat kuitenkin varsin vähän tutkimuksessa tarkastellun lautakunnan jäsenten toimintaa, koska lautakunnan jäsenet eivät tunteeneet heidän itsensä asettamia tai valtuuston vahvistamia virastoa koskevia tavoitteita.

Jos organisaatio ei omilla päätöksillään pysty vaikuttamaan toimintaansa, puhutaan *ulkoa johdetusta organisaatiosta*. Näin voi käydä, jos *kunnan* taloudellinen liikkumavara pienenee esimerkiksi verotulojen vähentyessä. Myös *hallintokunta*, kuten sosiaali- ja terveystoimi, voi olla ulkoa johdettu joko poliittisen ylivallan tai keskitetyn hallintojärjestelmän seurauksena.

Kunnallisen päätöksenteon toimivuuden kannalta tavoiteltavana pidetään poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden saumatonta yhteistyötä, *liittoutumista*. Liittoutumisen tilassa vallitsee vallan tasapaino. Möttösen (1996) mielestä luottamushenkilöiden merkitys vähenee, jos näkemykset ovat yhteneviä virkamiesten näkemysten kanssa.

Sisäiset poliittisten ryhmien väliset sekä poliitikkojen ja virkamiesten väliset jännitteet ja tasapainoilu erilaisten näkemysten välillä kuuluvat kunnallispoliittiseen järjestelmään. Sillä turvataan kansanvaltaisen järjestelmän toimivuus. Myös liian suuret poliittisten päättäjien ja luottamusmiesten väliset jännitteet ja keskinäinen riitely heikentävät kuntalaisten luottamusta demokratian toteutumiseen.

Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden tehtävät ja vastualueet

Politiikan ja hallinnon välistä suhdetta voidaan tarkastella myös institutionaalisenä ilmiönä (Aberbach ym. 1981). Ihmisten elämän ja yhteiskunnan kehittymisen kannalta on tärkeää, miten nämä instituutiot toimivat yhdessä ja erikseen. Seuraavassa tarkastellaan Aberbachin kollegoineen (1981) esittämää nelijakoa poliitikkojen ja virkamiesten suhteesta ja verrataan sitä edellä esitettyyn ”Möttösen” malliin. Tarkoituksena on muodostaa taustamallia, jonka avulla tutkijalla on mahdollisuus ymmärtää Mäntän seudun poliitikkojen ja viranhaltijoiden haastatteluissa esiintulleita erilaisia näkemyksiä.

Erillisyyssmalli korostaa politiikan ja hallinnon erillisyyttä sekä selkeää työnjakoa (taulukko 6). Lähtökohtana on, että poliitikot tekevät politiikkaa eli päätöksiä ja virkamiehet toimeenpanevat poliitikkojen ideoiman, keskenään sopiman ja valmiiksi muotoillun toimintapolitiikan. Poliitikoilla on valta ja viranhaltijoiden tehtävänä on palvella heitä. Malli korostaa voimakkaasti edustuksellista demokratiaa. Valitut poliitikot tekevät päätökset ja virkamiesten tehtävänä on taata, että ne pan-

Taulukko 6. Poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden tehtävät ja vastualueet (Aberbach ym. 1981)

	Erillisyyssmalli	Intressimalli	Tasapainomalli	Sulautumismalli
Toimeenpano	V	V	V	V
Toimeenpanopolitiikan muotoilu	P	Y	Y	Y
Intressien yhteensovittaminen	P	P	Y	Y
Ideoiden esittäminen	P	P	P	Y
	V = Viranhaltijoiden vastuualue P = Poliitikkojen vastuualue Y = Yhteinen vastuualue			

naan toimeen täsmällisesti ja oikein. Käsitys on hyvin lähellä Woodrow Wilsonin esittämiä näkemyksiä politiikan ja hallinnon eroista (Wilson 1992, alkuperäinen 1887). Erillisyyksimalli vastaa myös edellä esitettyä Möttösen kuvaamaa poliittisen ylivallan mallia.

Intressimallissa myönnetään, että sekä poliittiset päättäjät että viranhaltijat vaikuttavat politiikan sisältöön omalla asemastaan ja osaamisestaan johtuvalla tavalla. Viranhaltijat tuovat poliittiseen prosessiin faktat ja substanssiosaamisen. Poliitikkojen toimintaa ohjaavat erilaiset intressit ja yhteiskunnan arvot ja valitsijoiden etu. Valta on poliittisilla päättäjillä, joiden tehtävänä on huolehtia kansalaisten tarpeista ja päätösten joustavuudesta. Virkamiehet luovuttavat asiantuntemuksensa poliittisten päätöksentekijöiden käyttöön, mutta poliitikoilla säilyy valta, koska heidän tehtävänsä on intressin yhteensovittaminen. Malli on lähellä edellä esitettyä Möttösen kuvaamaa liittoutumismallia. Tässä kuitenkin valta säilyy poliittisella päätöksentekijällä demokratian edellyttämällä tavalla.

Tasapainomallissa molemmat osapuolet tekevät politiikkaa ja pyrkivät sovittamaan eri intressit yhteen. Mallissa poliitikot edustavat laajaa yleistä mielipidettä ja erilaisia organisoitumattomien ryhmien intressejä. Viranhaltijat ammattiosajina toimivat harkitusti ja käytännönläheisesti ja edustavat organisoitujen asiakasryhmien intressejä. Tämän näkemyksen mukaan siis myös virkakunta voi edustaa kansalaisia. Myös tasapainomalli on lähellä edellä esitettyä liittoutumismallia. Mallissa osapuolien roolit ja osaaminen eivät kuitenkaan sekoitu, vaan niitä hyödynnetään kansalaisten parhaaksi.

Viranhaltijoilla on kuitenkin rajoitettu mahdollisuus toimia kansalaisten edustajana. Heidän on vaikea ottaa organisoitumattomien ryhmien toimintaa huomioon, siihen tarvitaan poliitikkoja, jotka edustavat koko väestöä. Toiseksi viranhaltijat toimivat sektorien sisällä ja heidän tehtävänä on huolehtia erityisesti oman hallinnonalan palvelujen toteutumisesta. Poliitikoille kuuluu hallinnon kokonaisuudesta huolehtiminen. Kolmanneksi viranhaltijoilla on mahdollisuus ottaa tehty linjavalinnat annettuina ja lopullisina, poliitikkojen tehtävänä on arvioida ja tarkistaa niitä tarpeen vaatiessa.

Sulautumismallissa politiikka ja hallinto ovat täydelleen kietoutuneet toisiinsa. Mallissa politiikka byrokraatisoituu ja hallinto politisoituu. Hallinnon poliittinen merkitys korostuu, koska tärkeitä päätöksiä tehdään ja toimintoja suunnitellaan hallinnossa. Poliitiikan tekemistä hallitsee pieni eliitti, johon kuuluu sekä poliittisia päättäjiä että viranhaltijoita. Demokratia vaarantuu, kun politiikkaa ryhdytään tekemään kabineteissa, joissa istuu sekä poliitikkoja että eliittiin kuuluvia viranhaltijoita. Kansalaiset näkevät politiikan ja hallinnon yhtenä kokonaisuutena, jossa vastuun ja vallan rajat ovat hämärtyneet. Sulautumismalli on yhtenevä edellä esitetyn liittoutumismallin kanssa.

Aberbachin mallissa (taulukko 6) politiikka nähdään prosessina, joka alkaa ideoiden esittämisestä ja päättyy toimeenpanoon. Aberbachin ja kollegojen (1981) mukaan päätösten toimeenpano kuuluu aina viranhaltijoiden tehtäviin ja erilli-

syysmallissa se on ainoa viranhaltijoiden tehtävä. Poliitikkojen rooli pienenee sitä mukaa, kuin yhteistyö viranhaltijoiden kanssa lisääntyy. Sulautumismallissa politiikan rooli on pienin, roolit yhtyvät viranhaltijoiden kanssa toimeenpanoa lukuun ottamatta.

Käytännössä poliittisen prosessin eri vaiheita on vaikea erottaa toisistaan, koska esimerkiksi toimintapolitiikan muotoiluun kuuluu tavallisesti myös erilaisten intressien yhteensovittamista. Myös asioiden merkitys vaihtelee toimintapolitiikkaa luotaessa, eikä aina ole selvää, kuuluvatko ne poliitikkojen tai viranhaltijoiden tehtäviin.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa päädyin siihen, että tutkimuskysymysteni tulee perustua terveydenhuoltoalueelle kehittämiselvityksessä (Pekurinen ym. 2000) valitulle mallille asetettuihin tavoitteisiin ja sen perustamispäätöksen yhteydessä (HALL 23.1.2001 § 4) toimeenpanolle asetettuihin tavoitteisiin. Olen yhdistänyt (1) mallin tavoitteet, (2) toimeenpanon tavoitteet ja (3) tämän tutkimuksen tavoitteet taulukkoon 7.

Terveydenhuoltoalueen valinta toteutettavaksi malliksi ja *mallille asetettujen tavoitteiden* muodostaminen on selostettu alaluvussa 2.2 (ks. myös taulukko 7, s. 83, ensimmäinen sarake). Selvitysvaiheen ohjausryhmä käytti syksyllä 2000 näitä tavoitteita vaihtoehtoisten mallien arviointikriteereinä ja valitsi terveydenhuoltoalueen niiden perusteella toteutettavaksi malliksi. Tavoitteilla määriteltiin myös terveydenhuoltoalueelle asetetut odotukset. Olen ryhmitellyt mallille selvitysvaiheessa asetetut tavoitteet alkuperäisestä poikkeavasti tämän tutkimuksen tarpeiden mukaisesti talouteen, voimavaroihin, toimintaan ja palvelujen saatavuuteen liittyviin tavoitteisiin sekä muihin tekijöihin.

Talouteen liittyvistä tavoitteista keskeisin oli saada kuntien tarvekaioidut terveysmenot Pirkanmaan keskitasolle. Korkeat terveysmenot oli ollut keskeinen syy selvitysten sarjan käynnistymiseen Mäntän seudulla 1990-luvun lopulla, joten sitä voidaan pitää avaintavoitteena ja se on myös keskeisenä tutkimuksen kohteena tässä tutkimuksessa.

Voimavaroihin liittyvistä tavoitteista tavoite turvata lääkärin saatavuus liittyi erityisesti aluesairaalan ongelmaan saada erikoislääkäreitä. Myös terveystalouksessa oli lääkerivajausta niin, että sen selitettiin olevan syy lääkärin vastaanotto toiminnan sujumattomuuteen. Koulutusmahdollisuuksien säilymisellä tarkoitettiin aluesairaalan henkilökunnan mahdollisuutta osallistua Pirkanmaan sairaanhoitopiirin järjestämään koulutukseen ja kehittämishankkeisiin, niistä ei haluttu luopua. Ammattitaitoisen henkilökunnan säilyttämisellä tarkoitettiin sellaisten työskentelyolosuhteiden luomista, että työntekijät eivät muuta työn perässä muualle. Voimavarojen joustavalla käytöllä tarkoitettiin ensisijaisesti alueen päällekkäisen tukipalvelukapasiteetin purkamista mutta myös henkilöstön joustavaa käyttöä, joiden arveltiin mahdollistavan kustannusten alenemisen. Voimavarojen joustava käyttö on tutkimuksen kohteena myös tässä tutkimuksessa.

Toimintaan liittyvinä tavoitteina työpaikan houkuttelevuutta pidettiin tärkeänä, jotta ammattitaitoista henkilökuntaa voidaan saada ja saadaan jäämään paikkakunnalle. Suuremman ja innovatiivisen yksikön ajateltiin lisäävän sen houkuttelevuutta työpaikkana. Tavoitteet ”sovittu porrastus toteutuu”, ”erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntien (vanhustenhuollon) yhteistyö toteutuu” sekä ”perustuu järkevään työnjakoon” liittyvät kaikki toimivaan hoitoketjuun ja konkretisoivat sitä hieman eri näkökulmista.

Palvelujen saatavuuteen liittyvät tavoitteet erikoissairaanhoidon säilymisestä paikkakunnalla ja palvelujen saamisesta läheltä ja joustavasti tarkoittavat samaa asiaa hieman eri näkökulmista ilmaistuna. Palvelujen saamiseen läheltä ja joustavasti liittyi myös toive erikoissairaanhoidon avopalvelujen mahdollisesta laajentamisesta. Näiden molempien tavoitteiden toteutumista on mahdollista arvioida tämän tutkimuksen keinoin.

Muina tekijöinä tavoiteltiin, että valittava malli olisi elinvoimainen nykyisellä väestöpohjalla ja että se olisi innovatiivinen. Perusterveydenhuollon väestöpohja (Mäntän ja Vilppulan) oli tuolloin noin 13 000 ja erikoissairaanhoidon noin 70 000. Innovatiivisuus oli tavoitteena, koska vuoden 2000 selvityksen aikana oli konkretisoitunut ajatus, että perinteisillä malleilla ei saada tarvittavaa muutosta aikaiseksi. Tarvitaan jotain uutta, josta innostutaan ja kiinnostutaan. Elinvoimaisuuden kannalta riittävää väestöpohjaa tai mallin innovatiivisuutta pohditaan tämän tutkimuksen tuloksosassa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus hyväksyi terveydenhuoltoalueen uudeksi toimintamalliksi ja samalla sen *toimeenpanon tavoitteet ja periaatteet* (taulukko 7, s. 83, toinen sarake). Samalla edellä esitetyt mallin valintaan käytetyt kriteerit (mallin tavoitteet) hyväksyttiin terveydenhuoltoalueen tavoitteiksi. Tavoitteet ja periaatteet on taulukon 7 toisessa sarakkeessa ryhmitelty vastaamaan mallille asetettuja tavoitteita.

Ensimmäinen tavoite *terveysmenoista* jakaantuu kolmeen osaan, ensiksi terveysmenoilta tarvitaan tavoitetaso, toiseksi tavoitetaso tulisi määrittää väestön palvelutarve huomioiden ja kolmanneksi tulisi sopia, mihin mennessä tavoite saavutetaan. Toimeenpanijan ja toimeenpanon tulosten arvioinnin kannalta kaikki kolme ovat oleellisia ja näiden toteutumisen arviointi on mahdollista tämä tutkimuksen aineistolla.

Toimintaan liittyvät tavoitteet ovat kaikki konkreettisia ja ne voidaan myös ymmärtää keinoiksi toteuttaa ensimmäinen tavoite terveysmenoista. Tavoitteet toiminnan ja henkilöstön mitoittamisesta väestön tarpeita ja sopimuskuntien tilauksia vastaavaksi sovitun ajan kuluessa liittyvät yhdistettävien organisaatioiden ylikapasiteettiin. Tässä tutkimuksessa on

mahdollista arvioida toiminnan mitoittamista kuntien tilausten mukaisesti. Toiminnan mitoittamiselle väestön tarpeiden mukaiseksi tai henkilöstön mitoittamiselle toiminnan edellyttämälle tasolle ei ole saatavissa tutkimukseen perustuvaa referenssitietoa.

Tavoitteet neljä ja viisi merkitsevät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päällekkäisyyksien poistamista ja toimivien hoitokokonaisuuksien muodostamista (integraatio) myös vanhustenhuollon kanssa.

Kuudes tavoite, henkilöstön mukaan ottaminen muutoksen suunnitteluun, on monissa tutkimuksissa todettu keskeiseksi keinoksi muutoksen onnistumiselle. Missä määrin tämä toteutuu, on mahdollista arvioida tässä tutkimuksessa.

Kaikki hyväksytyt toimeenpanon tavoitteet ja periaatteet ovat konkreettisia, ”kovia” tavoitteita ja viittaavat Mäntän seudun terveydenhuollon ylikapasiteetin purkamiseen. Ensimmäinen tavoite terveystyönteille asetettavasta tavoitetasosta on keskeisin ja seuraavat neljä voidaan tulkita ensimmäisen tavoitteen keinoiksi. Kuudes tavoite henkilöstön mukaan ottamisesta muutoksen suunnitteluun on luonteeltaan prosessin toteuttamiseen liittyvä tavoite.

Tämän tutkimuksen tavoitteet määrittelin oman kiinnostukseni perusteella ja ne kiteytyivät kolmeen tutkimuskysymykseen (taulukko 7, s. 83, kolmas sarake), jotka olivat seuraavat:

1. Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveystyöntekijöihin ja terveystyönteiden saatavuuteen?
2. Miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano on toteutunut?
3. Mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen?

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haen vastausta siihen, miten mallille ja sen toimeenpanolle asetettu keskeisin tavoite saada terveystyöntekijät alenemaan Pirkanmaan keskitasolle toteutuu. Tutkimuksessa selvitetään tilastoanalyysien avulla, miten terveydenhuoltoalueen toteuttaminen vaikuttaa terveystyöntekijöihin. Palvelujen saatavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea erikoissairaanhoidon säilymistä ja sen toteuttamisen laajuutta paikkakunnalla. Ensimmäinen tutkimuskysymys liittyy mallin tavoitteisiin 1 ja 10–11 sekä toimeenpanon tavoitteeseen 1.

Toisella tutkimuskysymyksellä haen vastausta siihen, miten toimeenpano toteutettiin ja mitkä tekijät edistivät ja mitkä estivät tavoitteiden toteuttamista. Tässä tutkimuksessa empiirisen analyysin alkupiste on vuoden 2000 selvitysvaihe, jolloin kerättiin ensimmäinen tässä tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto. Muutoksen toimeenpanoa seurataan vuoden 2001 valmisteluvaiheesta lähtien toimeenpanovaiheen päättymiseen, vuoden 2004 loppuun saakka, avainhenkilöhaastatteluihin kertyneen tiedon sekä henkilöstö- ja väestötutkimustiedon, asiakirja-aineiston ja

paikallislehden aineiston perusteella. Analyysia jäsen­nän toimeenpanotutkimuk­sen viitekehyksellä, jonka mukaan alakysymyksiä ovat seuraavat:

- a) Mitä ratkaisuja toimeenpanovaiheen aikana tehtiin?
- b) Mitkä olivat toimeenpanevan organisaation mahdollisuudet toteuttaa muutos ja mitkä tekijät edistivät tai haittasivat muutoksen toteuttamista?
- c) Olivatko toimeenpanevat henkilöt kykeneviä ja sitoutuneita muutoksen toi­meenpanoon ja mitkä tahot edistivät tai vastustivat muutosta?
- d) Toimivatko toimeenpanevaan verkostoon kuuluvat organisaatiot päätöksissä asetettujen tavoitteiden mukaisesti vai omien erilaisten tavoitteiden mukaises­ti?
- e) Miten toimintaympäristö vaikutti toimeenpanon toteutumiseen?
- f) Miten asetetut tavoitteet saavutettiin?

Toimeenpanoprosessia seurataan kokeiluvaiheen päättymiseen eli vuoden 2004 loppuun saakka, mutta aineistoa on täydennetty joiltakin osin aina vuoden 2008 alkuun asti. Toinen tutkimuskysymys liittyy mallin tavoitteisiin 2–9 ja toimeenpa­non tavoitteisiin 2–6.

Kolmas tutkimuskysymys, mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen, on luonteeltaan edellisiä yleisempi ja liittyy mallin tavoitteisiin 12–13. Vertaamalla tässä tutkimuksessa kertynyttä tie­toa aikaisempaan tutkimustietoon ja parhaillaan meneillään oleviin kehityssuun­tiin (esim. PARAS-hanke, terveydenhuoltolakiuudistus) pyritään nostamaan esille päätelmiä, joista voisi olla yleisempää hyötyä toteutettaessa sosiaali- ja terveyden­huollon uudistuksia.

Taulukkoon 7 olen yhdistänyt mallin, toimeenpanon ja tämän tutkimuksen tavoitteet/tutkimuskysymykset ja jäsentänyt ne niin, kuin ymmärrän niiden vas­taavan toisiaan. Tämä jäsen­nys tulee ohjaamaan myös tulosten analyysia ja johto­päätösten tekoa toimeenpanon onnistumisesta.

Taulukko 7. Mallin tavoitteet, toimeenpanon tavoitteet ja tämän tutkimuksen tavoitteet/ tutkimuskysymykset

(1) Selvitysvaihe Mallin tavoitteet/arviointikriteerit toteutettavan mallin valinnassa	(2) SHP:n hallituksen päätös Toimeenpanon tavoitteet ja periaatteet	(3) Tämän tutkimuksen tavoitteet/tutkimuskysymykset
Talous 1. Terveysmenot Pirkanmaan keskitasolle	1. Kuntien tarvekioiduille terveysmenoilta (euroa/asukas) asetetaan tavoitetaso (Pirkanmaan, koko maan tai muu taso), joka pyritään saavuttamaan yksikön toimenpitein sovitun ajan kuluessa.	T1. Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveysmenoihin ja terveyspalvelujen saatavuuteen?
Toiminta ja voimavarat 2. Lääkärien saatavuus turvattu 3. Koulutusmahdollisuudet säilyvät 4. Ammattitaitoinen henkilökunta voidaan säilyttää 5. Voimavarojen joustava käyttö 6. Työpaikkana houkutteleva 7. Sovittu porrastus toteutuu 8. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntien yhteistyö toteutuu 9. Perustuu järkevään työnjakoon	2. Toiminnot mitoitetaan väestön tarpeita ja sopimus kuntien tilauksia vastaaviksi sovitun ajan kuluessa. 3. Henkilöstö mitoitetaan toiminnan edellyttämälle tasolle sovitun ajan kuluessa. 4. Päällekkäiset terveyskeskuksen, aluesairaalan ja kuntien toiminnot yhdistetään. 5. Yhdistettävien toimintojen henkilöstö mitoitetaan toiminnan edellyttämälle tasolle. 6. Henkilöstö otetaan mukaan muutosten suunnitteluun toteuttamisen alusta alkaen.	T2. Miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano on toteutunut? T2 a) Mitä ratkaisuja toimeenpanovaiheen aikana tehtiin? T2 b) Mitkä olivat toimeenpanevan organisaation mahdollisuudet toteuttaa muutos ja mitkä tekijät edistivät tai haittasivat muutoksen toteuttamista? T2 c) Olivatko toimeenpanevat henkilöt kykeneviä ja sitoutuneita muutoksen toimeenpanoon ja mitkä tahot edistivät tai vastustivat muutosta? T2 d) Toimivatko toimeenpanevaan verkostoon kuuluvat organisaatiot päätöksissä asetettujen tavoitteiden mukaisesti vai omien erilaisten tavoitteiden mukaisesti? T2 e) Miten toimintaympäristö vaikutti toimeenpanon toteutumiseen? T2 f) Miten asetetut tavoitteet saavutettiin?
Palvelujen saatavuus 10. Erikoissairaanhoidon palvelut säilyvät paikkakunnalla 11. Palvelut saadaan läheltä joustavasti		Ks. T1: Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on palvelujen saatavuuteen?
Muut tekijät 12. Elinvoimainen nykyisellä väestöpohjalla 13. Innovatiivisuus		T3. Mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen?

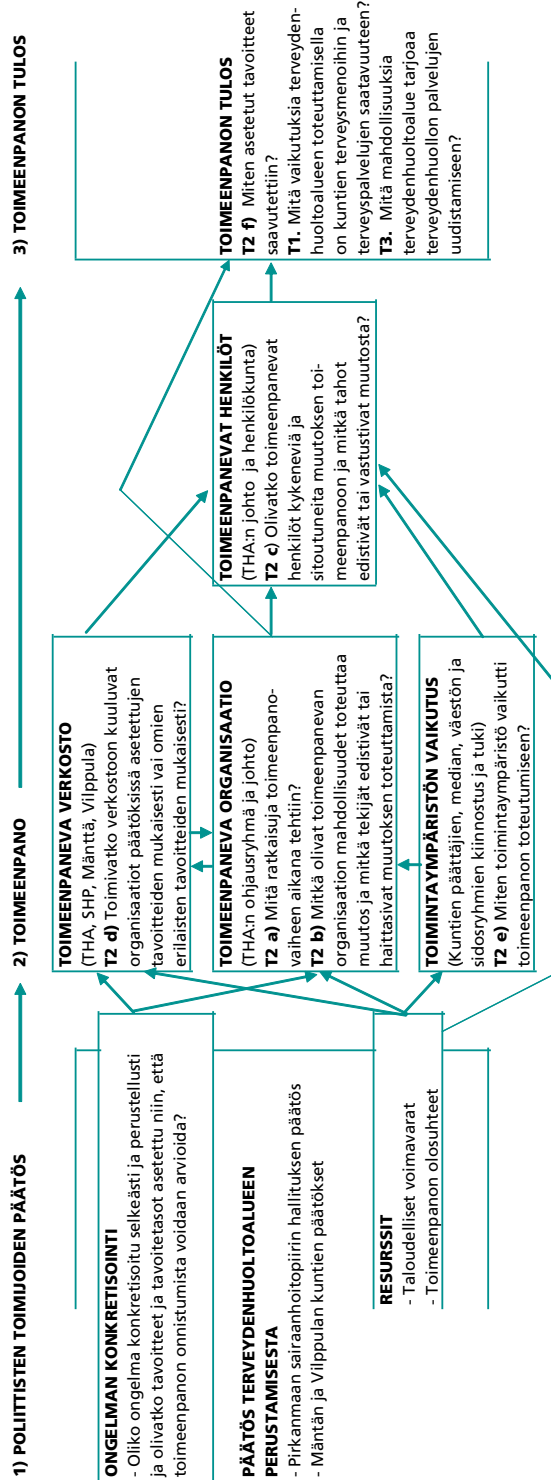
5.2 Tutkimuksen viitekehys

Alaluvussa 3.3 olen kuvannut van Meterin ja van Hornin sekä Sabatierin ja Mazmanianin esittämät toimeenpanon analyysimallit. Hyödynnän molempia malleja yhdistäen niistä käyttööni tämän tutkimuksen kannalta oleellisen. Van Meterin ja van Hornin analyysimallista otan viitekehyyksen rungon. Analyysimalli jäsentyy aluksi systeemiteoreettisen ajattelun mukaan kolmeen osaan: 1) poliittisten toimijoiden päätökseen, 2) toimeenpanoon ja 3) toimeenpanon tuloksiin. Viitekehyyksen runkoa olen täydentänyt po. Sabatierin ja Mazmanianin mallin sisällöllä tämän tutkimuksen tarpeiden mukaisesti. Kuviossa 6 on esitetty terveydenhuoltoalueen toimeenpanon arvioinnin viitekehys (van Meter ja van Horn 1975, Sabatier ja Mazmanian 1981) ja tutkimuksen tavoitteiden/tutkimuskysymysten asemointi siihen.

Toimeenpanon lähtökohta on tässä tutkimuksessa *poliittisten toimijoiden päätös* (1) terveydenhuoltoalueen perustamisesta. *Päätös* perustui sairaanhoitopiiriin ja alueen kuntien yhdessä käynnistämään selvitykseen, jossa kartoitettiin seudun terveydenhuollon ja vanhustenhuollon ongelmat ja eri toimijoiden tavoitteet, paikannettiin muutostarve, selvitettiin erilaiset toimintavaihtoehdot ja asetettiin uuden toimintamallin tavoitteet ja tavoitetaso muutokselle. Päätös määritteli myös resurssit ja olosuhteet, joissa uuden toimintamallin toimeenpano tullaan toteuttamaan. Resursseilla tarkoitetaan tässä muun muassa käytettävissä olevaa rahaa, mahdollista investointitukea ja osaavaa henkilöstöä. Olosuhteilla tarkoitetaan terveydenhuoltoalueen toteuttamista osana Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kehittämistoimintaa. Olosuhteet olisivat olleet hyvin toisenlaiset, jos perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja olisi yhdistetty esimerkiksi kuntien toimesta ja resursseilla. *Tutkijana kysyn, oliko ongelma konkretisoitu selkeästi ja perustellusti ja oliko tavoitteet ja tavoitetaso asetettu niin, että toimeenpanon onnistumista voidaan arvioida?*

Toimeenpanoa (2) tarkastellaan tässä tutkimuksessa neljän eri näkökulman avulla, näitä ovat toimeenpaneva organisaatio, toimeenpanevat henkilöt, toimeenpaneva verkosto ja toimintaympäristö, joka vaikuttaa toimeenpanoon.

Toimeenpanevalla organisaatiolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoaluetta, joka rajataan käsittämään terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän (Mäntän ja Vilppulan sekä sairaanhoitopiiriin edustajat ohjausryhmässä) ja terveydenhuoltoalueen johdon (johtaja ja johtoryhmä). Toimeenpanevan organisaation mahdollisuuksiin toteuttaa muutos vaikuttaa annettujen resurssien lisäksi se, miten selkeät ja johdonmukaiset tavoitteet ovat ja miten selkeä on näkemys muutostarpeesta ja etenemistiestä. Toimeenpanevalla organisaatiolla on merkittävä rooli toimeenpanoon liittyvän verkoston (terveydenhuoltoalue, sairaanhoitopiiri, Mänttä, Vilppula) sitouttamisessa ja toimintojen yhteensovittamisessa. Myös toimintaympäristön vaikutus toimeenpanoon on merkittävä, erityisesti kuntien taloudellinen tilanne ja päättäjien tuki sekä se, tukeeko media toimeenpanon onnistumista. *Tut-*



Kuvio 6. Tutkimuksen viitekehys ja tutkimuskysymykset

kijana kysyn, mitä ratkaisuja toimeenpanovaiheen aikana tehtiin ja mitkä olivat toimeenpanevan organisaation mahdollisuudet toteuttaa muutos ja mitkä tekijät edistivät tai häitäsivät muutoksen toteuttamista?

Toimeenpanevilla henkilöillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoalueen johtoa ja henkilökuntaa. Toimeenpanevien henkilöiden kyvykkyys ja sitoutuneisuus vaikuttavat toimeenpanon onnistumiseen. Johdon kyky sitouttaa henkilökuntaa on myös tärkeä toimeenpanon onnistumiseksi. Toimeenpanevien henkilöiden kyvykkyyteen ja sitoutuneisuuteen vaikuttavat toimeenpanevan organisaation, erityisesti ohjausryhmän, toiminta ja toimeenpanevan verkoston toiminta. Tutkijana kysyn, olivatko toimeenpanevat henkilöt (terveydenhuoltoalueen johto ja henkilöstö) kykeneviä ja sitoutuneita muutoksen toimeenpanoon ja mitkä tahot edistivät tai vastustivat muutosta?

Toimeenpaneva organisaatio ei toteuta tehtäväänsä yksin, vaan yhdessä muiden alueellisten toimijoiden kanssa, joista muodostuu verkosto. Tässä tutkimuksessa muilla toimijoilla tarkoitetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä, Mäntän kaupunkia ja Vilppulan kuntaa. Toimeenpanon selkeät ja johdonmukaiset tavoitteet luovat yhteisen näkemyksen muutostarpeesta ja auttavat verkostoa toimimaan yhteisten tavoitteiden suuntaisesti. Verkoston toiminta tavoitteiden mukaisesti tai vastaisesti vaikuttaa toimeenpanevan organisaation ja henkilöiden kykyyn ja mahdollisuuksiin toteuttaa muutos. Tutkijana kysyn, toimivatko toimeenpanevaan verkostoon kuuluvat organisaatiot (terveydenhuoltoalue, sairaanhoitopiiri, Mänttä, Vilppula) päätöksissä asetettujen tavoitteiden vai omien erilaisten tavoitteiden mukaisesti?

Toimintaympäristön taloudelliset ja poliittiset olot vaikuttavat merkittävästi toimeenpanevaan organisaatioon, toimeenpanijoiden mahdollisuuksiin ja sitoutuneisuuteen sekä toimeenpanon tulokseen. Toimintaympäristössä vaikuttavia tekijöitä ovat lisäksi median kiinnostus sekä väestön ja sidosryhmien tuki. Tutkijana kysyn, miten toimintaympäristö (kuntien taloudellinen tilanne, päättäjien ja väestön tuki, median kiinnostus, sidosryhmien tuki) vaikutti toimeenpanon toteuttamiseen?

Toimeenpanon tulosta (3) arvioidaan selvittämällä, miten hyvin asetetut tavoitteet on saavutettu. Tutkijana kysyn, mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveystiloihin ja terveystalouden saatuun?

Tutkimuksen kohteena on uudistuksen toimeenpano, jossa terveydenhuollon palvelujärjestelmää muutetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Tutkijana kysyn, mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen?

Toimeenpanotutkimuksessa arvioidaan toimeenpanon onnistumista. Tässä tutkimuksessa ei arvioida, oliko päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta hyvä vai huono, vaan tässä arvioidaan tehdyn päätöksen vaikutuksia ja toimeenpanon onnistumista. Tutkimus antaa vain rajoitetusti tietoa toiminnan sisällöllisestä uudistamisesta, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon ruohonjuuritason toimintojen integroitumisesta muutosprosessissa, koska tämä ei ole ollut

tutkimuksen kiinnostuksen kohteena. Myös uuden organisaation sisäinen toimivuus on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

5.3 Tutkimuksen toteuttaminen

Tämä tutkimus on seurantatutkimus, jossa Mäntän seudun terveydenhuollon uudistamista seurataan noin kahdeksan vuoden ajan. Arviointi on seurantavuosien aikana tehty kaikkiaan neljä kertaa. Tämä tutkimus on neljäs arviointi, joka hyödyntää kolmen edellisen arvioinnin tuloksia. (Kuvio 7, s. 86.) Olen osallistunut arvioinnin toteuttamisen kaikkiin vaiheisiin.

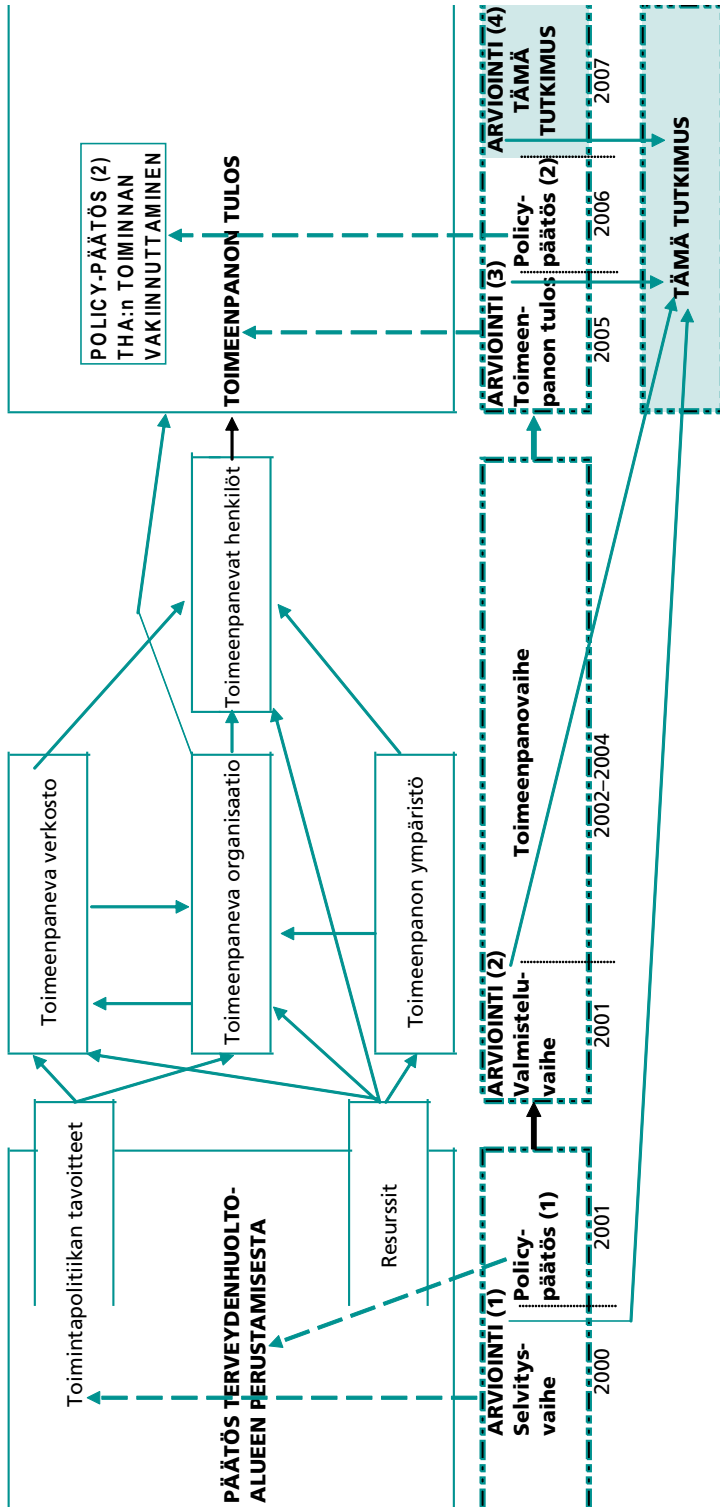
Päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta tehtiin vuoden 2001 tammi-kuun 23. päivänä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksessa (Policy-päätös 1).

Päätös perustui selvitysmiehen tekemään selvitysvaiheen arviointiin (arviointi 1), jossa ongelmat konkretisoitiin sekä ehdotettiin uutta toimintamallia, jolle asetettiin tavoitteet ja ehdotettiin tavoitetasoa. Arviointiaineistosta muodostui tämän tutkimuksen *selvitysvaiheen aineisto*. Tässä tutkimuksessa hyödynnän selvitysvaiheen aineistosta ennen kaikkea haastatteluja ja tilastotarkastelua.

Vuosi 2001 oli terveydenhuoltoalueen käynnistymisen valmisteluvuosi. Keräsin *lähtötilanteen aineiston* (arviointi 2) vuoden 2001 loppupuolella, juuri ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä. Keräsin aineistoa väestötutkimuksella, henkilöstötutkimuksella ja haastattelemalla avainhenkilöitä, joista useimpia oli haastateltu jo selvitysvaiheessa. Väestö- ja henkilöstötutkimuksen tuloksia raportoitiin terveydenhuoltoalueella vuoden 2002 puolivälissä.

Terveydenhuoltoalueen kolmen ensimmäisen toimintavuoden tulosten alustava arviointi (arviointi 3) toteutettiin vuonna 2005 (Junnila 2005). Toteutin arvioinnin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimeksiantona vuoden 2005 alkupuolella. *Alustavan arviointivaiheen aineiston* keräsin uusimalla väestö- ja henkilöstötutkimukset sekä haastattelemalla avainhenkilöitä, joista useita oli haastateltu jo selvitys- ja valmisteluvaiheissa. Tilastoanalyysin tein vuosilta 1993–2003. Hyödynsin myös valmisteluvaiheessa ja selvitysvaiheessa kerättyjä aineistoja. Päätös (Policy-päätös 2) terveydenhuoltoalueen toiminnan vakiinnuttamisesta aiemmin sairaanhoitopiirin perussopimuksessa sovitussa laajuudessa tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksessa toukokuussa 2006 (HALL 22.5.2006 § 107 ja OHJ 6.6.2006 § 24)¹⁰.

10 Arviointiraportti sekä Mäntän ja Vilppulan lausunnot siitä käsiteltiin sairaanhoitopiirin hallituksessa syyskuussa 2005 (HALL 26.9.2005 § 207). Silloin päätettiin järjestää neuvottelu Ylä-Pirkanmaan kuntien kanssa terveydenhuoltoalueen toiminnan laajentamisesta vanhustenhuoltoon ja muihin Ylä-Pirkanmaan kuntiin. Toimintaa päätettiin jatkaa aiemmin sovitulla tavalla (HALL 22.5.2006 § 107), koska vain Mänttä, Vilppula ja Juupajoki (Juupajoki oli pieneltä osalta jo mukana) pitivät toiminnan laajentamista tarpeellisenä. Yksikään kunnista ei pitänyt vanhustenhuollon sisällyttämistä terveydenhuoltoalueeseen tarpeellisenä.



Kuvio 7. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toimeenpanoprosessin arviointi tässä tutkimuksessa

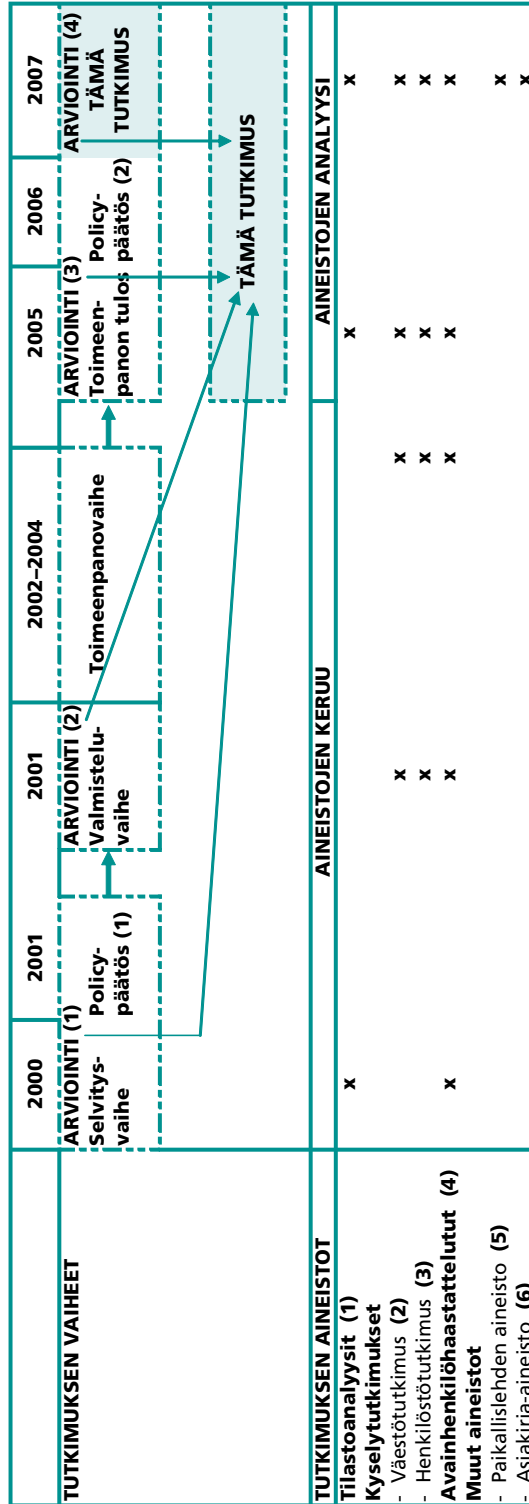
Tämä tutkimus (arviointi 4) hyödyntää kaikkia prosessin aikana kertyneitä aineistoja, ja niitä on täydennetty ajankohtaistamalla tilastanalyysia ja keräämällä joitakin keskeisiä lisätietoja tämän tutkimuksen tarpeita vastaavaksi.

5.4 Käytetyt aineistot ja analyysimenetelmät

Käytetyt aineistot

Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu kuudesta eri aineistosta, joita on kerätty vuoden 2000 Mäntän seudun terveydenhuollon kehittämisselvityksestä lähtien. Seuraavassa jäsenän tutkimukseni aineistoja kahdella tavalla: Ensinnäkin sitä, miten eri aineistojen keruu on vaiheistunut seuranta-aikana selvitysvaiheesta tämän tutkimuksen toteuttamiseen (kuvio 8, s. 88). Luvun lopussa taulukossa 11 yksilöin, miten hyödynnän eri tutkimusaineistoja vastatessani tutkimuskysymyksiin.

- (1) Tutkimuksen *tilastoaineisto* kattaa suurelta osin tiedot vuodesta 1993 vuoteen 2006. Tuoreimmat kustannustiedot olivat syksyllä 2007, tätä tutkimusta viimeisteltäessä, saatavilla vuoteen 2005 asti. Joitakin toimintatietoja on päivitetty terveydenhuoltoalueelta saaduilla henkilökohtaisilla tiedonannoilla vuoden 2007 tiedoilla. Tilastojen pohjalta analysoin tässä tutkimuksessa väestörakenteen kehitystä 1993–2006, palvelujen tarvetta, palvelujen käyttöä ja mitoitusta ja menoja ja niiden kehitystä vuosina 1993–2005. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon talousarvioiden toteutumista analysoin vuosilta 1990–2006.
- (2–3) *Kyselytutkimuksilla* olen kerännyt tietoa sekä *väestöltä* että *henkilöstöltä*. Kyselytutkimukset toteutettiin kaksi kertaa, ensimmäisen kerran juuri ennen terveydenhuoltoalueen perustamista syksyllä 2001 ja toisen kerran toimeenpanovaiheen päättyessä syksyllä 2004. Väestökyselyllä kerättiin asukkaiden näkemyksiä palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Henkilöstölle suunnatulla kyselyllä selvitettiin muutoksen vaikutuksia työhön ja henkilöstöön. Toista kyselykertaa varten kysymyksiin tehtiin vain joitakin muutosprosessin vaiheeseen liittyviä tarkennuksia. Kyselytutkimuksen tuloksia hyödynnän toimeenpanoprosessin analysoinnissa ja arvioidessani tavoitteiden saavuttamista.
- (4) *Avainhenkilöhaastattelut* on toteutettu kolme kertaa. Haastatteluissa on eri kerroilla ollut useita samoja henkilöitä. Ensimmäiset haastattelut tehtiin selvitysvaiheessa vuonna 2000, jolloin avainhenkilöiltä kysyttiin näkemyksiä muutostarpeista ja muutoshalukkuudesta. Toinen haastattelukierros toteutui juuri ennen terveydenhuoltoalueen perustamista syksyllä 2001 ja kolmas toimeenpanovaiheen päättyessä joulukuussa 2004 ja keväällä 2005, jolloin kysyin haastateltavilta arvioita muutoksen ja tavoitteiden toteutumisesta. Haastatteluaineistoja käytän kuvaamaan muutostarvetta (2000), toimijoiden arvioita lähtötilanteesta ja mallille asetettuja odotuksia (2001) sekä tavoitteiden toteu-



Kuvio 8. Tutkimuksen aineistot ja aineistojen keruu vuosina 2000–2007

- tumista (2004–2005). Hyödynnän aineistoa myös muutoksen ja muutosprosessin kuvaamisessa.
- (5) Olen myös seurannut *paikallislehden* kirjoittelua muutosprosessin käynnistäneestä selvitysvaiheesta lähtien. Lehtikirjoittelussa esiin tulevia näkökantoja käytän tässä analysoidessani, miten media oli tukevana tai vastustavana tekijänä muutoksessa. Lehtikirjoituksia käytän myös elävöittämään muuta tutkimusaineistoa.
 - (6) *Asiakirja-aineiston* keräsin 2007 tätä tutkimusta varten vuosilta 2001–2005. Asiakirja-aineistona käytän terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän ja johtoryhmän pöytäkirjoja, Mäntän ja Vilppulan kunnanhallituksen ja kunnanvaltuuston sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen päätöksiä terveydenhuoltoalueesta. Asiakirja-aineistoa hyödynnetään täsmentäessä tietoja toimeenpanoprosessin vaiheista.

Aineistojen keruu

Seuraavaksi kuvaan tässä tutkimuksessa käytettyjen aineistojen keruumenetelmiä samassa järjestyksessä kuin ne on edellä esitetty. Tilastoanalyysien aineistot ja menetelmät olen käsitellyt muista tutkimusaineistoista poiketen niiden tulosten analysoinnin yhteydessä luvussa 8.

Väestökysely

Väestön mielipidettä palveluista on kysytty tässä tutkimuksessa kaksi kertaa. Ensimmäinen kysely toteutettiin marraskuussa 2001, juuri ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä. Silloin palveluja ei vielä ollut muutettu ja siksi kysely toimii selkeästi lähtötilanteen arvioina. Toinen kysely toteutettiin marrasjoulukuussa 2004, jolloin kolmas toimintavuosi oli loppumassa ja palvelujen järjestämistapaa oli muutettu monella tavalla. Muutokset olivat kyselyhetkellä varsin tuoreita tai vasta käytännössä toteutumassa.

Kyselyä suunniteltaessa osoittautui ongelmaksi löytää kyselylomake, joka palvelisi tämän tutkimuksen tavoitteita. Lomaketta etsittiin muun muassa tiedostohauilla ja haastattelemalla johtavia terveydenhuoltotutkijoita. Parhaiten tutkimuksen tarpeita vastasi kyselylomake, jota oli käytetty tutkittaessa kuntalaisten arviota ja osallisuutta sosiaali- ja terveystalouteen Kuopion ja Keski-Suomen lääneissä (Kivinen ym. 1997). Tämä otettiin pohjaksi kyselylomakkeen laadinnalle, mutta lomaketta laadittaessa hyödynnettiin soveltuvin osin myös muita aiemmin validoituja kyselylomakkeita (mm. Sohlberg 1992, Arinen ym. 1998). Kysymykset muotoiltiin tämän tutkimuksen tavoitteiden pohjalta. Lomakkeen laadinnassa pyrittiin ottamaan myös huomioon, että sitä tulisi voida hyödyntää sellaisenaan tutkimuksen toisessa vaiheessa. Lomakkeen tietosisällöksi määräytyivät julkisten ja

yksityisten palvelujen käyttö, palvelukokemukset terveyskeskuksessa, aluesairaalas- ja yksityissektorilla, tiedon saanti julkisista terveydenhuollon palveluista ja niitä koskevista muutoksista, odotukset terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta ja terveyspalvelujen laadun arviointi. Kyselylomakkeessa oli tausta- ja tunnistetietojen lisäksi 17 kysymyssarjaa, joissa kaikissa on lukuisia alakohtia. Kaikkiaan lomakkeessa oli 118 kysymystä.

Kyselylomaketta testattiin 10 henkilön toimesta, joista seitsemän tutkija valitsi satunnaisesti Mäntän sairaalassa vastaanottoa odottavien eri-ikäisten henkilöiden joukosta. Tutkija luovutti lomakkeen kullekin vastaajalle kertoen samalla tutkimuksen ja testauksen tarkoituksesta. Vastaajien kanssa sovittiin, että he täyttävät lomakkeen odotellessaan ja että lomake palautetaan ja kommentoidaan tutkijalle suullisesti heti, kun se on mahdollista. Kolme testaaajista oli tutkijan majoittaneen mänttäläisen hotellin työntekijöitä, myös heiltä saatiin kommentit suullisesti välittömästi lomakkeen täyttämisen jälkeen. Testihenkilöt eivät esittäneet merkittäviä muutoksia lomakkeeseen. Lomaketta pidettiin pitkänä, mutta ymmärrettävänä ja kohtuullisen helposti täytettävänä. Ennen lomakkeen monistamista se tarkastettiin vielä huolellisesti ja jokaisen kysymyksen tarpeellisuus punnittiin erikseen.

Vuonna 2004 toteutettua uusintakyselyä varten lomake tarkistettiin vastaamaan kyselyvaiheen olosuhteita. Muunnettu lomake käytiin läpi osastonhoitajien kokouksessa, jotta palveluyksiköiden nimet vastaisivat mahdollisimman hyvin todellisuutta. Keskustelussa todettiin, että uudet nimitykset eivät vielä ole vakiintuneet ja väestö tuntee yksiköt vanhoilla nimillä.

Väestötutkimuksen *tavoiteperusjoukoksi* määräytyi siten Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan väestö. Terveyspalvelujen käyttöä koskevaa kyselyä ei kuitenkaan haluttu lähettää lapsille eikä laitoksessa hoidettaville, joten *kehikkoperusjoukoksi* määriteltiin 15-vuotiaat ja sitä vanhemmat ei laitoksissa asuvat mänttäläiset ja vilppulalaiset.

Otoksen tietojen poimintaperusteiksi määriteltiin 5 % 15–64-vuotiaista, ei laitoksissa asuvista ja 15 % 65-vuotiaista ja sitä vanhemmista, ei laitoksissa asuvista. 65 vuotta täyttäneiden suurempi suhteellinen osuus perustui ajatukseen saada työikäisten ja vanhusikäisten tutkimusperusjoukot vastaavan kokoisiksi ja mahdollistaa siten vertailu. Ikääntyneitä otettiin tutkimukseen mukaan yhtä paljon kuin työikäisiä, koska haluttiin varmistaa, että paljon palveluja käyttäviä ikääntyneitä on riittävästi vastaajina. Poiminnat tehtiin satunnaisotantana kunnittain. Näin otoskooksi saatiin 789, joista 422 oli mänttäläisiä ja 367 vilppulalaisia. Työikäisiä oli otoksessa 415 ja ikääntyneitä 375. Väestörekisterikeskus teki poiminnan annetuilla ehdoilla ja luovutti osoitetiedot postikyselyä varten.

Vuonna 2004 toteutettiin seurantakysely samoille henkilöille kuin vuonna 2001. Seurantakyselyä varten vuoden 2001 otannan väestötiedot tarkistettiin Väestörekisterikeskuksen asiantuntijoiden avulla. Alkuperäisestä otoksesta oli kolmessa vuodessa poistunut yhteensä 96 asukasta, näistä 38 (4,8 %) oli kuollut ja 46 muuttanut pois Mäntästä tai Vilppulasta. Eläkeläisiä oli poistunut molempien kuntien

Taulukko 8. Väestökyselyjen otoskoko, vastaajien määrä ja vastausprosentti

	2001			2004		
	Mänttä	Vilppula	Yhteensä	Mänttä	Vilppula	Yhteensä
Otos	422	367	789	422	367	789
5 % / 15–64	230	185	415	230	185	415
15 % / 65+	192	182	374	192	182	374
Vastaukset yhteensä	248	262	510	258	291	549
– 15–64	122	108	230	128	120	248
– 65+	126	150	276	129	170	299
– Ikätieto puuttuu		4	4	1	1	2
Vastausprosentti (%) yhteensä	59	71	65	61	79	70
– 15–64	53	58	55	56	65	60
– 65+	66	82	74	67	93	80

otoksesta noin 3 % ja työikäisiä oli poistunut Mäntästä noin 4 % ja Vilppulasta noin 2 %. Puuttuvat havaintoyksiköt korvattiin samanikäisillä, samaa sukupuolta olevilla mänttäläisillä ja vilppulalaisilla. Näin täydennetty seurantajoukko vastasi mahdollisimman hyvin alkuperäistä otantaa.

Ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistämistä vuonna 2001 tehdyssä väestökyselyssä saatiin kaikkiaan 510 vastausta, vastausprosentti oli 65 (taulukko 8). Seurantavaiheen väestökyselyyn vuonna 2004 vastasi kaikkiaan 549, vastausprosentti oli 70.

Kyselyssä vastaajille annettiin myös mahdollisuus ilmaista vapaasti näkemyksiään terveydenhuoltoalueesta ja yleisesti terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen liittyvistä asioista. Avovastauksia saatiin vuonna 2001 yhteensä 143, joista mänttäläisiltä 73 (29 % vastanneista) ja vilppulalaisilta 70 kommenttia (27 % vastanneista).

Seurantavaiheessa vuonna 2004 avovastauksia saatiin molemmista kunnista selvästi enemmän kuin ennen terveydenhuoltoalueen käynnistymistä. Mänttäläisistä vastaajista 91 (35 %) ja vilppulalaisista 118 (41 %) käytti tämän mahdollisuuden.

Henkilöstökysely

Henkilöstön mielipiteitä muutosprosessista on kysytty tässä tutkimuksessa kaksi kertaa. Ensimmäinen kysely toteutettiin marraskuussa 2001, juuri ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä. Silloin palveluja ei vielä ollut muutettu ja siksi kysely toimii selkeästi lähtötilanteen arvioina. Toinen kysely toteutettiin marras-joulukuussa 2004, jolloin kolmas toimintavuosi oli loppumassa ja palvelujen järjestämistä oli muutettu monella tavalla. Henkilöstön kannalta suurimmat muutokset olivat tällöin oletettavasti toimipisteiden yhdistäminen ja

siirto Mäntän sairaalan tiloihin, vuodeosastotoiminnan supistamiset sekä uusien toimintatapojen opettelu yhdistetyissä työpisteissä.

Tässä tutkimuksessa toteutettu henkilöstökysely perustuu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 2000 ja 2002 toteutettuun muutosprosessin seurantatutkimukseen (Kinnunen ja Lindström 2005a). Lomake valittiin, koska se oli valmis, testattu käytännössä ja sitä oli helppo soveltaa tämän tutkimuksen tarpeisiin. Lomaketta muokattiin vain jonkin verran tämän tutkimuksen tavoitteiden ja lomakkeen testauksessa saatujen kommenttien perusteella.

Kyselylomakkeen sisältö koostuu kahdesta osasta: ensimmäinen osa käsittelee työyhteisöä, työtyytyväisyyttä ja johtamista, toinen osa muutoksen luonnetta ja sen johtamista. Lomakkeen sisältöalueita ovat tunniste- ja taustamuuttujien lisäksi työ- ja työyhteisö, työhön liittyvät epävarmuustekijät, johtaminen, työtyytyväisyys ja motivaatio, muutokset sekä terveys ja työkyky. Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty ensisijaisesti lomakkeen muutoksen luonnetta ja sen johtamista koskevaa osaa. Kyselylomakkeessa on tausta- ja tunnistetietojen lisäksi 21 kysymysarjaa, joissa kaikissa on lukuisia alakohtia. Kaikkiaan lomakkeessa oli 183 kysymystä.

Lomaketta testattiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa lomaketta testattiin neljällä erilaisen taustan omaavalla henkilöllä, joista kaksi oli tutkijaa, yksi sairaanhoitaja ja yksi toimistotyöntekijä. Lomaketta täsmennettiin ja selkeytettiin saatujen kommenttien perusteella. Lomakkeen varsinainen testaus tapahtui Päijät-Hämeen keskussairaalassa, jossa yksi osastonhoitaja järjesti viisi eri asemassa olevaa työntekijää vastaamaan lomakkeeseen ja kommentoimaan sitä. Kaikki testaajat saivat myös kirjallisen saateen, jossa kerrottiin tutkimuksen ja testauksen tarkoituksesta. Kommentit sain puhelimitse, minkä jälkeen tein lomakkeeseen vielä joitakin korjauksia ennen niiden käyttöä tässä tutkimuksessa.

Lupa kyselyn toteuttamiseen kysyttiin Mäntän sairaalan johdolta, Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymän hallitukselta ja terveydenhuoltoalueen johtoryhmältä.

Vuonna 2004 toteutettua seurantakyselyä varten lomake tarkistettiin vastaamaan kyselyvaiheen olosuhteita. Lomakkeeseen tehtiin vain joitakin pieniä aikamuoto- ym. muutoksia. Seurantakyselyn taustatietoihin lisättiin kohta, jossa kysyttiin, oliko vastaaja ollut ennen terveydenhuoltoalueen perustamista aluesairaalan vai terveyskeskuksen työntekijä. Tämän avulla haluttiin saada selville, miten aiemmin eri organisaatioissa työskennelleiden mielipiteet kehittyvät yhdistetyssä organisaatiossa.

Henkilöstökysely osoitettiin ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2001 kaikille terveyskeskuksen ja aluesairaalan työntekijöille ja toisessa vaiheessa vuonna 2004 kaikille terveydenhuoltoalueen työntekijöille. Päätös koko henkilöstön osallistumisesta kyselyyn tehtiin yhdessä terveydenhuoltoalueen johdon kanssa. Kyselyn arveltiin tukevan muutosta, ja siksi ketään ei jätetty tutkimuksen ulkopuolelle.

Kyselyn kohdistaminen koko henkilökunnalle vaikeutti vastausprosentin määrittelyä, koska tarkka henkilöstömäärä oli kummallakin kerralla, erityisesti vuonna

2004, vaikea määrittellä. Aluesairaalassa ja terveyskeskuksessa sekä erityisesti myöhemmin terveydenhuoltoalueella oli vakituisten ja sijaistyöntekijöiden lisäksi useita epätyypillisiä työsuhteita. Molemmilla kerroilla henkilöstön joukossa oli joitakin lyhytaikaisia tai hyvin pienen tuntimäärän kuukaudessa tekeviä työntekijöitä, joiden ”kuulumisesta henkilöstöön” oli vaikea vetää rajaa. Vuonna 2004 terveydenhuoltoalueella työskenteli lisäksi perusterveydenhuollon ostopalvelulääkäreitä ja keskussairaalan kanssa muodostettujen yhteisvirkojen työntekijöitä. Nämä kaikki epätyypillisissä työsuhteissa olleet rajattiin pois tutkimuksen kohdejoukosta. Suurin osa tukipalveluista oli vuonna 2004 ulkoistettu, mutta niiden toimipiste oli Mänttä ja työntekijät olivat yleensä aiemmin olleet terveydenhuoltoalueen työntekijöitä. He kaikki olivat mukana toisenkin kyselykerran kohdejoukossa.

Kysely toteutettiin ensimmäisessä vaiheessa marraskuun toisella viikolla 2001 runsas kuukausi ennen Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen virallista käynnistymistä. Toisessa vaiheessa kysely toteutettiin joulukuun alussa 2004, kolmannen toimintavuoden päättyessä. Molemmilla kerroilla kyselylomakkeet jaettiin terveydenhuoltoalueen esimiesten toimesta henkilökunnalle ja valmiit vastaukset lähetettiin suljetussa kuoressa sisäpostin välityksellä yhteen toimipisteeseen, josta tutkija nouti ne. Kyselylomakkeet koodattiin tallentamista varten. Tallentamisen suoritti tutkimusapulainen.

Ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä vuoden 2001 lopulla henkilökunnan määrä oli 302 ja tehdyssä kyselyssä vastauksia saatiin yhteensä 240 (taulukko 9). Vastausprosentti oli 79,5 ja se oli korkeampi aluesairaalassa (81,5) kuin terveyskeskuksessa (76,9). Vuonna 2004 henkilökunnan määrä oli 266, joten se oli vähentynyt 36 työntekijällä. Kyselyssä vastuksia saatiin 142, joten vastausprosentti oli 53,4. Vastauspyyntö uusittiin terveydenhuoltoalueen johdon ja si-

Taulukko 9. Henkilöstökyselyssä mukana olleen henkilöstön määrä ja vastausprosentti 2001 ja 2004

	2001			2004		
	Alue-sairaala	Terveys-keskus	Yhteensä	* Alue-sairaala	* Terveys-keskus	Terveydenhuolto-alue
Kyselyssä mukana olleen henkilöstön määrä	168	134	302			** 266
Saadut vastaukset	137	103	240	86	56	142
Vastausprosentti (%)	81,5	76,9	79,5			53,4

* Aluesairaalassa/terveyskeskuksessa ennen terveydenhuoltoalueen perustamista työskennelleet.

** Mukana TAYSiin siirtyneet tukipalveluvirat pl. puhelinkeskus, mutta ei yhteisvirkoja, klinikka-ostoja eikä ostopalvelulääkäreitä.

säisen tiedotuslehden välityksellä, mutta niiden vaikutus vastausprosenttiin jäi vähäiseksi.

Molemmilla kerroilla vastaajille annettiin myös mahdollisuus ilmaista vapaasti mielipiteitään ja näkemyksiään terveydenhuoltoalueen perustamiseen ja omaan työhön liittyvistä asioista.

Avainhenkilöhaastattelut

Haastattelumenetelmää pidetään tehokkaana menetelmänä esimerkiksi kyselylomakkeeseen verrattuna (vrt. Hirsjärvi 2002), koska haastattelussa on suuremmat mahdollisuudet motivoida henkilöitä osallistumaan ja vastaamaan kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Haastattelussa on mahdollisuus myös täsmentää vastauksia ja tämä antaa laajemmat mahdollisuudet tulkintaan. Haastattelua pidetään myös sopivana emotionaalisten ja intiimien asioiden tutkimiseen. Tämän tutkimuksen aihe, terveydenhuoltoalueen muodostaminen, on alueen kuntien ja kyseisten organisaatioiden kannalta merkittävä, paljon tunteita herättävä muutos, jossa kaikki haastateltavat ovat osallisia, mutta eri positioissa.

Haastattelun haittana pidetään, että se sitoo paljon tutkijan työaika ja siinä kertyy yleensä paljon epärelevanttia materiaalia (Hirsjärvi 2002). Tässä tutkimuksessa haastatteluja ei nauhoitettu, vaan haastattelu kirjattiin haastattelun aikana tekstitiedostoksi kannettavalla tietokoneella. Olen työni kautta harjaantunut tekemään haastatteluja samalla niitä kirjaamalla, joten menetelmän valinta tähän tutkimukseen oli minulle luonteva. Haastatelllessani pyrin kirjaamaan haastateltavien omin sanoin sen, mitä he vastasivat haastattelukysymyksiin. Kirjaamisessa pyrin myös välttämään omaa tulkintaa tai yhteenvedoa haastateltavan esille nostamista asioista. Kävin kirjaamani muistiinpanot läpi mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen ja täydensin niitä kohtia, joissa kirjaaminen oli jäänyt puutteelliseksi. Valitettavasti tutkimusrahoituksen niukkuus esti haastatteluissa toisen tutkijan käytön, joka olisi luonut edellytyksiä tutkijan mahdollisten subjektiivisten tulkintojen vaikutuksen tunnistamiselle.

Haastateltavien määrä on yleensä esimerkiksi lomakekyselyyn verrattuna pieni ja siksi haastateltavien anonyymiteetin varmistaminen on tutkijalle haaste. Tutkijan tulee huomioida tämä sekä tulosten raportoinnissa että tehdessään tulkintoja. (Hirsjärvi 2002.) Tässä tutkimuksessa on mahdollista, että haastateltavat epäilivät anonyymiuden säilymistä, kun haastateltavia on vähän ja pienellä paikkakunnalla useimmat tuntevat toisensa. Tutkimuksen raportoinnissa pyrin välttämään kaikkea sellaista, mikä voisi mahdollistaa haastateltavien tunnistamisen.

Tässä tutkimuksessa hyödynnettävät haastattelut toteutettiin selvitysvaiheessa keväällä 2000, juuri ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä syksyllä 2001 ja noin kolme ja puoli vuotta käynnistymisen jälkeen keväällä 2005 (haastattelurungot liite 1, haastatellut henkilöt liite 2).

Selvitysvaiheessa haastateltiin 61 avainhenkilöä. Näistä 14 oli Ylä-Pirkanmaan kuntien ja 7 Kuoreveden kunnan poliittisen ja virkamiesjohdon edustajia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin virkamiesjohdon edustajia haastateltiin kaksi ja loput 38 haastateltavaa olivat Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan poliittisen ja virkamiesjohdon edustajia sekä terveyskeskuksen ja aluesairaalan ylimmän johdon edustajia. Tässä tutkimuksessa Ylä-Pirkanmaan ja Kuoreveden kuntien edustajien haastattelut ovat jääneet taka-alalle.

Terveydenhuoltoalueen valmisteluvuoden 2001 loppupuolella toteutettiin avainhenkilöhaastattelut. Tavoitteena oli selvittää, miten terveydenhuoltoalueen toteuttamisen kannalta keskeiset toimijat suhtautuvat muutoksen toteuttamistapaan ja mitä he odottavat muutokselta. Haastatteluja toteutettiin kaikkiaan 38. Haastateltavina oli Mäntän ja Vilppulan päättäjiä ja johtavia viranhaltijoita sekä terveyskeskuksen, aluesairaalan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin johtavia viranhaltijoita. Aluesairaalaan haastateltavaksi valittiin kaikki ylilääkärit, hallintojohtajat, ylihoitaja ja henkilökunnan edustaja, terveyskeskuksesta ylilääkärit, talousjohtaja ja johtava hoitaja. Mäntän kaupunkia ja Vilppulan kuntaa edustivat kaupungin ja kunnan johtajat, valtuuston ja hallituksen puheenjohtajat sekä sosiaalihoitajat. Lisäksi haastateltaviksi pyydettiin aluesairaalan ja terveydenhuollon kuntayhtymän hallituksen puheenjohtajat sekä yksi alueen kansanedustaja. Vuoden 2005 haastateltavat valittiin samalla perusteella, mutta jos tehtävää hoitanut henkilö oli vaihtunut, valittiin haastateltavaksi tehtävän uusi vastuuhenkilö. Taulukkoon 10 on havainnollistettu eri haastattelukertojen haastatellut henkilöt organisaatioittain. Siitä myös selviää, paljonko eri haastattelukerroilla on ollut mukana samoja henkilöitä. Yhteensä 13 haastateltavaa oli mukana kaikissa haastatteluissa, näitä oli kaikissa organisaatioissa, Mäntän kaupungilla eniten. Pääluottamusmiehiä ei haastateltu enää vuonna 2005, koska vuoden 2001 haastattelujen anti tutkimuskysymysten kannalta oli ollut vähäinen.

Vuonna 2001 haastateltaviksi valittiin 42 henkilöä, joista yhteensä haastateltiin 38 eli 90 %. Kahdelle haastatteluihin valitulle ei sopivaa aikaa useista yrityksistä huolimatta saatu järjestettyä. Ehdokkaista kaksi kieltäytyi haastattelusta. Syitä

Taulukko 10. Haastatteluissa 2000, 2001 ja 2005 mukana olleet

Organisaatio	Haastatellut henkilöt			Samoja haastateltavia		Mukana kaikissa haastatteluissa
	2000	2001	2005	2000 ja 2001	2001 ja 2005	
Aluesairaala	10	10	8	6	4	2
Terveyskeskus	6	7	5	4	3	2
Mäntän kaupunki	12	8	9	7	8	6
Vilppulan kunta	9	5	7	4	5	2
Pääluottamusmiehet	1	3				
Sairaanhoitopiiri	2	5	4	2	1	1
YHTEENSÄ	40	38	33	23	21	13

kieltäytymiseen ei selvitetty. Hirsjärven mukaan (2002) haastateltavat eivät aina itsekkään tiedä niitä ja todelliset syyt saattavat olla aivan toiset kuin ne, jotka ilmaistaan.

Hirsjärvi (2002) jakaa haastattelut käsittelyn yhdenmukaisuuden mukaan kolmeen lajiin, jotka ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Lomakehaastattelussa käytetään standardoitua lomaketta, joka sitoo sekä tutkijaa että haastateltavaa. Avointa haastattelua nimitetään myös vapaaksi haastatteluksi, syvähaastatteluksi tai keskustelunomaiseksi haastatteluksi. Avoin haastattelu etenee haastateltavan kiinnostuksen mukaan ja tutkija käsittelee aiheita syvemmin sitä mukaa, kuin niitä tulee esille.

Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt haastattelumenetelmänä teemahaastattelua. Menetelmälle on tyypillistä, että se kohdistetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan (Hirsjärvi 2002). Laadin haastattelujen teemat terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden perusteella. Vuoden 2001 ja 2005 haastatteluissa käytin samaa haastattelurunkoa. Kysymyslistaa ei lähetetty haastateltaville etukäteen, jos he eivät sitä erikseen edellyttäneet.

Jokaisen haastattelun alussa annoin kysymyslistan haastateltavalle ja pyysin heitä katsomaan sen läpi pikaisesti, jotta he saisivat kokonaiskuvan haastattelusta. Kerroin, että johdatan keskustelua, esitän kysymykset ja huolehdin aikataulusta. Samalla painotin, että olen kiinnostunut heidän näkemyksistään kyseisistä teemoista ja pidän heidän antamansa tiedot luottamuksellisina. Pyrin selvittämään, mitä haastateltava todella tarkoittaa sanomallaan. Usein tarvitsin lisäkysymyksiä selvittämään haastateltavan viestiä. Pyrin myös toimimaan neutraalisti ja suhtautumaan jokaiseen haastattelutilanteeseen ainutkertaisena. Vältin myös ”viestin viemistä haastattelusta toiseen” ja esiintymistä ”haastateltavaa viisaampana”. (Vrt. Hirsjärvi 2002.)

Paikallislehden aineisto

Paikallislehti Kuorevesi-Mänttä-Vilppula (KMV) on merkittävä tiedon välittäjä Mäntän seudulla. Kilpailevia paikallislehtiä ei ole, ja Aamulehti, joka on alueen valtalehti, kirjoittaa niukasti Mäntän seudun asioista. Valmistelu- ja toimeenpanovuosien aikana KMV-lehti toimi yhtenä tiedonvälityksen kanavana väestölle. Lehti uutisoi väestön ja kunnan kannalta muutosprosessiin liittyvistä asioista. Myös yleisönosastokirjoittelu oli vilkasta. Seurasin Mäntän seudun tapahtumia paikallislehden välityksellä.

Keräsin paikallislehden terveydenhuollon ja vanhustenhuollon järjestämistä sekä kuntien taloudellista tilannetta koskevat artikkelit vuodesta 2000 lähtien vuoden 2007 loppuun asti (yhteensä 331). Artikkeleiden tallentamisen teki ohjeideni mukaisesti tutkimusassistentti. Artikkelit tallennettiin tiedostoksi niin, että jokaisesta artikkelista kirjattiin päivämäärä, artikkelimuoto (pääkirjoitus, uutinen, kolumni, yleisönosastokirjoitus), otsikko ja tiivistetty sisältö. Jokaisesta artikkelis-

ta arvioitiin myös sen myönteisyys tai kielteisyys terveydenhuoltoaluetta kohtaan ja se, oliko se sävyltään neutraali. Artikkeleiden keruu ei ollut kattavaa, koska kerääminen käynnistyi mielenkiinnostani seurata prosessin etenemistä myös silloin, kun en ollut tutkijana paikkakunnalla, ja koska alun perin ei ollut tarkkaa suunnitelmaa siitä, miten tulen niitä tutkimuksessa hyödyntämään.

Asiakirja-aineisto

Asiakirja-aineiston keräsin 2007 tätä tutkimusta varten vuosilta 2001–2005. Asiakirja-aineistona käytän terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän ja johtoryhmän pöytäkirjoja, Mäntän ja Vilppulan kunnanhallituksen ja kunnanvaltuuston sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen päätöksiä terveydenhuoltoalueesta sekä tietoja Mäntän ja Vilppulan talousarvioiden toteutumisista. Ohjausryhmän pöytäkirjat ja sairaanhoitopiirin hallituksen päätökset ovat asiakirja-analyysin pääaineisto ja muita asiakirjoja on käytetty tukemaan näitä asiakirjoja.

Aineistojen analysointi

Väestökysely

Tässä tutkimuksessa vuosina 2001 ja 2004 toteutettujen väestökyselyjen tuloksia raportoidaan vertaamalla niitä toisiinsa. Aineistoja analysoitiin pääasiassa ristiintaulukoinnilla. Erojen merkitsevyyttä testattiin t-testillä (keskiarvojen ero) ja z-testillä (suhdelukujen ero) (Grönroos 2003). Tulosten tulkinnassa tulee huomioida, että ikääntyneiden mielipiteet painottuvat tuloksissa enemmän kuin työikäisten. Ikääntyneiden vastausprosentti oli molemmilla kerroilla hyvin korkea. Vilppulaisten yli 65-vuotiaiden vastausprosentti oli 82 vuonna 2001 ja 93 vuonna 2004, mitä voi pitää poikkeuksellisen korkeana. Mäntäläisten ikääntyneiden vastausprosentti oli myös hyvä, mutta selvästi vilppulalaisia alhaisempi, se oli 66 vuonna 2001 ja 67 vuonna 2004. Analyysit toteutettiin SPSS 15.0 -tilasto-ohjelmistolla.

Analyysissa avovastauksia tarkasteltiin kunnittain ja ne jaettiin viiteen asiassällön puolesta erilaiseen ryhmään, jotka olivat 1) palvelujen saatavuus, 2) palvelujen laatu, jossa eriteltiin myönteiset ja kielteiset kommentit, 3) selvän ehdotuksen sisältävät kommentit, 4) tiedottamiseen liittyvät kommentit ja 5) neutraalit kommentit. Joukossa oli vastauksia, jotka olisivat voineet kuulua useampaan ryhmään. Erityisesti palvelujen laatu- ja ehdotus-ryhmiin kuuluvia vastauksia oli osin vaikea erottaa toisistaan. Tällöin päätös ryhmään sijoittelusta tehtiin sen perusteella, miten tutkija tulkitsi vastaajan tarkoituksen; arvioitiinko siinä ensisijaisesti palvelujen laatua vai halusiko vastaaja tehdä ehdotuksen palvelujen järjestämiseksi. Erillinen laatu-ryhmän käyttö on myös ongelmallista, koska kaikkien vastausten voidaan katsoa koskevan palvelujen laatua. Joidenkin vastaajien vastaukset sisälsivät kaksi erilaista asiaa, jotka tarvittaessa sijoitettiin eri ryhmiin.

Henkilöstökysely

Vuosina 2001 ja 2004 toteutettujen henkilöstökyselyjen tuloksia analysoidaan vertaamalla ennen terveydenhuoltoalueen perustamista toteutetun kyselyn ja seurantakyselyn tuloksia toisiinsa. Aineistoja analysoitiin pääasiassa ristiintaulukoinnilla. Erojen merkitsevyyttä testattiin t-testillä (keskiarvojen ero) ja z-testillä (suhdelukujen ero) (Grönroos 2003).

Tulokset on analysoitu myös organisaatiokohtaisesti ja niitä käsitellään analyysissa, jos organisaatioiden välillä on ollut selviä eroja. Seurantatutkimuksesta johtuen aluesairaalan ja terveystieteiden työntekijät on eritelty myös vuoden 2004 kyselyssä, vaikka he kuuluivat samaan organisaatioon. Yksinkertaisuuden vuoksi entisen terveystieteiden työntekijöitä kutsutaan raportissa terveystieteiden työntekijöiksi myös vuoden 2004 tietoja raportoitaessa. Analyysit toteutettiin SPSS 15.0 -tilasto-ohjelmistolla.

Avainhenkilöhaastattelut

Avainhenkilöhaastattelut toteutettiin vuosina 2000, 2001 ja 2005 ja niiden analysointi toteutettiin kolmessa vaiheessa eri lähtökohdista ja erilaisin tavoittein (kuvio 8). Yhteistä näille analyyseille on, että haastatteluaineistoja lähestyttiin faktanäkökulmasta, sisällönanalyysin keinoin tavoitteena etsiä avainsanoja ja -lauseita (faktoja), joilla haastateltavat vastaavat esitettyihin kysymyksiin. Analyysissa haastateltavien lausuntoja pidettiin arkiarvioinnin mukaisena kuvana tutkittavasta todellisuudesta (Alasuutari 1995).

Sisällönanalyysi on tapa tarkastella systemaattisesti kvalitatiivisen tutkimusaineiston sisältöä. Sisällönanalyysissa kerätty aineisto järjestetään johtopäätösten tekoa varten, eli se tuottaa raaka-aineet tutkijan teoreettista pohdintaa varten. (Grönfors 1985, Hirsjärvi ja Hurme 1991, Eskola 2001.) Sisällönanalyysi tehdään tässä tutkimuksessa aineistolähtöisesti ja osittain tutkimuksen teoreettisen viitekehän ohjaamana.

Vuoden 2000 haastattelut analysoitiin ensimmäisen kerran selvitystä tehneen tiimin toimesta. Avainsanat ja -lauseet luokiteltiin selvitystehtävän tavoitteiden mukaisesti kolmen pääteeman alle, joilla pyrittiin kartoittamaan haastateltavien näkemyksiä terveystieteiden kehittämistarpeista alueella, suhtautumista vaihtoehtoihin organisaatiomalleihin ja näkemyksiä terveystieteiden kehittämisen linjoista pitemmällä aikavälillä. (Pekurinen ym. 2000.) Tätä tutkimusta varten luin vuoden 2000 haastatteluaineiston huolellisesti uudelleen ja etsin siitä aikaisempaa analyysia täydentäviä tai tarkentavia tietoja kuvaamaan terveydenhuoltoalueen perustamisen taustaa ja lähtötilannetta.

Vuosina 2001 ja 2005 toteutettujen haastattelujen teemat valitsin terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden perusteella. Analyysin käynnistin tutustumalla aineistoon lukemalla sen huolellisesti läpi ja merkitsemällä vastauksista ne

kohdat, jotka sisälsivät tosiasiatietoa, arvioinnin tai näkemyksen esitetystä kysymyksestä. Varsinaisen analyysin toteutin kahdessa vaiheessa. Analyysia hyödynnän toteuttaessani toimeenpanon valmisteluvaiheen ja toimeenpanovaiheen arviointia. Analyysilla pyrin vastaamaan tutkimuskysymykseen: Miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano on toteutunut?

Tulkinnan ensimmäisessä vaiheessa paikansin analyysissa haastateltavien käsitteitä muutosprosessin toteuttamisesta, tehtyjen ratkaisujen vaikutuksista ja asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Avainsanat ja -lauseet luokittelin näiden teemojen mukaisesti. Teemoittelussa aineistosta saadaan esille erilaisia vastauksia tutkimusongelman kannalta olennaisista asioista (Pyörälä 1994, Eskola ja Suoranta 1998). Analyysissa painopisteenä oli etsiä faktoja muutosprosessin toteuttamisesta. Tulkinnassa lähdin empiirisestä aineistosta, mutta täydensin ja täsmensin analyysissa kertynyttä tietoa asiakirja-aineistolla ja elävöitin sitä paikallislehden aineistolla.

Tulkinnan toisessa vaiheessa jäsenin vuosina 2001 ja 2005 toteutettujen haastattelujen analyysin valitsemani toimeenpanotutkimuksen viitekehyksen mukaisesti. Analyysissa etsin faktatietoja toimeenpanevan organisaation ja verkoston, toimeenpanevien henkilöiden sekä toimeenpanon ympäristön näkökulmasta. Analyysia varten ryhmittelin haastatellut henkilöt taustaorganisaation ja viitekehyksen antaman jäsenyyksen mukaisesti (esim. Mäntän tai Vilppulan poliitikot, terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä tai johtoryhmä jne.). Näin minulla oli mahdollisuus tarkastella tutkimusongelman kannalta olennaisia asioita tämän tutkimuksen viitekehyksen mukaisesti.

Yhtenä keskeisenä tekijänä haastattelujen tulkinnassa oli vastausten toistuvuus eli havainto, että useammalla haastateltavalla oli samanlainen näkemys tarkasteltavasta asiasta. Yksinkertaisen määrällisen tarkastelun tarkoituksena on tarkistaa tulkinnan taustalla olevien havaintojen yleisyys (Silverman 1985, Pyörälä 1994, Eskola ja Suoranta 1998). Toisaalta myös yksittäisellä kannanotolla on tässä tutkimuksessa merkitystä, jos se on perusteltu ja liittyy yksiselitteisesti tutkittavaan asiaan.

Teemoittain järjestetyistä vastauksista poimin analyysin yhteydessä sitaatteja kuvaamaan aineistoa ja perustelevaan tutkijan tekemää tulkintaa.

Paikallislehden aineisto

Lehtikirjoittelussa esiin tulevia näkökantoja käytän tässä tutkimuksessa analysoidessani median roolia muutoksessa. Jokainen lehtikirjoitus luokiteltiin sen mukaan, suhtauduttiinko siinä myönteisesti, kielteisesti vai neutraalisti terveydenhuoltoalueeseen. Lehtikirjoituksia käytän myös elävöittämään tutkimusraporttia. Aineiston sisällönanalyysin olen tehnyt kahdensuuntaisesti. Olen lukenut läpi tallennettua tekstitiedostoa ja poiminut sieltä tutkimuksen prosessin seuraamista elävöittäviä kirjoituksia tai asiakokonaisuuksia. Kirjoittaessani analyysia olen myös

etsinyt sitaatteja elävöittämään tai tarkentamaan haastatteluissa esiin nousseita asioita. Poimittujen sitaattien osuvuuden olen tarkistanut alkuperäisistä lehtikirjoituksista.

Asiakirja-aineisto

Asiakirja-aineistoa hyödynnän tässä tutkimuksessa muutosprosessin kuvauksessa yhdessä haastatteluaineiston kanssa. Aineiston sisällönanalyysin käynnistin lukemalla huolellisesti läpi kaikki kerätyt asiakirjat ja merkitsemällä muistiini tutkimukseni kannalta tärkeitä pöytäkirjapykälä. Ohjausryhmän pöytäkirjat sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen pöytäkirjat osoittautuivat analyysissä tutkimukseni kannalta keskeisiksi asiakirjoiksi. Asiakirjoja hyödynsin ensinnäkin todentamaan ja antamaan tarkan ajankohdan joillekin haastatteluissa esiin nousseille asioille. Ohjausryhmän pöytäkirjoja hyödynsin myös joidenkin keskeisten prosessien, kuten esimerkiksi terveydenhuollon kustannusten tavoitetason määrittelyprosessin, kuvaamiseen. Analyysi Mäntän ja Vilppulan talousarvioiden toteutumisista perustuu Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan tilinpäätöstietoihin ja on kuvattu tutkimuksen tilasto-osassa.

Taulukossa 11 on esitetty, miten hyödynnän eri tutkimusaineistoja vastatessani tutkimuskysymyksiin.

Taulukko 11. Tutkimusaineistojen hyödyntäminen tutkimuskysymyksiin vastattaessa

Tutkimuksen aineistot	Tiedonkeruu	Analyysimenetelmät	Aineiston hyödyntäminen tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksittäin
(1) Tilastoaineisto	Stakesin, CHESsin ja Tilastokeskuksen tilastot ja rekisterit, Mäntän ja Vilppulan talousarviot ja tilinpäätökset, terveydenhuoltoalueen toimintatiedot	Aikasarja-analyysi Tarvevakiointi	T1, T3
(2) Väestökysely	Postikysely toimeenpanon valmisteluvaiheessa 2001 ja toimeenpanovaiheen päättyessä 2004	Ristiintaulukointi t-testi z-testi	T1, T2e, T2f
(3) Henkilöstökysely	Lomakekysely toimeenpanon valmisteluvaiheessa 2001 ja toimeenpanovaiheen päättyessä 2004	Ristiintaulukointi t-testi z-testi	T2b, T2c, T2f
(4) Avainhenkilöhaastattelut	Teemahaastattelu selvitysvaiheessa 2000, toimeenpanon valmisteluvaiheessa 2001 ja toimeenpanovaiheen päättyessä 2004–2005	Sisällönanalyysi	T1, T2, T3
(5) Paikallislehden aineisto	Kuorevesi-Mänttä-Vilppula -lehdessä julkaistut alueen terveydenhuoltoa koskevat kirjoitukset 2000–2007	Sisällönanalyysi	T2e
(6) Asiakirjaaineisto	Terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän ja johtoryhmän pöytäkirjat sekä Mäntän ja Vilppulan kunnanhallitusten ja kunnanvaltuustojen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen pöytäkirjat terveydenhuoltoaluetta koskevista päätöksistä 2001–2005	Sisällönanalyysi	T2a, T2d, T2e, T2f

6 TOIMEENPANON LÄHTÖKOHDAT JA TOIMEENPANON VALMISTELU

6.1 Toimeenpanon lähtökohdat

Tässä alaluvussa analysoin terveydenhuoltoalueen toimeenpanon lähtökohtia arvioinnin viitekehysten (van Meter ja van Horn 1975, Sabatier ja Mazmanian 1981) ohjaamana ja tarkastelen, miten muutostarve konkretisoitiin ja perusteltiin ja miten muutoksen tavoitteet asetettiin (ks. kuvio 6, s. 85, poliittisten toimijoiden päätös). Prosessi siitä, miten uuteen toimintamalliin päädyttiin, on kuvattu yksityiskohtaisesti aiemmin luvussa 2.2 ja se, miten asetetut tavoitteet ohjaavat tätä tutkimusta, on kuvattu luvussa 5.1.

Ongelman konkretisointi ja selkeä, perusteltu näkemys muutostarpeesta

Sabatierin ja Mazmanianin mukaan (1981) onnistuneen toimeenpanon edellytyksenä ovat *selkeä ja perusteltu näkemys muutostarpeesta* ja se, että ongelman ratkaisemiseksi on olemassa selvä *suunnitelma*. Mäntän seudulla vuonna 2000 käynnistyneessä selvityksessä tehtiin aluksi tilastoanalyysi, jolla selvitettiin kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tilaa ja ennakoitiin tulevia palvelutarpeita. Selvitysvaiheen haastatteluissa konkretisoitiin Mäntän ja Vilppulan sekä muiden Ylä-Pirkanmaan kuntien poliittisen ja virkamiesjohdon näkemyksiä palvelujen järjestämiseen liittyvistä ongelmista ja tulevaisuuden palvelutarpeista. Kaikki haastatellut olivat hyvin yksimielisiä muutostarpeesta ja valmiuksia radikaaleihin muutoksiin oli, kunhan erikoissairaanhoidon säilyminen paikkakunnalla ja lääkäreiden saanti voitaisiin turvata. Myös aiemmin 1990-luvun loppupuolella tehdyt selvitykset olivat pohjustaneet näkemystä muutostarpeesta.

Tavoitteet ja tavoitetaso

Van Meter ja van Horn (1975) painottavat, että yksimielisyys tavoitteista on yksi tärkeimmistä onnistuneen toimeenpanon edellytyksistä. Kun Pirkanmaan sairaanhoitopiirin päätti (HALL 23.1.2001) Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisesta, määriteltiin päätöksen yhteydessä myös kustannuksiin ja palvelujen sopeuttamiseen liittyvät tavoitteet ja periaatteet. Tiivistetysti muutoksen kaksi keskeistä tavoitetta olivat *euromääräisen tavoitetason asettaminen terveismenoille sekä palvelujen ja henkilöstön mitoittaminen väestön tarpeita ja sopimuskuntien tilausta vastaavalle tasolle sovitun ajan kuluessa*.

Päätäjien tehtävänä oli määritellä terveydenhuollon menojen tavoitetaso ja aika, johon mennessä se tulisi saavuttaa. Selvitysvaiheen ohjausryhmä pyysi Mäntän kaupunkia ja Vilppulan kuntaa määrittelemään lausunnoissaan, ”mikä on kehittämistoimilla tavoiteltava terveydenhuollon euroa/asukas-kustannustaso”. Kumpikaan kunta ei perustamisvaiheessa esittänyt täsmällisesti tavoitetasoa. Asiaa käsiteltiin myös terveydenhuoltoalueen ohjausryhmässä useita kertoja sekä valmisteluvaiheen että toimeenpanovaiheen aikana. Lopulta kunnat määrittelivät tavoitetason senhetkisen taloustilanteensa mukaisesti. (OHJ 30.4.2003 § 28.)

Jos tavoitetasoa ja sen saavuttamiseksi annettavaa aikaa ei konkretisoida, voivat toimeenpanevaan tahoon kohdistuvat odotukset tavoitteiden saavuttamisesta olla hyvin ristiriitaisia ja vaihdella esimerkiksi kuntien taloustilanteen muuttuessa. Valmisteluvuoden aikana keskiössä oli kuntien *terveydenhuollon menojen alentaminen* terveydenhuoltoalueen avulla. Toimeenpanovaiheessa hallitsevana tekijänä oli kuntien alijäämäinen talous ja keskiössä oli *kuntien menojen alentaminen* terveydenhuollon menoja alentamalla.

Syksyllä 2001 tehdyissä haastatteluissa ilmeni, miten kuntapäätäjät suhtautuivat terveydenhuoltoalueen mahdollisuuksiin laskea kustannuksia. Yleensä tavoitteen saavuttamista pidettiin melko vaikeana, mutta seuraavista sitaateista viimeinen osoittaa, että yksi haastatelluista odotti säästöjä jo kaksi kuukautta ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä.

”Ensi vuonna ei eroa entiseen, voi olla päinvastoin, jatkossa odotan, että laskee, mutta hurjia en odota, koska väki vanhenee.” (kaupunginvaltuuston puheenjohtaja)

”Ensimmäinen ja tärkein tavoite on ollut vaikuttaa terveystalouteen. Tuskin menoja saadaan hirveästi supistettua, mutta pysytettyä samalla tasolla. Väestön tarpeista tulee huolehtia ja hyvää tasoa halutaan pitää yllä, jos vain rahat riittää, jos rahat ei riitä, niin tarkastellaan toimintoja.” (kaupunginhallituksen puheenjohtaja)

”Olen pettynyt, kun vielä ei ole näkyvissä mitään kustannusten laskua, täytyy kyllä nähdä, että vasta ensi vuonna voidaan odottaa tuloksia kustannusten laskussa. Jos terveystaloutta saadaan laskemaan, merkitsee se, että päällekkäisiä toimintoja on onnistuttu karsimaan.” (kunnanvaltuuston puheenjohtaja)

Tarvittavan muutoksen suuruus

Van Meterin ja van Hornin mukaan (1975) politiikkapäätöksen luonnetta voi kuvata kahdella tavalla: muutoksen suuruuden ja tavoitteista saavutetun yhteisymmärryksen aste. Muutoksen suuruus on Sabatierin ja Mazmanianin (1981) mukaan suoraan verrannollinen siihen, kuinka monia henkilöitä muutos koskee ja

miten perusteellisesti toimintaa muutetaan. Muutoksen laajuuteen ja suuruuteen liittyy myös ulottuvuus sen syvyydestä (Taskinen 2005). Sairaanhoidopiirin sekä Mäntän ja Vilppulan poliittiset päättäjät tekivät päätöksen, joka koski 302:ta työntekijää ja kahden aiemmin erillisen organisaation yhdistämistä.

Yhteisymmärrys muutoksen syistä ja tavoitteista oli toiminnan valmisteluvaiheessa suuri. Syksyllä 2001 kaikki haastatellut kuvasivat käynnistyvän terveydenhuoltoalueen toimintamallia hyvin samankaltaisesti: Perustettava terveydenhuoltoalue pidettiin ”uuden ajan mallina”, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido yhdistetään tulosityksiköksi sairaanhoidopiiriin yhteyteen niin, että peruskunnille jää valtaa. Keskeisinä piirteinä nostettiin esille, että terveyspalvelut tuotetaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti käyttämällä olemassa olevia voimavaroja tehokkaammin. Uutta mallia pidettiin kiinnostavana, sen arveltiin kiinnostavan myös ympäristökuntia ja olevan esimerkkinä terveyspalvelujen uudelleen suunnittelulle Suomessa. Haastateltujen mielestä ”uuden ajan mallin” kiinnostavuus luo sopivasti paineita sen toteuttamisessa onnistumiselle. Tämä hälvensi myös pelkoa edessä olevista suurista muutoksista.

Haastatteluissa erityisesti poliittiset päättäjät osasivat kuvata valitun toimintamallin ja siitä koituvat edut ja riskit sekä omat odotuksensa erittäin selkeästi. Tästä voidaan päätellä, että tehdyt ratkaisut olivat tietoisia ja odotukset kohtuullisen selkeitä.

Muutosta toimeenpanevan organisaation merkitys kokonaisuudessa

Myös toimeenpanevan organisaation merkitys suhteessa kokonaisuuteen (tässä tapauksessa terveydenhuoltoalueen menojen osuus kuntien kokonaismenoista) vaikuttaa toimeenpanoon. Mitä pienempi, selkeärajaisempi ja vähämerkityksellisempi organisaatio on, sitä vähemmän se hankaloittaa kokonaisuuden muita osia ja sitä helpompi sen on saada poliittista tukea ja onnistua muutoksen toimeenpanossa. (Sabatier ja Mazmanian 1981.) Terveydenhuoltoalueen perustaminen merkitsi sitä, että noin kolmannes kunnan käyttötalousmenoista (Mänttä 37 %, Vilppula 32 %) kohdistui terveydenhuoltoalueen toimintaan.

Mäntän ja Vilppulan kuntien kannalta muutosta voidaan pitää selvärajaisena, koska perusterveydenhuolto oli terveystieteiden perustamisesta (1985) lähtien kuulunut kansanterveystyön kuntayhtymään. Perusterveydenhuollon tehtävät siirrettiin käytännössä toisen kuntayhtymän, sairaanhoidopiiriin, tehtäväksi, joten kuntien kannalta ero aiempaan ei ollut hallinnollisesti suuri. Sairaanhoidopiirille muutos oli hallinnollisesti ja toiminnallisesti merkittävä, koska se otti hoitaakseen uuden tehtävän, vastuun alueen perusterveydenhuollon toteuttamisesta.

Resurssit

Toimeenpanoa varten tarvitaan riittävät resurssit, jotta tarvittavat muutokset on mahdollista toteuttaa. Resursseilla tarkoitetaan rahoitusta, esimerkiksi tilojen ja tietojärjestelmien uudistamiseen, muutosta suunnittelevan ja toimeenpanevan henkilöstön työpanokseen, ja henkilöstön osaamista. Lisäksi on tärkeää, että toimeenpanolla on sen mahdollistavat rakenteet. (Sabatier ja Mazmanian 1981.) Terveystieteiden tutkimusalueen toteuttamisessa merkittävä voimavara ja toimeenpanon rakenteisiin vaikuttava taho oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Syksyllä 2001 toteutetuissa haastatteluissa ilmeni monella tavalla, miten sairaanhoitopiirin mahdollistamia puitteita ja olosuhteita pidettiin tärkeinä.

”Vaikka ollaan oma tuloksikkö, niin erikoissairaanhoidon puolella on suurempi organisaatio, joka tasaa kustannukset.” (kaupunginvaltuuston puheenjohtaja)

Joitakin haastateltuja huolestutti se, että sairaanhoitopiiri olisi ensimmäistä kertaa järjestämässä perusterveydenhuollon palveluja, pelättiin ennen kaikkea terveydenhuoltoalueen toiminnan painottumista liiaksi erikoissairaanhoidon. Sairaanhoitopiiriin toimintakulttuurin myönteisenä vaikutuksena perusterveydenhuoltoon odotettiin mm. palvelujen tuotteistamisen sekä tilaus- ja neuvotteluprosessien kautta saatavia hyötyjä.

Myönteisenä pidettiin sitä, että kuuluminen sairaanhoitopiiriin mahdollistaa investointien suunnittelun pitkäjänteisesti. Toisaalta jotkut arvelivat ison organisaation vyöryttävän tarpeettomia hallintokuluja alueen maksettavaksi.

”miljoona on eri raha sairaanhoitopiirissä kuin täällä alueella.” (kunnanjohtaja)

Syksyllä 2001 tehdyissä haastatteluissa ilmeni, mitä hyötyjä kuntapäätäjät odottivat suunnitelmasta toteuttaa uudistus osana sairaanhoitopiirin organisaatiota.

”Tämä on parempi, koska asiantuntijat on siellä tämä on spesiaalialue, jossa tavallisen päättäjän on vaikea edes ymmärtää asiayhteyksiä ja tehdä niiden perusteella päätöksiä (terveydenhuollon kompleksisuus ja nopea kehitys).” (kaupunginhallituksen puheenjohtaja)

”Sairaanhoitopiirimalli on lääkäreiden saamisen kannalta erittäin suuri plussa, tästä tulee koulutuspaikka myös lääkäreille, sairaanhoitopiirillä on lääkäriresursseja ja mahdollisuus järjestellä lääkäreitä tänne.” (kunnanhallituksen puheenjohtaja)

6.2 Toimeenpanon valmistelu

Johdanto

Tässä alaluvussa analysoidaan terveydenhuoltoalueen valmisteluvuoden 2001 aikaisia tapahtumia. Näkökulmana on (ks. kuvio 6, s. 85) toimeenpanevan verkoston (terveydenhuoltoalue, sairaanhoitopiiri, Mänttä, Vilppula) ja toimeenpanevan organisaation (terveydenhuoltoalueen johto ja ohjausryhmä) sekä tulevilla terveydenhuoltoalueella työskentelevien näkökulma. Keskeisin tutkimusaineisto on tässä alaluvussa valmisteluvuoden 2001 aikana tehtyt Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan johtavien virkamiesten ja poliittisen päättäjien sekä terveydenhuoltoalueen ja sairaanhoitopiirin johtavien viranhaltijoiden haastatteluaineisto (johdon näkökulma). Haastattelujen antia täydennetään valmisteluvuoden asiakirja-aineistolla ja syksyllä 2001 toteutettujen väestö- (väestönäkökulma) ja henkilöstötutkimusten (henkilöstönäkökulma) tuloksilla.

Alaluvussa kuvataan toimeenpanon valmistelun rakenteita, valmisteluvaiheen aikana tehtyjä ratkaisuja, tiedottamista ja henkilöstön näkemyksiä muutoksen valmistelusta. Luvun lopussa on tiivistetty valmisteluvaiheen haastatteluissa esiin nousseet toiminnalle asetetut odotukset.

6.2.1 Toimeenpanon valmistelun rakenteet

Valmisteluprosessin toteuttamistapa

Valmisteluprosessi käynnistyi välittömästi sen jälkeen, kun sairaanhoitopiirin hallitus tammikuussa 2001 oli päättänyt terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymisestä vuoden 2002 alusta lähtien. Vajaan vuoden mittaista valmisteluaikaa voidaan pitää lyhyenä, koska kahden erillisen organisaation yhdistämisen valmisteluun liittyy paljon hallinnollisia järjestelyjä. Palvelujen ja tukipalvelujen yhteensovittamisen suunnittelun tuli käynnistyä jo valmisteluvaiheessa. Käytännössä tätä lähdettiin toteuttamaan valmisteluvaiheen johtoryhmän jäsenten vetämien henkilöstöstä koostuvien työryhmien avulla.

Samat henkilöt, jotka olivat osallistuneet kiinteästi edellisen vuoden (2000) aikana tehdyn kehittämisselvityksen prosessointiin, olivat nyt vastuussa toimeenpanon käynnistämistä ohjausryhmän tai aluesairaalan ja terveyskeskuksen johdosta muodostetun valmisteluvaiheen johtoryhmän jäsenenä. Valmistelun käynnistämistä joudutti ja helpotti edellisen vuoden aikana tehty kehittämisselvitys ja siitä laadittu laaja raportti. Selvityksessä oli arvioitu myös terveyskeskuksen, aluesairaalan ja molempien kuntien vanhustenhuollon toimintojen toteuttamista, päällekkäisyyksiä sekä palvelupisteiden sijoittelua kunnissa.

Kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajista koostuvan terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän ensimmäisenä tehtävänä oli käynnistää yksikön johtajan valinnan valmistelu. Käytännön valmistelutyö käynnistyi tammikuussa, kun ohjausryhmä määritteli terveyskeskuksen ja aluesairaalan johtoryhmät yhdistettynä toimimaan terveydenhuoltoaluetta valmistelevana johtoryhmänä, jonka tehtävänä oli käynnistää muutoksen käytännön valmistelu. (OHJ 29.1.2001.)

Terveyskeskuksen ja aluesairaalan toiminnan ja johtamisen tuli jatkua samalla, kun valmisteltiin uuden perustettavan organisaation toimintaa. Muutosta valmistelevat toimet käynnistettiin terveyskeskuksen johtavan lääkärin vetämänä, väliaikaista muutosjohtajaa ei haluttu nimetä (OHJ 15.2.2001). Aluesairaalan ja terveyskeskuksen ulkopuolelta valittu muutosjohtaja aloitti työnsä huhtikuussa 2001.

Valmisteluvuoden 2001 loppupuolella toteutetuissa haastatteluissa erityisesti ohjausryhmän jäsenet pitivät hyvänä asiana, että muutos lähti liikkeelle kehittämiselvityksestä, koska sen tuloksena päätösten pohjana oli tietoa ja suunta uuden toimintamallin rakentamiseksi. Haastateltavat tiesivät, että haastattelija oli osallistunut selvityksen tekoon ja tämä ehkä se vaikutti heidän vastauksiinsa.

Useimmat haastatellut luottamushenkilöt pitivät hyvänä, että päätös muutoksesta tehtiin nopeasti ja että myös sen toteuttaminen käynnistyi ripeästi. Alueen terveydenhuollon järjestelyistä oli 1990-luvulla tehty useita selvityksiä ja nyt oltiin valmiita tekemään päätöksiä. Muutoksen ripeää käynnistämistä edisti se, että molemmat kunnat tekivät yksimielisen päätöksen terveydenhuoltoalueen perustamisesta. Tavoitteista ja tavoitetasosta ei kuitenkaan sovittu tarkasti, ja tämä loi pohjaa erilaisille odotuksille muutoksella saavutettavista tuloksista.

Muutosjohtaja

Terveydenhuoltoalueen johtajaksi valittiin terveyskeskuksen ja aluesairaalan ulkopuolinen, Tampereen yliopistollisessa sairaalassa toiminut lääkäri. Viranhakuilmoituksessa (esim. KMV 16.2.2001) tehtävä luvattiin täyttää ensimmäisessä vaiheessa määräaikaisesti vuoden 2004 loppuun. Ohjausryhmä oli jo tuolloin päättynyt keskusteluissaan (OHJ 29.1.2001 § 4) siihen, että terveydenhuoltoaluetta lähdetään toteuttamaan valtuustokauden mittaisena kokeiluhankkeena, jonka jatkamisesta päätetään arvioinnin perusteella.

Ulkopuolisen henkilön valinta muutosjohtajaksi näytti useimpien haastateltujen silmissä tukevan yhdistettävien organisaatioiden tasavertaisuutta muutoksessa ja tahtoa luoda kokonaan uudenlainen organisaatio. Valittu henkilö oli lääkäritehtävien lisäksi perehtynyt kunnalliseen päätöksentekoon toimimalla Tampereen kaupungin valtuutettuna ja sosiaali- ja terveyslautakunnan puheenjohtajana. Muutoksen toteuttamisen lähtökohta olisi useiden haastateltujen mielestä ollut erilainen, jos muutosjohtaja olisi nimetty yhdistettävien organisaatioiden sisältä, esimerkiksi aluesairaalan tai terveyskeskuksen johtaja.

Muutosjohtaja ei valmisteluvuonna toiminut kummankaan organisaation johtajana. Hänen tärkeimmät ”työrukkasensa” olivat muutosesityksiä valmisteleva johtoryhmä, asetetut 12 työryhmää sekä muutosesityksiä käsittelevä ja toimintaa ohjaava ohjausryhmä. Muutosjohtaja oli avainasemassa vaikuttamassa näiden rakenteiden toimivuuteen. Valmisteluvuoden aikana muutosjohtajan tehtävänä oli johtaa ohjausryhmän määrittelemien johtoryhmän tehtävien toimeenpanoa yhdistymisen valmistelemiseksi niin, että toiminta voitaisiin käynnistää vuoden 2002 alussa. (OHJ 15.2.2001.)

Osa haastatelluista nosti esille, että muutosjohtajaa tarvitaan edessä olevien monien kannalta ikävien päätösten toteuttajaksi.

”Muutosjohtaja on tarvittu ja olen erittäin tyytyväinen, hän joutuu runnomaan niin että liitokset natisee, mutta on välttämätöntä.” (johtoryhmän jäsen)

Muutosjohtajan valinta oli useimpien haastateltavien mielestä onnistunut. Johtaja oli paneutunut tehtäväänsä ja hänen ansionsaan pidettiin muun muassa sitä, että lääkäritilanne oli jo valmisteluvuoden aikana parantunut alueella. Rohkeutta tehdä päätöksiä, hyviä neuvotteluyhteyksiä sairaanhoitopiiriin ja kunnallispoliittisen kulttuurin tuntemusta pidettiin muutosjohtajan vahvuuksina. Epäilyksiä herätti muutosjohtajan tausta erikoissairanhoidosta, koska perusterveydenhuollon kehittämisen pelättiin jäävän muutoksessa taka-alalle.

Ohjausryhmä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallituksen päätöksen mukaan ”terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä toimii terveydenhuollon toimintoja yhteen sovittavana toimielimenä Mäntän seudulla ja valmistelee kaikki terveydenhuoltoaluetta koskevat hallituksen ja valtuuston päätösvaltaan kuuluvat asiat” (HALL 20.8.2001). Ohjausryhmän nimesi ja sen tehtävistä päätti sairaanhoitopiirin hallitus (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perussopimus 15 §). Ohjausryhmä oli uudenlainen tapa varmistaa kuntien vaikutusmahdollisuus kuntayhtymän hoidettavaksi siirrettyjen palvelujen tuottamisessa¹¹. Ohjausryhmän tehtäväksi oli perustamispäätöksessä määritelty ”ohjata ja suunnata yksikön toimintaa kuntien ja sairaanhoitopiirin kesken vuosittain sovittavien määrällisten, toiminnallisten, sisällöllisten, laadullisten ja taloudellisten tavoitteiden mukaisesti”.

Päätöksen mukaan Mäntän seudun terveydenhuoltoaluetta koskevat merkittävät asiat tuli käsitellä ohjausryhmässä, ja sairaanhoitopiirin hallituksen käsitteilyyn tuli viedä sairaanhoitopiirin perussopimuksen ja johtosäännön mukaiset asiat. Vuoden 2001 aikana sairaanhoitopiirin hallitus teki terveydenhuoltoalueen perus-

¹¹ Ohjausryhmä ei ole kuntalain mukainen toimielin eikä sen jäseniin sovelleta kuntalain 82. §:n säännöstä vaalikelpoisuudesta kuntayhtymän toimielimiin (HALL 20.8.2001, perussopimuksen muuttaminen).

tamispäätöksen lisäksi päätökset johtajan viran perustamista ja viran täyttämistä, ohjausryhmän tehtävistä ja jäsenistä, muutosehdotukset perussopimukseen terveydenhuoltoalueen perustamisesta johtuviksi muutoksiksi sekä terveydenhuoltoalueen puhelinvaihteen liittämistä sairaanhoitopiiriin puhelinverkkoon. Lisäksi hallitus sai syyskuussa tiedoksi hankkeen projektisuunnitelmat.

Ohjausryhmään kuuluivat valmisteluvuonna Mäntän kaupunginjohtaja ja kaupunginhallituksen puheenjohtaja, Vilppulan kunnanjohtaja ja kunnanhallituksen puheenjohtaja, sairaanhoitopiiriin johtaja puheenjohtajana ja terveydenhuoltoalueen johtaja esittelijänä sekä henkilökunnan edustaja. Myös sosiaali- ja terveysministeriöstä kutsuttiin edustaja ohjausryhmään.

Ohjausryhmä ja sen puheenjohtajana toiminut sairaanhoitopiiriin johtaja ottivat pöytäkirjojen mukaan valmisteluvuonna hyvin aktiivisesti toimintaa ohjaavan roolin. Toiminnan käynnistäminen osana sairaanhoitopiiriin organisaatiota vuoden 2002 alusta edellytti lukuisia hallinnollisia ja säädöksiin liittyviä valmistelutehtäviä. Tällaisia olivat esimerkiksi sairaanhoitopiiriin perussopimuksen muutokset, kansanterveystyön kuntayhtymän purkaminen ja siihen liittyvät omaisuusjärjestelyt kuntien ja sairaanhoitopiiriin välillä, henkilöstön aseman selvittäminen sekä terveydenhuoltoalueen laillisen aseman selvittely. Sairaanhoitopiiriin johtajalla, talousjohtajalla ja hallintopäälliköllä oli keskeinen asiantuntijarooli tässä valmistelussa. Terveydenhuoltoalueen johtajan ja valmistelevan johtoryhmän tehtävänä oli paikallisten, organisaatioiden yhdistämiseen liittyvien suunnitelmien valmistelu.

Useimmat kuntien poliittiset päättäjät ja virkamiehet pitivät ohjausryhmämenettelyä hyvänä, mutta kuntien poliittisten päättäjien mielestä heillä oli aluksi siinä liian pieni edustus. Yksi haastateltu virkamies piti ongelmana toimintaa ohjaavan paikallisen toimielimen puutetta, ohjausryhmän hän tulkitsi sairaanhoitopiiriin toimielimeksi, jossa muutosta ohjataan sairaanhoitopiiriin ehdoilla. (Haastateltut 2001.) Pelättiin virkamiesjohtoisuutta ja päätöksenteon viemistä pois alueelta. Ohjausryhmää laajennettiin terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistyessä vuoden 2002 alussa lisäämällä siihen poliittisten päättäjien edustaja molemmista kunnista ja samalla vastuu puheenjohtajuudesta siirrettiin toiselle kunnanjohtajalle.

Käytännön valmistelutyö toteutui terveydenhuoltoalueen valmistelua varten nimetyssä johtoryhmässä ja työryhmissä. Valmistelulla oli aikataulu, josta jouduttiin kuitenkin tinkimään, kun monissa työryhmissä käsiteltävät asiat eivät valmistuneet ajoissa käsittelyyn.

Haastateltujen ohjausryhmän jäsenten näkökulmasta asioita tuotiin ohjausryhmään liian kevyellä valmistelulla ja ilman valmisteltua päätösesitystä. Haastateltujen johtoryhmän jäsenten näkökulmasta ohjausryhmässä käsiteltiin monia sellaisia asioita, joita työryhmät valmistelivat tai jotka johtoryhmän olisi pitänyt käsitellä ensin. Koska valmisteltavia asioita oli paljon ja uusi johtamisjärjestelmä oli vasta muotoutumassa, monia asioita jouduttiin valmistelemaan ja päättämään kovalla kiireellä. Asioiden valmistelu- ja päätösprosessit olivat epäselviä ja vaihtelivat asiakohtaisesti.

Ohjausryhmällä oli haastateltujen kuntien ja sairaanhoitopiirin edustajien mielestä alusta lähtien keskeinen asema muutoksen toteuttajana kuntien tahdon mukaisesti. Siksi oli myös tärkeää, miten ohjausryhmän jäsenet tiedottivat ja kävivät etukäteiskeskustelua kuntansa päättäjien, useimmiten kunnanhallituksen kanssa. Tähän oltiin valmisteluvaiheessa molemmissa kunnissa tyytyväisiä. Kuntien virkamiesten haastatteluissa ilmeni kuitenkin, että vaikka tieto kulki poliittisille päättäjille, niin kuntien virkamiehet, erityisesti sosiaalitoimen johto, kokivat jääneensä keskustelujen ulkopuolelle.

Johtoryhmä

Terveydenhuoltoaluetta valmisteleva johtoryhmä oli keskeisessä asemassa muutoksen suunnittelussa ja toteuttamisessa valmisteluvuonna 2001. Yhteinen johtoryhmätyöskentely käynnistyi useimpien haastateltujen johtoryhmän jäsenten mukaan kangerrellen, keskeiseksi syyksi mainittiin organisaatioiden kulttuurien suuret erot. Syksyyn 2001 saakka istuttiin konkreettisesti eri puolilla pöytää.

Ohjausryhmä määritteli helmikuussa 2001 johtoryhmän tehtävät, joista keskeisin oli yhden yhteisen hallinnollisen yksikön suunnittelu ja valmistelu niin, että kaikki periaatepäätökset ja lakisäätöisiä vastuita koskevat päätökset olisivat tehtävissä vuoden 2001 loppuun mennessä. Tehtävänä oli myös suunnitella toimitilojen fyysinen sijoittelu ja henkilöstöjärjestelyt uuden toimintatavan mukaiseksi. Johtoryhmän tuli sovittaa terveydenhuoltoalueen toiminnot yhteen kuntien sosiaalitoimen palvelujen kanssa ja ratkaista kansanterveystyön kuntayhtymän erityispalvelujen (kasvatus- ja perheneuvonta, päihdehuolto sekä mielenterveystyön avopalvelut) yksikön toiminnan sisältö ja muoto. Ohjausryhmä myös edellytti, että johtoryhmä valmistele toteuttamissuunnitelman, jonka perusteella muutosta voidaan seurata sekä ohjausryhmässä että sairaanhoitopiirin hallituksessa. (OHJ 15.2.2001.)

Tehtävänä oli myös talous- ja toimintasuunnitelman laatiminen vuodelle 2002. Tämä päätettiin tehdä ensisijaisesti ”nykyrakenteen” pohjalta, koska rakenemuutokset mahdollistivat talous- ja toimintasuunnitelman uudistamisen vasta vuoden 2003 alusta lukien. (OHJ 15.2.2001.) Haastatteluissa 2001 ilmeni, että terveyskeskuksen johdon näkökulmasta suunnittelussa jouduttiin ”hyppäämään uuteen taloussuunnittelukulttuuriin”. Suunnitteluprosessi oli aiemmin ollut yhdistettävissä organisaatioissa erilainen: terveyskeskuksessa seuraavan vuoden toiminnan virallinen suunnittelu käynnistyi helmikuussa ja aluesairaalassa kesäkuussa palvelutilauksen perustuvan tuloennusteen valmistuttua.

Ohjausryhmän jäsenten odotukset johtoryhmän mahdollisuuksista suunnitella tehtäviä muutoksia esittelyvalmiiksi olivat ehkä ylioptimistisia. Useimpia asioita valmisteltiin työryhmissä, jotka vasta harjoittelivat uudenlaista työkulttuuria. Ohjausryhmä teki myös päätöksiä asioista, jotka johtoryhmän jäsenten mielestä eivät vielä olleet riittävän valmiita päätettäväksi.

”Pientä epäonnistumista on ollut, sairaanhoitopiirin johtajan kanssa keskusteltiin, että täällä tehdään valmistelu ja johtoryhmä on keskeisin, tämä ei ole toteutunut, ehkä ajan puute on syynä. Pitäisi korostaa, että paikallinen johtoryhmä on se, joka varsinaiset päätökset tekee, johtoryhmän ulkopuolella ei saisi tapahtua päätöksentekoa, muuten hommat menee sekaisin.” (johtoryhmän jäsen)

Johtoryhmän tavoitteena oli suunnitella ensin uusi organisaatio ja päättää vasta sitten vastuista ja tehtävälajeista. Johtoryhmän jäsenet joutuivat valmisteluvaiheessa työskentelemään ”kokonaisuuden näkökulmasta” tietämättä, minkälainen uusi organisaatio konkreettisesti on tai mistä tehtävistä itse kukin tulisi vastaamaan. Tilanne koettiin vaikeana, mutta myös haastavana, kun ”kaikki asiat olivat yhtä aikaa liikkeessä”. Johtoryhmän jäsenet joutuivat myös vastaamaan omalle henkilökunnalleen muutoksen toteuttamisesta, ja heihin kohdistuva paine oli jo valmisteluvaiheessa kova, koska monet henkilöstöä koskevat ratkaisut pysyivät pitkään avoimina. (Haastattelut 2001.)

Kuntien virkamiesten ja päättäjien haastatteluissa 2001 ilmeni, että johtoryhmän työ ja merkitys olivat valmisteluvaiheessa jääneet melko etäisiksi. Terveystieteiden alueen muotoutumisen ja kulttuurien yhteensovittamisen kannalta sen rooli oli kuitenkin keskeinen. Johtoryhmän jäsenet pitivät tärkeänä, että muutosjohtajalla oli selvä näkemys päätösten suuntaamisesta ja keinoista niiden toteuttamiseksi. Hankaluutena pidettiin, että erityisesti alkuaikoina muutosjohtajan ei koettu olleen riittävästi paikalla. Syksyllä 2001 haastatellut johtoryhmän jäsenet eivät pitäneet johtoryhmän työskentelykulttuuria kovin hyvänä, myös sen roolia päätösten teossa pidettiin epäselvänä. Eräiden haastateltujen mukaan johtoryhmän työskentelykulttuuri selkiintyi kuitenkin syksyllä 2001 järjestetyn johtoryhmän kehittämisspäivän vaikutuksesta.

Työryhmät

Muutoksen tavoitteiden ja periaatteiden mukaan henkilöstö tuli ottaa mukaan muutoksen suunnitteluun alusta lähtien. Periaate toteutui valmisteluvaiheen alusta lähtien, kun terveydenhuoltoalueen toimintaa valmisteleva johtoryhmä aloitti työnsä (JR 20.2.2001 § 6). Työryhmiä perustettiin 12 ja ne käsittelivät suurta osaa muutoksen alkuvaiheesta päätöstä vaativista asioista (taulukko 12, s. 112). Työryhmien suunnitelmat loivat myös perustan valmisteluvaiheessa laaditulle muutoksen toteuttamissuunnitelmalle. Sekä työryhmien suunnitelmia että muutoksen toteuttamissuunnitelmaa käsiteltiin useaan kertaan ohjausryhmän kokouksessa ja toteuttamissuunnitelma esiteltiin myös sairaanhoitopiirin hallitukselle syyskuussa 2001 (HALL 17.9.2001 § 192).

Työryhmiin oli nimetty edustajia kehitettävän alueen tuntemisen perusteella huomioiden, että molemmista organisaatioista oli jäsenyys. Kussakin työryhmäs-

Taulukko 12. Terveydenhuoltoalueen valmisteluvaiheessa perustetut työryhmät (ks. liite 5, JR 28.8.2001 7§)

TYÖRYHMÄ	TEHTÄVÄ
Henkilöstöasioiden valmistelu	Henkilöstön asemaan liittyvien järjestelyjen ja henkilöstölle toteutettavan muutuskoulutuksen suunnittelu
Taloushallinto	Taloushallinnon yhdistämiseen liittyvien toimenpiteiden ja vuoden 2002 toiminta- ja taloussuunnitelman valmistelu
Tietohallinto	Yhdistymiseen liittyvät tietojärjestelmien teknisten ratkaisujen valmistelu. (Ryhmän vetäjänä keskussairaalan tietohallintopäällikkö)
Erikoissairaanhoido	Tehtävänä laatia suunnitelma aluesairaalan ja keskussairaalan erikoisaloiden väliseksi työnjaoksi tulevaisuudessa
Päivystyksen kehittäminen	Aluesairaalan ja terveyskeskuksen lääkäripäivystysten yhdistämisen suunnittelu
Vuodeosastohoito	Uuden yksikön vuodeosastohoidon vastuualueen suunnittelu
Sosiaalitoimen työryhmä	Uuden yksikön sekä Mäntän ja Vilppulan sosiaalitoimien toimintojen välisten yhteistyöperiaatteiden päivittäminen. Painopiste oli vanhustenhuollossa ja pitkäaikaishoidossa. Lisäksi ostopalvelujen käytön periaatteet tuli selvittää yksityisten palvelujen tuottajien kanssa
Erityispalvelujen kehittäminen	Kehittämissuunnitelman laadinta ja erityispalvelujen tuottamismahdollisuuksien kartoittaminen terveydenhuoltoaluetta suuremmalle alueelle
Tukipalvelujen työryhmät	Sairaanhoitollisten tukipalvelujen, ruokahuollon sekä kiinteistö- ja teknisen huollon toimintojen järjestämisen suunnittelu
Väestövastuu	Väestövastuuseen siirtymisen valmistelu
Hammashuolto	Hammashuollon sisällön ja työnjaon kehittäminen sekä väestövastuuseen siirtymisen valmistelu
Toimitilojen uudelleenjärjestelyt	Tehtävänä oli selvittää uudelleen järjestetyn palvelutuotannon edellyttämät toimitilaratkaisut yhteistyössä muiden työryhmien kanssa.

sä oli asiasta riippuen 2–9 jäsentä. Yhteensä työryhmissä oli 94 jäsentä, joista 62 (21 % koko henkilöstöstä) oli työntekijäjäseniä. Jokaisessa työryhmässä oli vähintään yksi johtoryhmän edustaja, ja he toimivat myös useimpien työryhmien vetäjinä, heillä oli yhteensä 29 jäsenyyttä. Sairaanhoitopiirin edustajia oli mukana kolmessa työryhmässä, jotka olivat taloushallinnon, tietohallinnon ja vuodeosastohoidon työryhmät.

Johtoryhmän jäsenet pitivät muutoksen prosessointia työryhmien avulla onnistuneena, mutta samalla erittäin monimutkaisena ja työllistävänä ratkaisuna. Muutosten valmistelua ilman selkeää kuvaa lopputuloksesta, työryhmien osin päällekkäisiä ja toisistaan riippuvia toimeksiantoja pidettiin ehdotusten muotoutumista vaikeuttavina seikkoina. Henkilökunta oli myös tottumaton työskentelemään tällä tavalla yhdessä. (Haastattelut 2001.)

”Työryhmiin käytetty hirveästi energiaa, toisiin sen vaatiman työn takia, toisiin ohjausryhmän takia ja toisiin sen takia, että kaupungin puolelta tu-

lee epäasiallista näytkimistä, laitetaan kaupungin ihmisiä kysymään ohjausryhmässä miksi mitään ei tapahdu. Työrauhaa ei ole, vaan koko ajan joudutaan raportoimaan suuntaan tai toiseen.” (johtoryhmän jäsen)

Vaikka osa työryhmien työstä jäi kesken ja jotkut päätökset jouduttiin tekemään, ennen kuin työryhmät olivat siihen valmiita, niin useimmat haastatellut pitivät työskentelytapaa hyvänä. Terveydenhuoltoalueen johto korosti tärkeimpänä hyötyä sitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijät saivat työstää ehdotuksia yhdessä ja näin oppia tuntemaan uusia työtovereita ja toisen osapuolen erilaista ajattelutapaa. (Haastattelut 2001.)

6.2.2 Valmisteluvaiheen aikana tehdyt ratkaisut

Valmisteluvuoden 2001 aikana toteutettiin useita käytännön toimia ja ratkaisuja (liite 5, taulukko 11), joista suurin osa oli edellytyksenä yhden yhteisen hallinnollisen yksikön muodostamiselle vuoden 2002 alussa (OHJ 15.2.2001).

Sairaanhoitopiiri pyysi 6.3.2001 sosiaali- ja terveysministeriöltä virallista kannanottoa, onko lainsäädännöllistä estettä sille, että erikoissairaanhoidon kuntayhtymä huolehtii myös kansanterveystyön tehtävistä (OHJ 15.2.2001). Lausunnossaan¹² (12.3.2001) sosiaali- ja terveysministeriö katsoi, että Mäntän seudun terveydenhuoltoalue voidaan perustaa nykyisen lainsäädännön perusteella¹³. Sosiaali- ja terveysministeriö kiinnitti huomiota siihen, että toteutettavan järjestelyn yhteydessä on otettava huomioon myös kansanterveyslain 6. §:n säännökset kansanterveystyöstä vastaavan toimielimen asettamisesta. Muutos tehtiin sairaanhoitopiiriin perussopimuksen 3. §:ssä olevaan tehtävämäärittelyyn; sen 2. momentti kuuluu seuraavasti:

”Kuntayhtymä voi hallituksen päätöksellä ottaa huolehtiakseen jäsenkuntansa puolesta laissa säädetystä kansanterveystyöstä ja siihen soveltuvista muistakin jäsenkuntansa kanssa sopimista tehtävistä.” (Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin perussopimus 1.1.2007)

¹² Lausunnossa todettiin muun muassa, että asiaa säätelevät kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki sekä kuntalaki. Perusterveydenhuollon näkökulmasta todettiin, että kunta voi järjestää perusterveydenhuollon omana toimintana tai olemalla jäsenenä kuntayhtymässä. Laki ei esimerkiksi edellytä, että kuntayhtymä huolehtisi vain kansanterveystyöhön kuuluvista tehtävistä. Erikoissairaanhoidolain mukaisiin tehtäviin ei kuulu perusterveydenhuollon järjestäminen, mutta erikoissairaanhoidolaki ei myöskään edellytä, että sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä huolehtii vain erikoissairaanhoidolain mukaisista tehtävistä. Tämän vuoksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voi ottaa hoitaakseen muitakin tehtäviä, mikäli asiasta on asianmukaisesti sovittu kuntayhtymän perussopimuksessa tai muulla asianmukaisella tavalla.

¹³ Terveydenhuoltoalueen perustaminen olisi ollut mahdollista nykyisen lainsäädännön perusteella vuodesta 1991 lähtien, jolloin erikoissairaanhoidolaki tuli voimaan.

Perussopimuksen mukaan (VALT 14.12.2001 § 25)

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue on ”oma itsenäinen toimintayksikkönsä, joka kuuluu sairaanhoitopiiriin ja toimii alueellisen vastuun periaatteella toimivana toimintayksikkönä”.

Perussopimuksen mukaan terveydenhuoltoalueella on ohjausryhmä, jonka nimeää ja tehtävistä päättää sairaanhoitopiirin hallitus (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perussopimus 1.1.2007). Ohjausryhmään kuuluu perussopimuksen mukaan kaksi (poliittista) luottamushenkilöä kustakin terveydenhuoltoalueeseen kuuluvasta kunnasta, ko. kuntien kunnanjohtajat, sairaanhoitopiirin edustaja ja henkilöstön edustaja. Perussopimuksessa luotiin mahdollisuus muidenkin kuntien liittymiseen terveydenhuoltoalueeseen samoilla ehdoilla.

Ohjausryhmän kokoonpano ja valintatapa poikkeaa aluesairaalan johtokunnan kokoonpanosta, joka on sovitettava sellaiseksi, että se ”vastaa niitten kuntien, joista jäsenet johtokuntaan valitaan, valtuustossa edustettuina olevien eri ryhmien ko. kunnissa kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta kunnallisvaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti”. Aluesairaalan johtokunnan jäseniä valittaessa on myös pyrittävä mahdollisuuksien mukaan alueelliseen tasapuolisuuteen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perussopimus 1.1.2007.)

Kuoreveden kunnan eroamisella kansanterveystyön kuntayhtymästä vuoden 2002 alussa oli monia vaikutuksia sekä kunnille että perustettavalle terveydenhuoltoalueelle. Kansanterveystyön kuntayhtymän väestö pieneni noin 2 800 asukkaalla (18 %) ja väestöpohjaksi jäi hieman yli 13 000 asukasta. Kuntayhtymän tuli suorittaa lunastuskorvaukset Kuoreveden kunnalle ja samalla sen käyttöön jäi lähes vastaava määrä ylikapasiteettia (tilat, laitteet, henkilökunta).

Kuoreveden irtautumisen vaikutukset terveydenhuoltoalueen toimintaan eivät juuri nousseet esille haastatteluissa 2001. Sitä ei valmisteluvaiheessa ilmeisesti tunnustettu merkittäväksi terveydenhuoltoalueen käynnistysvaiheen ongelmaksi.

Vuoden 2002 alusta lähtien terveyskeskuksen koko henkilöstö siirtyi sairaanhoitopiiriin työntekijöiksi vanhoina työntekijöinä ja samalla myös terveyskeskuksen henkilökunnan lomapalkat siirtyivät sairaanhoitopiirille.

Kansanterveystyön kuntayhtymä lakkautettiin ja sen irtain omaisuus siirtyi sairaanhoitopiiriin omaisuudeksi erikseen tehdyllä sopimuksella ja kiinteä omaisuus jäi peruskuntien omistukseen (OHJ 31.5.2001). Osa terveyskeskuksen tiloista sijaitsi vuokrakiinteistöissä, joista voitiin vähitellen luopua.

Terveydenhuoltoalueen tavoitteena oli luoda erikoissairanhoidosta ja perusterveydenhuollosta saumaton kokonaisuus. Aluksi ajatuksena oli, että terveydenhuoltoalueella olisi yksi yhtenäinen budjetti. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska niitä kuntia, jotka käyttivät vain erikoissairanhoidon palveluja, ei voida velvoittaa kansanterveyslain mukaisesta toiminnasta aiheutuvien kustannusten maksamiseen. Täten ko. kustannuksia oli käsiteltävä ja seurattava erikseen niin,

että toiminnasta syntyvät yli- ja alijäämät olivat eroteltavissa. (OHJ 11.6.2001.) Haastateltujen johtoryhmän jäsenten mielestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköiden toiminta erillisinä tulosyksikköinä tulisi vaikeuttamaan toiminnan yhteensovittamista. Hyvänä puolena pidettiin kuitenkin toiminnan läpinäkyvyyttä: Erillinen budjetti mahdollistaisi toiminnan toteutumisen seurannan sekä laskutuksen aiheutumisperiaatteen mukaisesti. (Haastattelut 2001.)

Henkilöstöasioiden ratkaisua pidettiin merkittävänä päätöksenä. Sairaanhoidopiiriin hallitus oli tehnyt kansanterveystyön kuntayhtymän lakkauttamisen yhteydessä sopimuksen (5.2.2001), että kansanterveystyön kuntayhtymän vakituinen henkilöstö siirtyy uuteen organisaatioon vanhoina työntekijöinä. Tätä varten kaikilta terveyskeskuksen työntekijöiltä tarvittiin kirjallinen sitoumus. Haastatelluissa terveyskeskuksen lääkärien kerrottiin viivytelleen sitoumuksen allekirjoittamisessa. Muun muassa kevätkesällä 2001 toteutunut lääkärilakko ja tehtävien ja vastuiden epäselvyys uudessa organisaatiossa haittasivat lääkäreiden kanssa käytyjä neuvotteluja koko valmisteluvuoden. Lääkäreiden epäselvä tilanne ei voinut olla vaikuttamatta muuhun henkilökuntaan muun muassa yleistä epävarmuutta lisäämällä. (Haastattelut 2001.)

Päätöstä terveyskeskuksen vuodeosastotoiminnan siirtämisestä Mäntän sairaalaan pidettiin yleisesti hyvänä ratkaisuna. Monet haastatellut nostivat esille vanhan erimielisyyden, että vuodeosasto olisi alun perin pitänyt rakentaa aluesairaalan yhteyteen, nyt tehtyä ratkaisua pidettiin ”järjen voittona”. Vuodeosastopäätös nosti esille, miten useimmat terveydenhuoltoalueen rakentamiseen liittyvät päätökset vaikuttavat myös vanhustenhuoltoon. Sosiaalitoimea edustavien haastateltujen näkökulmasta vuodeosastojärjestelyt olisi pitänyt suunnitella yhteistyössä niin, että vanhustenhuolto olisi ollut mukana suunnittelussa. (Haastattelut 2001.)

Valmisteluvuonna oli tehty ratkaisu monien päällekkäisten toimintojen yhdistämisestä; näistä erilliset organisaatiot eivät olleet pystyneet aiemmin sopimaan (liite 5). Tällaisia olivat laboratoriot toiminnan yhdistäminen ja siirtäminen liikelaitokselle, kuntoutustoiminnan yhdistäminen, yöaikaisen päivystyksen järjestäminen ostopalveluna ja päiväaikaisen päivystyksen siirtyminen sairaalan tiloihin. Myös taloustoimistojen yhdistämisestä ja siirtämisestä sairaalan tiloihin sovittiin valmisteluvuoden aikana. Vuoden 2001 aikana yhdistettiin myös joitakin virkoja niiden hoitajien siirtyessä muiden työnantajien palvelukseen (esim. johtava hoitaja, talousjohtaja). Valmisteluvuonna 2001 kunnat sopivat myös, että ympäristöterveydenhuolto siirtyy Vilppulan kunnan vastuulle. (Esim. OHJ 17.8.2001.)

Vanhustenhuolto

Vanhustenhuolto ei perustamispäätöksen mukaan kuulunut terveydenhuoltoalueeseen, mutta haastatelluissa pidettiin tärkeänä, että terveydenhuoltoalue toimii mahdollisimman kiinteässä yhteistyössä molempien kuntien vanhustenhuollon johdon kanssa. Monien haastateltujen mielestä vanhustenhuollon olisi pitänyt

kuulua terveydenhuoltoalueeseen ja he olettivat sen toteutuvan jo ensimmäisten toimintavuosien aikana. Useat mainitsivat kuitenkin, että päätöksenteko terveydenhuoltoalueen perustamisesta olisi viivästynyt, jos vanhustenhuolto olisi haluttu siihen alusta lähtien mukaan. (Haastattelut 2001.)

Sosiaalitoimi jäi aluksi terveydenhuoltoalueen muutosta valmistelevien työryhmien ulkopuolelle, koska sen toiminnot eivät kuuluneet yhdistettäviin toimintoihin. Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön tarpeellisuus nousi esille, kun työryhmissä suunniteltiin esimerkiksi vuodeosastopalvelujen järjestelyjä. Kuntien sosiaalitoimen edustajat kokivat kuitenkin olleensa työryhmissä vain ”kuultavina” (Haastattelut 2001). Sosiaali- ja terveystoimen rajapinnan selvittelyä varten perustettiin myös oma työryhmä.

6.2.3 Tiedottaminen valmisteluvaiheessa

Ohjausryhmä hyväksyi helmikuun 2001 kokouksessa (OHJ 15.2.2001 § 11) terveydenhuoltoalueelle tiedotussuunnitelman, jossa sovittiin henkilöstölle tiedottamisen periaatteista ja ajankohdista sekä siitä, miten tiedotetaan kansanterveystyön kuntayhtymän hallitukselle ja aluesairaalan johtoryhmälle. Suunnitelma sisälsi myös lehdistölle tiedottamisen periaatteen, että henkilöstölle tiedotetaan aina ennen lehdistölle tiedottamista. Suunnitelmassa sovittiin myös ohjausryhmän pöytäkirjojen jakelusta laajasti. Yleisperiaate oli, että kunnat huolehtivat väestölle tiedottamisesta ja sairaanhoitopiiri henkilöstölle tiedottamisesta. Kuntien tiedottamista ei ilmeisesti kuitenkaan annettu kenenkään vastuulle. Henkilöstölle tiedottamisesta huolehtivat käytännössä terveydenhuoltoalueen johtaja ja johtoryhmä, joka suunnitteli tiedotuksen toteuttamista ensimmäisestä kokouksestaan lähtien.

Tiedottaminen väestölle

Väestölle ei järjestetty valmisteluvuoden 2001 aikana erillisiä tiedotustilaisuuksia, joissa olisi tiedotettu terveystalvelujen uudistamisesta, vaan tiedotus toteutui ohjausryhmän lehdistölle järjestämien tiedotustilaisuuksien ja paikallislehden omaehtoisen uutisoinnin kautta. Valmisteluvuoden aikana tiedotustilaisuuksia oli kaksi, maaliskuussa valmistelun käynnistyttyä ja lokakuussa sen jälkeen, kun toimeenpanon projektisuunnitelma oli valmistunut. Väestön mielestä julkisista terveydenhuoltopalvelusta sai parhaiten tietoa paikallislehtien ilmoituksista ja kirjoituksista sekä puhelinluettelosta. Vähemmän tärkeinä tietolähteinä pidettiin kunnan tiedotustilaisuuksia, internetiä ja tuttavlia. (Väestökysely 2001.)

Paikallisessa, kaksi kertaa viikossa ilmestyvässä Kuorevesi-Mänttä-Vilppula-lehdessä (KMV) oli valmisteluvuonna 2001 yhteensä 26 terveydenhuoltoaluetta koskevaa kirjoitusta, joista kaksi oli pääkirjoituksia, yksi kolumni, 22 uutisia ja yksi

yleisönosastokirjoitus. Useimmat kirjoitukset olivat luonteeltaan positiivisia ja sisälsivät asiantietoa tulevasta uudistuksesta. Kriittisimmät koskettelivat lääkäripuolasta aiheutuvaa budjettivajetta ja kansanterveystyön kuntayhtymän alijäämää, josta aiheutui kunnille sen purun yhteydessä paljon kustannuksia. KMV-lehdessä oli vuoden 2001 loppupuolella mm. seuraavia otsikoita:

Lääkäripula vei sairaalan miinukselle – Vajaus olisi voitu välttää palkkaamalla yksi uusi kirurgi, mutta halukkaita ei ole löytynyt. (9.3.2001)

Esitykset terveydenhuoltoalueen toimintamalliksi valmistuvat lokakuussa – Lääkäreiden kiinnostus lisääntynyt (18.9.2001)

Terveydenhuoltoalueesta vielä nihkeästi tietoja, suurempi tiedotustilaisuus marraskuussa – ”Kaikki vielä niin keskeneräistä” (25.9.2001)

Yhteistyö tiivistyy – Mäntän ja Vilppulan yhteistyö ottanut aimo harppauksen eteenpäin. Terveydenhuoltoalueen syntymisen osuus yhteistyön tiivistämisessä merkittävä (28.9.2001)

Uusi terveydenhuoltoalue levittäytyy sateenvarjoksi. Vuodeosasto siirtyy sairaalalle ensi syksynä (12.10.2001)

Väestötutkimuksessa (2001) kysyttiin, ovatko vastaajat saaneet tietoa perustettavasta terveydenhuoltoalueesta. Noin kolmannes (33 %) vastaajista koki saaneensa täysin tai melko riittävästi tietoa perustetusta terveydenhuoltoalueesta, lähes yhtä moni (34 %) koki tiedon saannin täysin riittämättömäksi. Noin neljännes koki tiedon saannin terveydenhuoltoalueen tavoitteista (27 %) ja sen palveluista (24 %) riittäväksi ja noin joka viides piti tietoa terveydenhuoltoalueen perustamisen vaikutuksista (23 %) ja muutoksen etenemisestä ja vaiheesta (21 %) riittävänä. Yli neljäkymmentä prosenttia vastaajista (42 %) piti kuitenkin tietoa terveydenhuoltoalueen palveluista, perustamisen vaikutuksista ja muutoksen etenemisestä ja vaiheesta täysin riittämättömänä. Vilppulalaiset olivat hieman kriittisempiä kaikissa kysymyksissä kuin mäntäläiset.

Tiedottaminen henkilöstölle

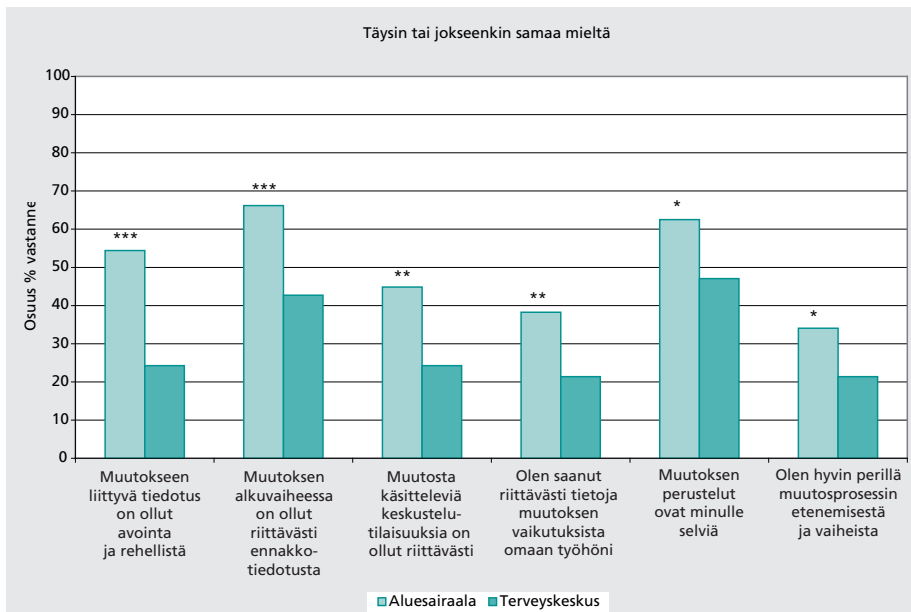
Valmisteluvuoden aikana terveyskeskuksen ja aluesairaalan henkilöstölle tiedotettiin muutoksen etenemisestä ja tehdyistä ratkaisuista. Lisäksi järjestettiin erilaisia keskustelutilaisuuksia, joita varten sai lähettää kysymyksiä myös etukäteen. Tavoitteena oli, että henkilökunnalle tiedotetaan muutoksista ensimmäisenä ja erityisesti ennen kuin tieto menee lehdistölle. Lokakuussa 2001 käynnistyneet yhteiset osastonhoitajien kokoukset toimivat myös keskeisenä tiedottamisen kanavana. Muutoksen valmisteluun liittyi kuitenkin paljon asioita, ja tiedottaminen oikeista asioista, oikealla tavalla, oikean aikaan oli suuri haaste erityisesti johtoryhmän jäsenille.

”Aina on joku, joka ei ole saanut riittävästi tietoa. Tietoa on kyllä jaettu koko ajan ja sitä kuljetetaan aktiivisesti. Ihmiset odottavat tietoa, nyt osaamiskartoitus on kovasti tapetilla, asioita liikkuu ja niitä sekoitetaan keskenään, mm. henkilöstökysely on jo sekoitettu osaamiskartoitukseen. Koko ajan pitäisi olla herkkänä kuuntelemassa. Kyllä tämä hyväksi muuttuu, kun jaksaa tämän yli.” (johtoryhmän jäsen)

Muutoksen toteuttamisen avoimuudesta ja tiedottamisesta esitettiin syksyn 2001 haastatteluissa täysin vastakkaisia mielipiteitä. Suurin osa piti tiedottamista hyvänä, ja jos tarpeita lisätiedottamiseen oli noussut, oli ne myös hoidettu. Toiset pitivät tiedotusta kovin puutteellisena.

Henkilöstökyselyn (2001) mukaan (kuvio 9) terveyskeskuksen työntekijät koki olleensa muutoksen perusteluista ja muutosprosessin etenemisestä huonommin perillä kuin aluesairaalan työntekijät. Ennakkotiedotukseen, keskustelutilaisuuksien riittävyyteen ja tiedon saantiin muutoksen vaikutuksesta omaan työhön terveyskeskuksen työntekijät olivat selvästi vähemmän tyytyväisiä kuin aluesairaalan työntekijät. Kaikki nämä aluesairaalan ja terveyskeskuksen henkilöstön näkemyserot olivat tilastollisesti merkitseviä.

Terveydenhuoltoalueen johdon haastatteluissa tuli myös esille, että suunnitelmallinen tiedotus ja henkilöstön mukaan ottaminen eivät onnistuneet kovin hyvin terveyskeskuksen työntekijöiden eikä yksittäisenä ammattiryhmänä lääkäreiden



Kuvio 9. Muutoksesta tiedottaminen, henkilöstökyselyn vastaajien arvio 2001. (Aluesairaala N = 136, terveyskeskus N = 103) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

suhteen. Erityisesti johtoryhmän jäsenet korostivat haastatteluissa, miten terveyskeskuksen aluesairaalaista poikkeava kokouskulttuuri ja työskentely pienissä hajalleen sijoitetuissa yksiköissä vaikeuttivat tiedon kulkua valmisteluvaiheessa. (Haastattelut 2001.)

Monet haastatellut lääkärit kokivat, että muutos ei heitä juuri koske, ja olivat siksi huonosti motivoituneita osallistumaan tiedotustilaisuuksiin. Osa piti yhteisiin kokouksiin osallistumisesta mahdottomana, koska se olisi sekoittanut päivän työohjelmaa. Lääkäreiden omista kokouksista ei juuri käsitelty muutosasioita. Haastattelujen (2001) mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden yhteisiä kokouksia ei järjestetty valmisteluvuonna.

Muutoksessa keskeneräisistä asioista tiedottaminen koetaan usein ongelmaksi. Tätä yritettiin hoitaa tiedotustilaisuuksien lisäksi valmistelevan johtoryhmän jäsenten mahdollisimman laajalla osallistumisella työryhmiin. Työryhmille järjestettiin vuoden 2001 aikana ainakin kaksi seminaaria, joissa keskusteltiin terveydenhuoltoalueen tavoitteista ja työryhmien roolista niiden toteuttamisessa. Haastattelujen mielestä osa henkilökunnasta jäi tällä tavalla kuitenkin ajankohtaista tietoa vaille. Tuli myös esille, että tiedotusta kaivattiin, vaikka mitään uutta tiedottamista ei olisikaan. Haastatellut johtoryhmän jäsenet pitivät ymmärrettävänä, että työntekijät kaipasivat omaa työtään ja tulevaisuuttaan koskevaa tietoa, mutta kun suunnittelu oli kesken, niin tietoa ei ollut vielä annettavissa. (Haastattelut 2001.)

Jotkut haastatellut nostivat esille, että luottamushenkilöt haluaisivat tietää enemmän, mutta heidän ajateltiin ymmärtävän, että asiat ovat kesken ja silloin niistä on vaikea puhua. Monet esittivät myös, että pieni paikkakunta antaa hyvän pohjan juoruille, ”väärien huhujen kaatamisessa tulee välillä hiki”. Haastatteluissa kerrottiin myös esimerkkejä, kuinka väriin tietoihin perustuvilla väitteillä ohjataan mielipiteitä muutosvastaisiksi. (Haastattelut 2001.)

6.2.4 Henkilöstön odotukset valmisteluvaiheessa

Johtoryhmän jäsenet nostivat haastatteluissa (2001) esille, että valmisteluvaihe oli vaativa sekä henkilöstölle että esimiehille. Omat vanhat tehtävät tuli suorittaa samalla, kun toiminnan uudistamista suunniteltiin työryhmissä ja johtoryhmässä. Johtoryhmän jäsenet pitivät myös haasteellisena, että valmisteluvaiheessa ei ollut selkeää mallia, miten palvelut järjestettäisiin ja mikä tulisi olemaan kunkin tehtävänä tulevaisuudessa. Selkeän mallin tai vision konkretisoinnin puute näkyy myös projektisuunnitelmassa, joka painottaa tavoitteiden saavuttamista ydinprosessien (12 työryhmää) tavoitteiden kautta. (Projektisuunnitelma 2001.)

”Päätöksiä menee ristiin ja paljon tapahtuu, eikä aina tiedä mikä menee missäkin. Johtoryhmien (aluesairaalan, terveyskeskuksen, terveydenhuoltoalueen) kokouksia on ollut ja tilanteet niissä vaihtelee, olisi hel-

pompaa, jos omat kunnat olisivat yksimielisiä. On iso jobi tuoda esille henkilöstön näkökulmaa tässä.” (henkilöstön edustaja johtoryhmässä)

”Valmisteluvaihe on ollut raskasta henkilöstölle, koska henkilöstö itse tekee, ja koska ei ole visiota ja selkeätä mallia mihin ollaan menossa. On oikein, että saadaan itse olla rakentamassa, mutta se on myös raskasta.” (terveydenhuoltoalueen johtaja)

Koko henkilöstölle kohdistetussa kyselyssä ilmeni, että terveydenhuoltoalueen valmisteluvuoden 2001 aikana ei ollut toteutettu monia henkilökuntaa koskevia muutoksia. Joka neljännen vastaajan (26 %) lähiesimies oli kuitenkin vaihtunut, terveyskeskuksen työntekijöiden esimies oli vaihtunut hieman useammin. Noin 17 % vastanneista ilmoitti, että osaamisvaatimukset ovat muuttuneet. Osaamisvaatimusten muutokset koettiin molemmissa organisaatioissa lähes samoin. Työkäytäntöjä oli valmisteluvuoden aikana muutettu molemmissa organisaatioissa jonkin verran; 11–12 % vastanneista ilmoitti työkäytäntöjen muuttuneen.

Valmisteluvuoden aikana *toteutettuja muutoksia* pidettiin oman työn kannalta pieninä ja vähämerkityksisinä (32 %) sekä aluesairaalassa että terveyskeskuksessa. Muutokset tulivat kuitenkin yllättäen ilman, että niihin koettiin voitavan vaikuttaa; vastaajista 32 % oli tätä mieltä. Molemmissa organisaatioissa mahdollisuutta osallistua ja sitoutua muutokseen pidettiin vähäisenä tai erittäin vähäisenä; 44 % työntekijöistä oli tätä mieltä. Vastaajista yli puolet (54 %) oli sitä mieltä, että muutoksen edellyttämiä toimia ei ehditty suunnitella riittävästi ennen muutoksen käynnistämistä.

Vastaajat arvioivat myös muutoksesta aiheutuvia vaikeuksia ja uhkia. Eniten vaikeuksia aiheuttavina tekijöinä pidettiin organisaation laajuutta ja epämääräisyyttä (43 %), muutoksen osapuolten erilaista toiminta- ja ajattelutapaa (42 %) ja muutoksen osapuolten erilaisia arvoja ja arvostuksia (39 %).

Muutoksen tavoitteita ja perusteluja piti yli puolet vastaajista selkeinä, mutta eri yksiköiden välistä muutokseen liittyvää yhteistyötä vähäisenä. Pääosa vastaajista oli hyvin selvillä oman työn tavoitteista (66 %) ja oman työyksikön tavoitteista (56 %), lähes puolet oli myös hyvin selvillä organisaation tavoitteista (47 %). Terveystenhuoltoaluemuutosta piti myönteisenä 69 % aluesairaalan vastaajista ja 39 % terveyskeskuksen vastaajista.

Vastaajista 11 % koki joutuvansa alistumaan toisenlaiseen tai vahvempaan kulttuuriin. Kuitenkin terveyskeskuksen ja aluesairaalan erilaisia ammatillisia toimintakulttuureita piti muutoksen esteinä paljon tai melko paljon 44 % terveyskeskuksen ja 37 % aluesairaalan henkilöstöstä.

Aluesairaalan vastaajista 26 (19 %) oli esittänyt vapaamuotoisia kommentteja. Vastaajat kommentoivat mm. muutoksen johtamista, huolen aiheena olivat organisaatioiden erilaiset kulttuurit ja omien tehtävien muuttuminen. Tehtyjen ratkaisujen toivottiin lisäävän aluesairaalan palvelujen käyttöä. Huolta kannettiin vanhustenhuollon jättämisestä terveydenhuoltoalueen ulkopuolelle.

Terveyskeskuksen vastaajista 38 (37 %) oli esittänyt vapaamuotoisia kommentteja. Muutoksen johtamiseen liittyvissä kommentteissa huolen aiheena olivat epävarmuus tulevaisuudesta ja tiedon puute: ”Työpaikalla vain puhutaan muutoksesta ja erilaiset uhkakuvat tulevat esiin”, ”muutosaikataulu on nopea, olen valmis, mutta eväät puuttuvat ja reppu on hukassa”. Perusterveydenhuollossa tuntui myös olevan vallalla ajatus, että muutos koskee enemmän heitä kuin aluesairaalan työntekijöitä. Kommentteissa tehtyä ratkaisua pidettiin turhana ja muutosta vähäisenä: ”Rohkeutta ja luovuutta aivan uuden toimintamallin luomiseen ei kuitenkaan ollut.” Ratkaisulta odotettiin myös myönteisiä vaikutuksia: ”toivon, että työn sisältö muuttuu ja oikeat potilaat hoidetaan oikeassa paikassa”. Työn luonnetta ja painetta käsittelevissä kommentteissa nostettiin esille muun muassa jatkuva lääkärripula terveyskeskuksessa, lääkärin työn pakkotahtisuus ja vuodeosastotyön rasittavuus. ”Toivon että työn fyysinen rasittavuus tasoittuisi eri yksiköiden välillä.”

6.2.5 Valmisteluvaiheen haastatteluissa toiminnalle asetettuja odotuksia

Seuraavassa toiminnalle asetetut odotukset on tiivistetty päätösten yhteydessä toiminnalle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Sairaanhoidopiirin hallituksen hyväksymät muutoksen tavoitteet ja kehittämisselvityksessä asetetut muutoksen tavoitteet on tässä tiivistetty neljään osaan: talous, toiminta ja voimavarat, palvelujen saatavuus ja laatu sekä muut tekijät (vrt. taulukko 7, s. 83). Toiminnalle valmisteluvaiheessa asetettuja odotuksia analysoidaan kuntien ja perusterveydenhuollon sekä aluesairaalan johdon näkökulmasta haastattelujen valossa. Lopuksi odotuksia terveydenhuoltoalueen tavoitteiden toteutumisesta tarkastellaan väestö- ja henkilöstön näkökulmasta.

Talous

Terveysmenojen saaminen Pirkanmaan keskitasolle oli keskeinen tavoite uutta toimintamallia valittaessa ja terveydenhuoltoalueen perustamisesta päätettäessä. Myös tämän tutkimuksen ensimmäinen tutkimustavoite on selvittää, mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveysmenoihin.

Terveydenhuoltoalue-toimintamalliin ja siitä saataviin hyötyihin suhtauduttiin haastatteluissa hyvin positiivisin odotuksin. Marraskuun 2001 tilannetta luonnehdittiin päätöksiä edeltäväksi tilanteeksi, koska palvelutuotannon muutoksia ei juuri ollut toteutettu. Monista asioista oli kuitenkin jo sovittu ja joitakin toteutettu. Haastatteluissa monet luottamushenkilöt kuitenkin totesivat, että yllättävän paljon oli jo saatu aikaiseksi, toisia muutoksen vauhti jopa hirvitti. Osa haastatteluista oli kuitenkin sitä mieltä, että juuri mitään ei ole tapahtunut ja että tulee kii-

re, jos kustannussäästöjä halutaan saada aikaiseksi ennen kuluvaan valtuustokauden 2004 loppua.

Haastatteluissa kaikki muutoksesta päättäneet pitivät tärkeimpänä tavoitteena *terveysmenoihin vaikuttamista*. Useimmat epäilivät mahdollisuuksia supistaa menoja kovin nopeasti, sen sijaan kasvun pysäyttämistä pidettiin hyvänä saavutuksena. Säästöjen saamista lyhyellä aikavälillä ei pidetty mahdollisena, koska alussa joudutaan investoimaan muutoksen toteuttamiseen. Useimmat olivat sitä mieltä, että seuraavana vuonna ”kustannuksissa ei tule olemaan eroa entiseen, voi olla jopa päinvastoin”. Tätä mieltä oli 12 yhteensä 15 haastatellusta kuntien poliittisesta päättäjistä ja johtavasta viranhaltijasta. Yksi haastateltu arveli kustannusten nousevan ”tällä ratkaisulla”, yksi ilmaisi olevansa pettynyt, kun mitään kustannusten laskua ei ollut näkyvässä, mutta totesi samalla, että ”vasta ensi vuonna voidaan odottaa tuloksia kustannusten laskussa”. Yhdeltä oli kysymys jäänyt kysymättä.

Jatkossa odotettiin kustannusten laskevan, vaikka suuria muutoksia ei odotettu, koska väestön vanhenemisen uskottiin lisäävän palvelujen tarvetta ja kustannuksia. Uskottiin, että koko maan kustannustaso oli mahdollista saavuttaa myöhemmin, mutta vain kovin toimenpitein.

Henkilöstön vähentämistä kustannuksia laskevana keinona ei kukaan haastateltava ottanut esille. Kustannusten arveltiin laskevan vain väestön käyttötottumuksia muuttamalla, koska uskottiin, että korkeat kustannukset johtuivat suurelta osin palvelujen runsaasta käytöstä. Mäntän ja Vilppulan kustannusten arveltiin madaltuvan myös, jos lähikunnat ostaisivat laajemmin aluesairaalan palveluja. Pidetettiin myös tärkeänä, että palvelut eivät ole kalliimpia kuin muualla.

Toiminta ja voimavarat

Päällekkäisten toimintojen yhdistäminen ja toiminnan ja henkilöstön mitoittaminen väestön tarpeita ja sopimuskuntien tilauksia vastaavalle tasolle on toinen keskeinen tavoite. Sen alatavoitteina voidaan pitää voimavarojen joustavaa käyttöä, sovitun hoidonporrastuksen toteutumista, erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kuntien yhteistyön toteutumista sekä järkevää työnjakoa, jotka olivat tavoitteina toimintamallia valittaessa.

Terveystuotoalueen perustaminen antaa useiden haastateltujen mielestä mahdollisuuden käyttää *voimavaroja* tehokkaammin. Yksi yhteinen organisaatio mahdollistaa päällekkäisyyksien poistamisen ja sitä kautta kustannusten säästämisen. Esimerkkinä tästä nostettiin esille laboratorion palvelut, joiden liittäminen liikelaitokseen tapahtui valmisteluvuoden aikana ilman suurempia ongelmia. Kuntien ja sairaanhoitopiirin johto pitivät myös hallinnon ja huollon päällekkäisyyksien poistamista tärkeänä. Myös tilaratkaisuilla ja turhista tiloista luopumisella odotettiin saatavan selkeää taloudellista etua. Toimintojen keskittämisen odotettiin mahdollistavan henkilöstön tehokkaamman käytön, tämän nähtiin olevan sidoksissa

muun muassa siihen, miten hyvin uudessa organisaatiossa saadaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja häivytettyä. Hoitohenkilökunnan käytön oletettiin tehostuvan myös, jos terveydenhuoltoalueen perustamisen myötä saataisiin lääkäreiden virat pysyvästi täytettyä.

Uuden mallin uskottiin kiinnostavan myös lääkärikuntaa. Useimpien haastateltujen mielestä terveydenhuoltoalueesta tulee *houkutteleva työpaikka* ja jatkossa saadaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon lääkäreitä. Maassa oli yleinen käsitys lääkäripulasta ja haastateltavien näkemyksenä oli, että työpaikkojen tulee erottua positiivisesti lääkäreiden saamiseksi. Uskottiin, että terveydenhuoltoalue voi sairaanhoitopiirin osana toimia myös lääkäreiden koulutuspiirteenä ja että tätä kautta saadaan lääkäreitä myös jäämään paikkakunnalle.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamista yhdessä organisaatiossa pidettiin järkevänä, koska se mahdollistaisi päällekkäisten toimintojen purkamisen tai yhdistämisen. Monia näistä, kuten vuodeosastot, laboratorio ja kuntoutus, oli jo vuosia yritetty yhdistää ilman tuloksia, nyt päällekkäisten toimintojen karsiminen olisi yhdessä organisaatiossa yksinkertaisempaa. Useimmat haastatellut olivat tyytyväisiä, että osaa näistä oli jo lähdetty toteuttamaan. Mallin odotettiin myös lisäävän perusterveydenhuollon käyttöä ja vähentävän erikoissairaanhoidon käyttöä. Näin arveltiin päästävän eroon palvelujen runsaasta käytöstä, joka oli kuulunut alueen kulttuuriin. Monet kuntapäätäjät kuvasivat haastatte luissa, että tavoitteena oli organisaatio, jossa asiakas saa palvelut yhdestä pisteestä ja turhat päällekkäisyydet on poistettu:

”Terveydenhuoltoalueella vastaanotolle hakeutuvat ohjataan suoraan oikeaan hoitoon ja ihmisten pompottelu loppuu.” (kaupunginvaltuuston puheenjohtaja)

”Ollaan rakentamassa uutta toimintamallia, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon nivotaan yhteen, niin että rakenteelliset rajat häipyvät ja muodostetaan saumaton hoitoketju.” (kunnanhallituksen puheenjohtaja)

Useimpien haastateltujen lääkäreiden mielestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä on kysymys ennen kaikkea joustavista konsultaatiokäytännöistä. Yhteinen organisaatio tulee yhdistämään asiakirjat ja näin päästään potilastietojen siirtoon liittyvistä lupa-asioista, myös sähköistä tiedonsiirtoa ollaan kehittämässä. Saumaton toiminta edellyttää kuitenkin ennen kaikkea erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lääkäreiden yhteistä näkemystä hoitokäytännöistä. Tämä edellyttää myös oman totutun toimintatavan muuttamista, vaatii intensiivistä yhteistä kouluttautumisprosessia esimerkiksi käypä hoito-suositusten noudattamisesta yhteisellä tavalla. Toiminta yhdessä organisaatiossa parantaa ammattikuntien välistä yhteistyötä ja tiedonkulku tehostuu, kun konsultaatioapu on paremmin saatavilla. Työntekijöiden ammattitaito tulee näin te-

hokkaammin käytetyksi. Myös virkojen yhteiskäyttö ja uudella tavalla toimiminen vähentävät sijaistarvetta.

Yhdistettävällä vuodeosastolla suunniteltiin hoidettavan sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon potilaita. Terveys- ja hoitoalueen johto arveli kuitenkin haastatteluissa, että ottaa aikansa, ennen kuin erilaiset toimintakulttuurit yhdistyvät. Ongelmana he pitivät myös sitä, että ”perussääntöjä hoidon saumattomuudesta” ei ole sovittu ja erikoissairaanhoidon syytetään väärien potilaiden hoitamisesta. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kuntalaskutuksen pitämisen erillään uskottiin hidastavan toimintojen saumattomuuden kehittymistä.

Useimmat aluesairaalan ja terveyskeskuksen haastatellut olivat sitä mieltä, että yhteistyö ja työnjakokysymykset olivat aikaisempina vuosina olleet niin huonoja, että nyt ne eivät voineet muuttua kuin parempaan suuntaan.

”Kyse on ennen kaikkea toisen arvostuksesta ja oikeassa olemisesta.” (johtoryhmän jäsen)

Huonoilla yhteistyösuhteilla tarkoitettiin sekä terveyskeskuksen ja aluesairaalan ammattihenkilöiden että molempien kuntien viranhaltijoiden ja poliittisten päättäjien välisiä suhteita, jotka juonsivat juurensa 1980-luvulta, jolloin terveyskeskus perustettiin ja rakennettiin paljon päällekkäisiä toimintoja. Valmisteluvuoden aikana olivat terveyskeskuksen ja aluesairaalan työntekijät kuitenkin joutuneet suunnittelemaan yhteisissä työryhmissä niin monenlaisia toimintoja, että yhteistyövalmiuden tunnistettiin kasvaneen.

Ratkaisujen arveltiin vahvistavan myös Mäntän ja Vilppulan kuntien yhteistyötä.

”Puhalletaan paremmin yhteen hiileen ja päästään myös muilla alueilla eteenpäin.” (kaupunginvaltuuston puheenjohtaja)

Useat toivoivat tämän yhteistyön johtavan kuntien yhdistymiseen. Johdon haastatteluissa todettiin, että terveydenhuoltoalue on sivujuonteena jo tiivistänyt myös kuntien sosiaalitoimien välistä yhteistyötä. Yhteistyötä oli viritetty erityisesti vanhushpalvelujen alueella.

Palvelujen saatavuus

Palvelujen saatavuuteen liittyviksi tavoitteiksi määriteltiin toimintamallille asetetuista tavoitteista erikoissairaanhoidon palvelujen säilyminen paikkakunnalla ja palvelujen saaminen läheltä joustavasti.

Useimmat haastatellut uskoivat, että terveydenhuoltoalueen perustaminen parantaa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon *palvelujen saatavuut-*

ta monella tavalla. Ongelmaksi todettiin, että perusterveydenhuollon päivävastaanotot eivät vedä ja siksi väestö joutuu hakemaan palvelut päivystysvastaanotolta. Tästä aiheutuu turhia käyntejä ja vääriä käyttötottumuksia. Toisena ongelmana todettiin aluesairaalan ajoittainen lääkärivajaus, jonka vuoksi sairaalan luotettavuus palvelujen tarjoajana on kärsinyt, ja tämä on vaikuttanut erityisesti ympäristökuntien halukkuuteen ostaa palveluja. Tämän odotettiin nyt korjaantuvan.

Erikoissairaanhoidon säilyminen alueella oli muutoksen yksi keskeinen tavoite. Useimpien haastateltujen mielestä toiminta osana Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä antoi parhaan mahdollisen lähtökohdan toiminnalle. Sairaanhoitopiirin ohjaavan vaikutuksen lisääntymistä pidettiin hyvin tärkeänä erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden kannalta. Väestöpohjan pienuuden oletettiin vaikeuttavan palvelujen järjestämistä taloudellisesti. Arveltiin, että terveyspalvelujen järjestäminen kokonaisuutena ja osana suurempaa organisaatiota parantaa toiminnan taloudellisuutta

Odotuksena oli myös, että kuuluminen sairaanhoitopiiriin vaikuttaa lääkäri-työvoiman saatavuuteen ensin erikoissairaanhoidossa ja sen vaikutuksesta myös perusterveydenhuollossa. Palvelujen odotettiin parantuvan, jos tarjolla olisi erilaisia erikoissairaanhoidon palveluja. Sairaanhoitopiirin strategiaan kuului aluesairaaloiden toimintaedellytysten parantaminen, joten piirin oletettiin työnjaon perusteella ohjaavan toimintaa ja osaamista terveydenhuoltoalueelle. Ulkokuntien arveltiin sitoutuvan paremmin terveydenhuoltoalueen käyttäjäkuntina, kun toimitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osana. Odotuksena oli, että yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa toimien on mahdollista saada alueen palvelut monipuolisiksi ja toimimaan luotettavasti. Tämä lisäisi naapurikuntien palvelujen käyttöä ja sitä kautta palveluja käyttävää väestöä.

Erityisesti perusterveydenhuollon päivystyksen siirtymistä ostopalveluksi pidettiin muutoksen mahdollistajana. Järjestelyn arveltiin parantavan mahdollisuutta saada uusia lääkäreitä, lisäävän päiväajan vastaanottoaikaa ja vähentävän sitä kautta turhia päivystyskäyntejä. Uskottiin myös, että näin saadaan perusterveydenhuollon väestövastuu vihdoinkin toimimaan ja sitä kautta väestön palvelujen käyttö järkevälle tasolle. Myös käyttötottumuksiin arveltiin tulevan muutoksia uusien järjestelyjen myötä.

Tärkeänä pidettiin, että väestön tarpeista huolehditaan ja palvelujen hyvä taso säilytetään, jos vain kuntien rahat riittävät. Osa vilppulalaisista haastatelluista nosti esille, että kunnan alueella toimivat Kolhon ja Pohjaslahden toimipisteet joudutaan lopettamaan, jos säästämisessä ei muuten onnistuta. Asiakkaiden määrä po. palvelupisteissä ei ole kovin suuri ja joka tapauksessa maaseutumaisesta asumisesta johtuu, että erittäin harva asuu ”vastaanoton vieressä”. Useimmat tarvitsevat nytkin jonkinlaisen kuljetuksen tullakseen palvelupisteeseen. Sivuasemien lopettamista pidettiin ennen kaikkea poliittisena kysymyksenä.

Sairaalan säilymiselle paikkakunnalla annettiin suuri merkitys, koska sen katsottiin edesauttavan Ylä-Pirkanmaan säilymistä elinvoimaisena. Sairaalan kautta saadaan toimintaa ja työpaikkoja ja se lisää taas muuta aktiivisuutta.

”Ilman sairaalaa tulevaisuus olisi näyttänyt kohtalaisen vaaralliselta.”
(kaupunginhallituksen puheenjohtaja)

Useimmat haastatellut arvostivat myös suuren organisaation taitotietoa, sen tarjoamia koulutus- ja tutkimusmahdollisuuksia ja henkilökunnan mahdollisuutta työkiertoon tai työpaikan vaihtoon sairaanhoitopiirin sisällä.

”Pysytään ajan tasalla, kun päästään tällaiseen valtavaan organisaatioon, jossa kehittäminen on systemaattista ja laatukoulutus korkeatasoista ei olla enää missään takapajulassa.” (kaupunginvaltuuston puheenjohtaja)

Muut tekijät

Useimpien haastateltujen mielestä ”oltiin aitiopaikalla tekemässä jotain uutta, mitä kaikki seuraavat”, joten ratkaisuilla nähtiin olevan myönteinen vaikutus myös Ylä-Pirkanmaan kuntien yhteistyöhön. Uskottiin, että jos asia hoidetaan ja markkinoidaan hyvin, niin muodostuu kokonaisuus, jota voi kaupata muillekin. Arveltiin, että potentiaalisina yhteistyökuntina ovat Juupajoki, Virrat, Keuruu, Kuru ja Ruovesi.

Odotukset onnistumisesta

Mäntän ja Mäntän aluesairaalan haastatellut suhtautuivat positiivisimmin odotuksiin terveydenhuoltoalueen toteutumiseen (taulukko 13). Terveyskeskuksen edustajien odotukset olivat vähäisimmät. Monet haastatelluista mainitsivat tässä vaiheessa, että kahdessa vuodessa ei kovin paljoa saada aikaiseksi, mutta viiden vuoden kuluttua tilanteen odotettiin olevan jo paljon paremman. Kaikki haastatellut odottivat, että terveydenhuoltoalue toimii viiden vuoden kuluttua merkittävästi paremmin kuin kahden vuoden kuluttua.

Terveydenhuoltoalueen perustamista pidettiin selvästi parempana vaihtoehtona kuin tilanteen jättämistä ennalleen. Tilanteen arveltiin olevan kahden vuoden kuluttua selvästi huonomman, jos terveydenhuoltoaluetta ei olisi, ja huononevan siitä edelleen. Useimmat kommentoivat, että aluesairaalan toiminta olisi loppunut kahden tai viiden vuoden sisällä ja perusterveydenhuollon lääkäreiden saatavuus olisi entistä huonompaa.

Suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että valittu terveydenhuoltoalue-malli on se, johon yleisesti Suomessa mennään. Mallia pidettiin erityisesti Mäntän seu-

Taulukko 13. Haastateltujen odotukset terveydenhuoltoalueen onnistumisesta vuoden 2001 haastatteluissa, kouluarvosanojen keskiarvo organisaatioittain*

Organisaatio	Haastateltujen määrä	TERVEYDENHUOLTO-ALUE ON		JOS TERVEYDENHUOLTO-ALUETTA EI OLISI	
		2 vuoden kuluttua	5 vuoden kuluttua	2 vuoden kuluttua	5 vuoden kuluttua
Mänttä	8	7,3	8,8	6,2	5,6
Vilppula	5	6,4	8,3	6,3	5,7
Mäntän sairaala	13	7,4	8,2	5,8	5,0
Terveyskeskus	7	6,4	7,5	6,2	5,8
Sairaanhoidopiiri	5	7,0	7,7	5,9	4,6
Haastatellut yhteensä	38				
Kaikkien arvosanojen keskiarvo		7,0	8,1	6,0	5,3

* Haastateltavia pyydettiin arvioimaan kouluarvosanalla (4–10), miten terveydenhuoltoalue-mallin toteutuminen tulee onnistumaan. Minkä arvosanan he antaisivat kahden vuoden kuluttua ja mikä olisi arvosana viiden vuoden kuluttua? Vertailun vuoksi kysyttiin myös, mikä olisi ollut arvosana vastaavina ajankohtina, jos terveydenhuoltoaluetta ei olisi lähdetty toteuttamaan. Vastausten arveltiin kuvaavan uudistukseen kohdistuvia odotuksia.

dun tyyppisten, kaupunkikeskuksista etäällä olevien alueiden vaihtoehtona. Usko mahdollisuuteen saada terveydenhuollon kustannukset kuriin ja säilyttää palvelut valitun toimintamallin avulla oli vakaa.

Terveydenhuoltoalueen toteutumisen vastustajat

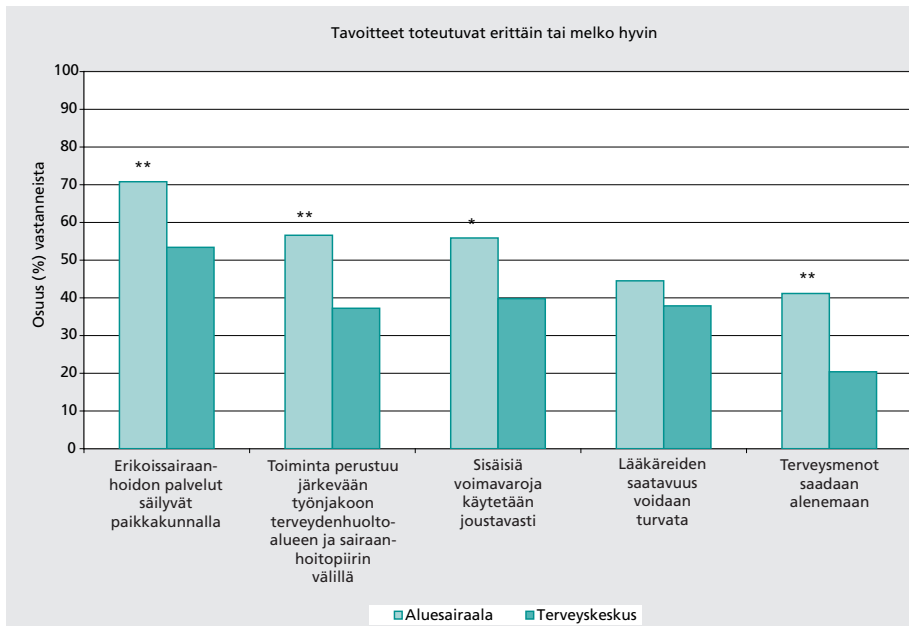
Kaikilta haastateltavilta tiedusteltiin (2001) myös, oliko heidän mielestään olemassa jokin taho tai henkilö, joka erityisesti vastustaa terveydenhuoltoalueen perustamista tai sen toteuttamisen onnistumista. Kaikki myös vastasivat kysymykseen. Haastateltavia oli 38, heistä 15:n mielestä ei vastustajia ollut, ”kriittisiä puheenvuoroja kylläkin, mutta ne voi ottaa huomioon lähinnä muutosvoimana”. Haastatelluista 23 (60 %) nimesi vastustavan tahon tai henkilön, mutta useimmat mainitsivat samalla, että poliittinen päätös on ollut niin yksimielinen, etteivät vastustajat pysty sitä horjuttamaan. Vastustavana tahona esitettiin kansanterveystyön kuntayhtymän virkamiesjohto ja poliittinen johto joko kokonaisuutena tai erikseen nimeltä mainiten. Mainituista henkilöistä useimmat kertoivat haastatteluissa myös oman kriittisen kantansa. Vastustavana henkilönä mainittiin usein Vilppulan kunnanjohtaja, jo siinä vaiheessa virastaan eronnut. Hän toi myös itse haastattelussa esille vastustavan kantansa ja perusteli sitä liian kiireisellä aikataululla.

Useimmat vastustajiksi itse ilmoittautuneet tai siksi nimetyt olivat keskeisesti mukana sekä selvitysvaiheessa prosessoimassa ehdotuksia että valmisteluvuonna työryhmissä tai ohjausryhmässä.

Väestön ja henkilöstön arvio tavoitteiden toteutumisesta

Väestöltä ja henkilöstöltä kysyttiin (2001) odotuksia terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Mäntän ja Vilppulan vastaajien arviot olivat hyvin samankaltaisia, vilppulalaisista kuitenkin hieman suurempi osa uskoi, että lääkäreiden saatavuus voidaan uudella toimintamallilla turvata tulevaisuudessa. Mäntäläisistä puolestaan hieman suurempi osa uskoi, että terveysmenot saadaan alenemaan. Kuntien asukkaiden näkemyserot eivät ole kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Henkilöstön joustavaan käyttöön, erikoissairaanhoidon palvelujen säilymiseen ja järkevään työnjakoon terveydenhuoltoalueen ja sairaanhoitopiirin välillä uskoi noin 40 % Mäntän ja Vilppulan vastanneista.

Aluesairaalan vastaajista (kuviokuva 10) selvästi suurempi osa uskoi tavoitteiden toteutumiseen kuin terveyskeskuksen tai Mäntän ja Vilppulan vastaajista. Erikoissairaanhoidon palvelujen säilymiseen paikkakunnalla uskoi 71 % aluesairaalan vastaajista ja hieman yli puolet terveyskeskuksen vastaajista. Eniten mielipiteet erosivat väittämässä, että toiminta perustuu järkevään työnjakoon terveydenhuoltoalueen ja sairaanhoitopiirin välillä; aluesairaalan vastanneista 56 % uskoi tähän. Aluesairaalan ja terveyskeskuksen työntekijöiden näkemykset erosivat tilastollisesti merkitsevästi siinä, miten uskottiin terveydenhuoltoalueen perustamisen säilyttävän erikoissairaanhoidon palvelut paikkakunnalla, toiminnan perustuvan järkevään työnjakoon ja terveysmenojen alenemiseen. Voimavarojen joustavan käytön ja lääkäreiden saatavuuden turvaamisen osalta aluesairaalan ja terveyskeskuksen työntekijöiden näkemykset erosivat toisistaan, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



Kuviokuva 10. Terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen. Aluesairaalan ja terveyskeskuksen vastanneiden arvio vuonna 2001. (Aluesairaala N = 136 ja terveyskeskus N = 103) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

7 TOIMEENPANON TOTEUTTAMINEN HAASTATTELUJEN, VÄESTÖ- JA HENKILÖSTÖKYSELYJEN SEKÄ PAIKALLISLEHDEN AINEISTON JA ASIAKIRJA-AINEISTON VALOSSA

Johdanto

Tässä luvussa analysoin arvioinnin viitekehyksen (van Meter ja van Horn 1975, Sabatier ja Mazmanian 1981) ohjaamana terveydenhuoltoalueen toimeenpanon toteuttamista vuosina 2002–2004. Näkökulmina ovat viitekehyksen (ks. kuvio 6, s. 85) mukaisesti toimeenpanevan organisaation (terveydenhuoltoalueen johto ja ohjausryhmä), toimeenpanevan henkilöstön (terveydenhuoltoalueen johto ja henkilöstö) ja toimeenpanevan verkoston (terveydenhuoltoalue, sairaanhoitopiiri, Mänttä, Vilppula) näkökulmat sekä toimintaympäristön vaikutus toimeenpanoon. Analyysin aluksi selvitetään toimeenpanovaiheen aikana tehdyt ratkaisut. Luvun lopussa analysoidaan haastateltujen näkemykset toiminnalle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta kolmen ensimmäisen toimintavuoden jälkeen. Analyysia täydennetään väestön ja henkilöstön mielipiteillä terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta. Keskeisin tutkimusaineisto on tässä luvussa toimeenpanovaiheen päättyessä vuoden 2005 alkupuolella tehty Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan johtavien virkamiesten ja poliittisten päättäjien sekä terveydenhuoltoalueen ja sairaanhoitopiirin johtavien viranhaltijoiden haastatteluaineisto (johdon näkökulma). Haastattelujen antia täydennetään paikallislehden aineistolla ja asiakirja-aineistolla sekä syksyllä 2001 ja 2004 toteutettujen väestö- (väestönäkökulma) ja henkilöstötutkimusten (henkilöstönäkökulma) tuloksilla.

7.1 Toimeenpanovaiheen aikana tehdyt ratkaisut

Tässä alaluvussa vastaan tutkimuskysymykseen (T2a, taulukko 7, s. 83): Mitä ratkaisuja toimeenpanovaiheen aikana tehtiin?

Toimeenpanovaiheen aikana, vuosina 2002–2004, suunniteltiin ja toteutettiin lukuisia rakenteellisia muutoksia (liite 4, taulukko 14), joiden tavoitteena oli ”muodostaa paikallisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluista yhtenäinen saumaton ja taloudellinen palvelujärjestelmä, joka pystyy tarjoamaan laadukkaita ja aiempaa monipuolisempia palveluja Mäntän ja Vilppulan lisäksi myös

ympäristökunnille” (HALL 17.9.2001 § 192). Toiminnan sisällöllisen kehittämisen odotettiin käynnistyvän varsinaisesti vasta vuoden 2005 aikana, kun suurimmat rakenteelliset muutokset olisi tehty (Haastattelut 2005). Lista toimeenpanovaiheen aikana tehdyistä ratkaisuksista perustuu asiakirja-analyysiin ja niiden toteuttamista kuvataan seuraavassa ensisijaisesti haastattelujen perusteella.

Palvelurakenteen uudistaminen

Palvelujen päällekkäisyyksiä poistettiin toimeenpanovaiheen aikana muun muassa yhdistämällä lääkäreiden vastaanottopalvelut ja päivystys samoihin tiloihin sairaalaan. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vuodeosastopalvelut sijoitettiin saman sairaalan tiloihin. Terveysneuvonta ja erityispalvelut sijoitettiin entisen terveyskeskuksen tiloihin Sarapihaan. Sairaala sijaitsee noin 4 kilometrin päässä Mäntän keskustasta ja 10 kilometrin päässä Vilppulan keskustasta. Sarapiha sijaitsee noin kahden kilometrin päässä Mäntän ja 5 kilometrin päässä Vilppulan keskustasta ja noin 6 kilometrin päässä sairaalasta.

Tukipalveluja on sopeutettu ja yhdistetty terveydenhuoltoalueen kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana laajasti (taulukko 14, liite 4). Osa yhdistymisistä on sellaisia, joista oli keskusteltu pitkään jo ennen terveydenhuoltoalueen perustamista. Näitä olivat esimerkiksi laboratorio ja kuntoutus. Osa tukipalvelujen uudelleen järjestelyistä mahdollistui terveydenhuoltoalueen ja sitä kautta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuulumisen myötä. Tällaisia olivat muun muassa toimisto-, kiinteistö-, varasto- ja ruokapalvelujen järjestelyt.

Taulukko 14. Kolmen ensimmäisen toimintavuoden 2002–2004 aikana tehtyjä ratkaisuja (tarkempi erittely liitteessä 4)

Sisäinen toiminnan rationalisointi
Vastaanottopalvelujen yhdistäminen Vuodeosastotoiminnan yhdistäminen ja supistaminen sekä viikko-osastojärjestelyt Kuntoutustoiminnan yhdistäminen Yhteispäivystyksen järjestäminen Pitkäaikaishoidon siirtyminen kuntien vanhustenhuollon tehtäväksi Tilojen käytön keskittäminen ja joidenkin tilojen käytöstä luopuminen Tietojärjestelmien uudistaminen Henkilöstön mitoittaminen toimintaa vastaavalle tasolle
Palvelujen keskittäminen suurelle tuottajalle
Laboratorio- ja apteekkipalvelujen sekä kuvantamisen siirtyminen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin liikelaitosten vastuulle Materiaalipalvelujen, tekniikan, asiakas- ja informaatiopalvelujen, henkilöstöpalvelujen, koulutuspalvelujen, rahoitus- ja laskentapalvelujen sekä työterveyshuollon siirtyminen yliopistosairaalan vastuulle
Palvelun yksityistäminen
Ravintopalvelujen ulkoistaminen

Merkittävin toimintaa uudistava ja laajaa rahoitus- ja yhteistyöpohjaa vaativa uudistus oli tietojärjestelmä uudistus, joka toteutettiin yhteistyössä kuntien kanssa niin, että myös kuntien sosiaalitoimi liittyi järjestelmän piiriin. Tietojärjestelmä uudistuksen läpivienti muutosprosessin aikana oli erittäin vaativaa henkilökunnalle. Kuntien kannalta uudistus oli alkuvaiheessa myös harmillinen, koska tilastotiedot olivat uudistuksesta johtuen puutteellisia koko alkuvuoden 2005. (OHJ 31.5.2005 § 32.) Virheelliset tiedot olivat kiusallisia myös terveydenhuoltoalueen johdolle, joka toimeenpanovaiheen aikana oli viimein saanut tuotetut kustannus- ja tilastotiedot luotettaviksi. Tietojärjestelmä uudistusta pidettiin kuitenkin merkittävänä toimintatapojen uudistamisen mahdollistajana.

Päätös perusterveydenhuollon *vuodeosastojen* siirtämisestä sairaalan tiloihin ja yhdistämisestä sisätautien kanssa tehtiin valmisteluvaiheessa (OHJ 10.5.2001 § 4) nopeasti, ennen kuin vuodeosastotyöryhmä oli ennättänyt saada työnsä valmiiksi. Nopeaa päätöksentekoa perusteltiin muun muassa investointisuunnittelun käynnistämisen kiireellisyydellä. Terveyskeskuksessa oli aiemmin hoidettu sekä Mäntän että Vilppulan pitkäaikaispotilaita. Päätös merkitsi muutoksia myös kuntien vanhustenhuollon järjestelyihin, koska vain akuuttihoito ja kuntoutus haluttiin jättää terveydenhuoltoalueen toiminnaksi. Lähes kaikki pitkäaikaishoito siirrettiin tässä yhteydessä kuntien sosiaalitoimen vastuulle. Vuodeosastojärjestelyt kiirehtivät kuntien yhteisen vanhustenhuollon selvityksen tekemistä. Selvityksen perusteella ohjausryhmä linjasi, että vanhustenhuolto tulee olemaan kuntien omaa toimintaa ja että kunnat ja terveydenhuoltoalue tekevät yhteistyötä toiminnan suunnittelemisessa ja päällekkäisyyksien poistamisessa. (OHJ 5.2.2002 § 4 ja OHJ 29.8.2002 § 50.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaansijoja vähennettiin kolmen toimeenpanovuoden aikana useita kertoja. Molemmilla kunnilla oli heikko rahatilanne ja tavoitteena oli saada säästöjä vähentämällä sairaansijoja ja niiden yhteydessä toimivaa henkilöstöä. Muutoksia sairaansijamääriin tehtiin ohjausryhmässä, usein kesken suunnittelukauden. (Esim. OHJ 29.8.2002 § 50, OHJ 12.2.2004 § 3.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaansijat vähenivät toimeenpanovaiheessa 93:sta 53:een eli 43%.

”25 sairaansijaa on perusterveydenhuollon akuuttiosastolle todella tiukka ja edellyttää, että ei olisi yhtään pitkäaikaispotilasta, ja että lääkäreillä olisi napakampi tyyli kotiuttaa. Sisätaudeilla on rankkaa: aluksi suunniteltiin, että 25 ja sitten 20 ja osa niistä vielä dialyysipaikkoja. Sitten vielä paikat pudotettiin 10 ja muut tarvittavat toimet. Vuoden 2004 alusta aloitettiin 20 paikalla, mutta rahaa oli ainoastaan elokuun loppuun. Syksyllä saatiin vain 10 sairaansijaa ja koko ajan oltiin ylipaikoilla 13–15 potilaan kanssa. Nyt on taas 15 sairaansijaa.” (henkilöstökyselyn avovastaus)

Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon järjestämisellä oli vaikutusta myös vanhustenhuollon palveluihin. Kuntien virkamiesjohdon haastattelujen (2005)

mukaan järjestelyjen myönteisenä vaikutuksena pidettiin pitkäaikaishoidon siirtymistä perusterveydenhuollosta vanhustenhuollon vastuulle kunnan omaksi toiminnaksi. Vanhustenhuollon ja perusterveydenhuollon yhteenlaskettu paikkamäärä oli noussut seurantavuosina 26 paikalla. Tuona aikana perusterveydenhuollon paikkamäärä oli vähentynyt 14:llä, samalla kun vanhustenhuollon paikkamäärä oli lisääntynyt 40:llä. Kuntien laitospaikkojen kokonaismäärä on vuoteen 2001 verrattuna pysynyt lähes ennallaan, lisäksi on toteutettu käynnistämällä dementiahoito ja lisäämällä asumispalveluja. Muutoksen vaikutus henkilöstömitoitukseen on käsitelty alaluvussa 7.3 ja vaikutus hoito- ja hoivapaikkojen määrään alaluvussa 8.3.2.

Sairaansijojen merkittävä ja usein myös yllätyksellisesti toteutettu vähentäminen aiheutti haastateltujen (2005) johtoryhmän edustajien mukaan paljon sopeutamisongelmia terveydenhuoltoalueella. Välillä potilaita oli niin paljon ylipaikoilla, että sairaansijamäärää jouduttiin myös nostamaan. Kuntien heikko rahoitustilanne on heijastunut juuri sairaansijamäärän vaihteluun.

”Ohjausryhmältä ollaan saatu paljon tiukkoja päätöksiä, jotka pitää olla seuraavalla viikolla valmiina. Näin on tehty myös virhepäätöksiä. Esimerkiksi vuodeosaston paikkamäärään liittyvät vaihtelut. Oltaisiin pystytty tekemään paljon kivuttomammin näitä muutoksia. Ehkä terveydenhuoltoalueen johtajan olisi pitänyt olla napakammin omien suunnitelmien takana eikä aina totella. Ollaan siis jouduttu reagoimaan hyvin herkästi päättävien kuntien taloudelliseen tilanteeseen.” (johtoryhmän jäsen)

Toimintakäytäntöjen ja palvelujen uudistaminen

Mäntän seudun asukkaat ovat käyttäneet runsaasti terveydenhuollon palveluja, minkä arveltiin johtuvan runsaasta palvelujen tarjonnasta ml. yksityinen työterveyshuolto (Pekurinen ym. 2000). Lisäksi vastaanotolle pääsyn vaikeus, omalääkäri-järjestelmän puute ja huonosti toimivat kunnalliset työterveyshuollon palvelut on arvioitu syiksi runsaaseen päivystyspalvelujen käyttöön, jonka taas arveltiin johtaneen kontrollikäytien lisääntymiseen päivävastaanotoilla. Monien haastateltujen mielestä (2001 ja 2005) kyse on ollut ennen kaikkea palvelujen huonosta organisoinnista ja siksi vastaanottopalvelujen kehittämistä pidettiin tärkeänä. Myös kustannusten toivottiin alenevan, kun palveluja organisoidaan uudelleen.

Toimeenpanovaiheen aikana vastaanottopalvelujen toimintakäytäntöjä kehitettiin monella eri tavalla. Ensimmäisessä vaiheessa päiväaikana kiireellistä hoitoa tarvitsevista potilaista vastasi yksi lääkäri kerrallaan. Näin saatiin paremmin aikaa tavanomaiselle vastaanotto toiminnalle. Myös pidentämällä ajanvarausvastaanottojen toiminta-aikaa kello 20:een helpotettiin vastaanotolle pääsyä. Vastaanottopalveluja kehitettiin edelleen järjestämällä hoitajien ajanvarausvastaanottoja diabetes-, astma- ja sydänpotilaille. Päivystävä sairaanhoitaja tekee kiireellisysarvion niille asiakkaille, jotka eivät ole ennalta varanneet vastaanottoaikaa, ohjelmoi tar-

vittavia tutkimuksia ennen lääkärin vastaanottoa ja kirjoittaa itsenäisesti lyhyet sairaslomatodistukset (OHJ 19.9.2003 § 48).

Perusterveydenhuollon *väestövastuumallia* ei kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana (2001–2004) saatu yrityksistä huolimatta toimimaan. Syynä tähän oli eräiden haastateltujen mielestä omien lääkäreiden vähyys, mutta myös lääkäreiden haluttomuus siirtyä omalääkärijärjestelmään. Keväällä 2005 siirryttiin pitkien neuvottelujen jälkeen aluemalliin, jossa omalääkäri, ostopalvelulääkäri ja nimetty hoitohenkilökunta vastaavat tietyn alueen vastaanottopalveluista.

Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut keskitettiin toimeenpanovaiheen aikana ensin Mäntän keskusta entisen terveystakeskuksen tiloihin Sarapihalle ja myöhemmin peruskorjausten valmistuttua sairaalan tiloihin erikoissairaanhoidon vastaanottojen yhteyteen. Useimmat haastatellut toivat esille, että muuttoa sairaalan tiloihin pidettiin sekä palvelujen paranemisenä että henkilöstöresurssien järkevänä hyödyntämisenä. Nyt kaikki lääkärin vastaanotot toimivat samoissa tiloissa päivystys-, laboratorio- ja kuvantamispalvelujen kanssa. Keskittämistä pidettiin tärkeänä, jotta voimavarat voidaan hyödyntää paremmin. Myös keskinäisten konsultaatioiden oletettiin helpottuvan ja työkäytäntöjen yhdentyvän, kun toimittiin samoissa tiloissa. Lääkärin vastaanottopalveluille ja päivystykselle tuli yhteinen osastonhoitaja keväällä 2002 ja henkilökunnan yhteiskäyttö toteutui seuraavana vuonna. Henkilöstölle perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen muutto uusiin toimitiloihin ja kahden eri toimintakulttuurin kohtaaminen vastaanottojen yhdenytyessä on ollut vaativaa. Henkilöstökyselyn (2004) avovastauksissa ilmeni kuitenkin, että poliklinikan ilmapiiri oli positiivisesti odottava ehkä eniten uuden osastonhoitajan työtteen vuoksi.

Vastaanottopalvelujen kehittäminen painottui perusterveydenhuollon palvelujen kehittämiseen. Muutoksia toteutettiin perusterveydenhuollon lääkäreiden toiveita kunnioittaen. Tämä näkyy muun muassa tiukoissa ”huonetilareviireissä”, joita poliklinikalle rakennettiin. Yhteiset tilat ovat sujuvoittaneet lääkäreiden keskinäisiä konsultaatiokäytäntöjä, mutta yhtenäisen saumattoman toimintamallin suunnittelu ei haastateltujen mukaan ollut käynnistynyt keväällä 2005. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisiä lääkärikokouksia oltiin vasta suunnittelemassa. Syksyllä 2007 tilannetta kuvattiin samankaltaiseksi: Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lääkäreiden yhteistyö perustui samoissa tiloissa työskentelystä huolimatta ennen kaikkea puhelinkonsultaatioihin. Paperikonsultaatioiden mahdollisuutta, ”röntgen-meetinkejä” ja yhteisiä kokouksia ei-kliinisten aiheiden ympärille kaivattiin. (Kauko Koivisto 2007.)

Myös ohjausryhmän tiedossa oli erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreiden vähäinen sitoutuminen muutokseen. Uudistuksessa onnistuminen edellytti kuitenkin kaikkien sitoutumista ja näkemysten huomioimista. Ohjausryhmä kuuli neljän seniorilääkärin näkemyksiä toiminnan edelleen kehittämisestä kokouksessaan elokuussa 2003 (OHJ 7.8.2003 § 40). Ohjausryhmä koki tilaisuuden

hyödyllisenä ja meneillään olevia muutoksia tukevana, näitä olivat muun muassa päivystysjärjestelyt ja vastaanottopalvelujen kehittäminen.

Erikoissairaanhoidossa oli kärsitty lähes kroonisesta lääkäripulasta koko 1990-luvun. Toimeenpanovaiheen aikana toiminta kuitenkin vähitellen ”vakinaistui” ja *poliklinikkatoiminta* monipuolistui. Sisätaudeille, kirurgiaan ja naistentaudeille saatiin omat vakituiset ylilääkärit ja tarvittavaa lisäapua keskussairaalan kanssa muodostettujen yhteisvirkojen myötä. Haastateltujen terveydenhuoltoalueen edustajien mukaan (2005) toiminta keskussairaalan osana, sairaanhoitopiirin alueita vahvistava strategia¹⁴ ja muutosjohtajan hyvät yliopistosairaalayhteydet mahdollistivat erikoissairaanhoidon palvelujen monipuolistamisen mielekkäällä tavalla. Monipuolisten avopalvelujen arveltiin kiinnostavan myös ympäristökuntia. Myös keskussairaalan intressinä on ohjata potilaita terveydenhuoltoalueelle. Vuonna 2005 terveydenhuoltoalueella oli mahdollista saada neurologian, lastenlääkärin, korvalääkärin, gastroenterologin, reumalääkärin ja keuhkolääkärin vastaanottopalveluja, lisäksi sisätautien ja kirurgian osaamista vahvistettiin suppeiden erikoisalojen palveluilla ns. klinikkaostona TAYS:sta. Erityisesti suppeiden erikoisalojen lääkäreiden palveluja oli tarjolla aiempaa merkittävästi enemmän. Syksyn 2007 tilanne oli hyvin samankaltainen vuoden 2005 tilanteen kanssa (Kaisa Kaihlaniemi-Liukko 2007).

Lääkärivastaanottojen keskittämistä pidettiin haastatteluissa (2005) yleisesti hyvänä asiana, koska sitä kautta saatiin kustannussäästöjä samalla, kun palvelu parani. Väestökyselyssä (2004) ilmeni, että erityisesti vilppulalaiset pitivät sitä palvelujen huononemisenä siitäkin huolimatta, että vastaanotot ja tutkimukset olivat nyt samassa paikassa, neuvolavastaanotot jäivät kuntaan ja linja-autovuoroja sairaalaan lisättiin.

”Vilppulaan oma terveyskeskus toimintaan ja omat lääkärit tänne, koska seudulla on paljon eläkeläisiä joilla ei ole omaa autoa. Kyllä päätöksen tekijät saisi hävetä silmät päästään, kun tekevät tällaisia päätöksiä.” (vilppulalainen vastaaja)

”Vilppulan terveyskeskuksen siirtäminen Mänttään, aivan järjetöntä ihmisten juoksuttamista, etenkin vanhuksille. Labra (näytteenotto) on sentään Vilppulassa ainakin toistaiseksi.” (vilppulalainen vastaaja)

”Aivan älytöntä viedä täältä keskustasta palvelut kuten labra sairaalalle. Matka on huonojalkaisille liian pitkä ja taxilla kallis. Bussivuoroja kulkee liian harvoin sairaalalle.” (mänttäläinen vastaaja)

Lääkäripalvelujen keskittämisestä saatuja hyötyjä on vaikea mitata rahassa. Ratkaisu meni kuitenkin läpi kuntien valtuustoissa säästösyistä, vaikka 2 200 vilppu-

14 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2002 2008 sisälsi muun muassa strategisen tavoitteen, että erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto muodostavat toimivan kokonaisuuden, joka saavutettaisiin luomalla alueellinen palvelujärjestelmä, poistamalla päällekkäisyydet, kehittämällä saumattomia palvelukokonaisuuksia ja sisäisiä prosesseja.

lalaista eli noin 40 % kirjoitti nimensä adressiin, ettei lääkäripalveluja vietäisi pois Vilppulasta.

Mäkelä vaihdettiin äänestäen Tervoseen. (Vilppulan) Valtuuston puheenjohtaja vaihtui äänestyksen jälkeen. Lääkäripalvelut kokouksen pääosassa. (KMOV 28.1.2003)

Lääkäriponsi täpärästi nurin. Ehdotus lääkäripalveluiden palauttamisesta Vilppulaan kaatui kunnanvaltuustossa äänin 15–12. Ehdotuksen taustalla oli 2500 nimen kansalaisaddressi. (KMOV 31.1.2003)

Myös henkilöstön keskuudessa oli joitakin lääkäripalvelujen keskittämisen vastustajia, koska vastaanotolle meno Mäntän sairaalaan edellyttää autokyytiä ja tämän katsottiin lisäävän eriarvoisuutta (Henkilöstötutkimus 2004, avovastaukset). Toimivilla liikenneyhteyksillä oli tärkeä osa palveluja sijoitettaessa. Vilppulan asukkaista noin 30 % tarvitsee autokyytiä tullakseen jo Vilppulan keskustaan¹⁵, Mäntän ja Vilppulan keskustojen välillä on noin 10 kilometriä, sairaala sijaitsee noin 4 kilometrin päässä Mäntän keskustasta ja Sarapihan kiinteistö noin 2 kilometrin päässä Mäntän keskustasta. Kulkuyhteyksissä lienee edelleen parantamista, koska paikallisen KMOV-lehden yleisönosastossa edelleen vuonna 2007 siitä kirjoitetaan.

”Olen käynyt vuoden sisällä kaksi kertaa Vilppulasta vastaanotolla Mäntän sairaalassa. Molemmilla kerroilla aikatauluihin merkatut linja-autoyhteydet eivät ole toimineet, kun eri yhtiöiden autot eivät odottaneet toisiaan. Älkää viitsikö huijata enää. Vaihtoyhteydet eivät toimi. Vilppulasta ei pääse julkisella liikenteellä julkisen terveydenhuollon huomaan. Edestakainen matka kestää kohtuuttoman kauan tai maksaa kohtuuttoman paljon.” (KMOV 2.10.2007)

Yhteistyömahdollisuudet äitiys- ja lastenneuvolan, kasvatus- ja perheneuvonnan, mielenterveys- ja päihdetyön kesken paranivat, kun tilajärjestelyjen yhteydessä palvelut sijoitettiin samoihin tiloihin Sarapihan kiinteistöön. Kasvatus- ja perheneuvontapalveluja myytiin entiseen tapaan myös muille Ylä-Pirkanmaan kunnille. Perustason ehkäisevää hoitoa parannettiin myös antamalla lastenlääkäri- ja naistentautien palveluja äitiys- ja lastenneuvola-asiakkaille.

Vilppulan sosiaalilautakunta käynnisti kuitenkin kesäkuussa 2004 keskustelun, että kaikki sosiaalihuoltolain mukaiset erityispalvelut tulisi saada kunnan omaksi toiminnaksi vuoden 2005 alusta lähtien. Taustalla olivat Vilppulan rahavaikeudet, epäily liian kalliista kustannuksista ja halu saada toiminta omaan hallintaan muun muassa ”järjestämällä tarjouskierron erityispalvelujen vastuuyksikön kaikista palveluista”. Vilppulan kunnan edustajat korostivat, että tyytymättömyys terveyden-

15 Vilppulan 5 400 asukkaalla kunnassa on kolme taajamaa: Vilppulan keskustassa asuu noin 3 800, Kolhossa noin 1 000 ja Pohjaslahdella noin 300 ja lisäksi haja-asutusalueella on noin 300 asukasta. (Mauri Heinonen 2007)

huoltoalueen palveluihin ei ole kunnan ehdotuksen taustalla. (OHJ 24.8.2004 § 38.) Vilppulan kunnanhallituksen päätöksessä (VIL KH 5.7.2004 § 219) oli asetettu tavoite, että kunta tuottaa mahdollisimman suuren osan näistä palveluista itse tai yhdessä toisen kunnan kanssa. Myös Mäntän sosiaalilautakunta oli käsitellyt kasvat- tus- ja perheneuvonnan palvelujärjestelmän arviointia (MÄN SL 16.6.2004 § 54). Aloitteista huolimatta erityispalvelut jäivät terveydenhuoltoalueen tehtäväksi.

Perusterveydenhuollon ja sisätautien vuodeosastojen yhdistämisen koet- tiin tehostaneen henkilökunnan yhteiskäyttöä, mutta yhteisen toimintakulttuurin muotoutuminen oli terveydenhuoltoaluetta haastatteluissa edustaneiden mielestä vielä pahasti kesken. (Haastattelut 2005.)

7.2 Toimeenpanevan organisaation mahdollisuudet toteuttaa muutos ja muutoksen toteuttamista edistävät tai haittaavat tekijät

Tässä alaluvussa vastaan tutkimuskysymykseen (T2b, taulukko 7, s. 83): Mit- kä olivat toimeenpanevan organisaationmahdollisuudet toteuttaa muutos ja mit- kä tekijät edistivät tai haittasivat muutoksen toteuttamista? Keskeiset toimijat terveydenhuoltoalueen toteuttamisessa olivat terveydenhuoltoalueen johto eli ter- veydenhuoltoalueen johtaja ja johtoryhmä sekä terveydenhuoltoalueen ohjausryh- mä. Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoalueen johto ja ohjausryhmä edustavat tutkimuksen viitekehysten toimeenpaneavaa organisaatiota.

Ohjausryhmä

Ohjausryhmän ohjaavan roolin ja johtajan operatiivisen tehtävän välinen rajan- veto muotoutui käytännön toiminnassa. Toimeenpanovaiheen aikana vuosina 2002–2004 ohjausryhmä seurasi muutosten suunnittelua ja toteuttamista tiiviisti ja käytännössä huomattavasti laajemmin kuin sairaanhoitopiirin hallituksen pää- töksessä edellytettiin. Käytäntö oli muotoutunut valmisteluvuoden 2001 aikana, jolloin tehtäväksi anto oli laajempi, sisältäen myös esimerkiksi sairaanhoitopiirin perussopimukseen ja omaisuusjärjestelyihin liittyviä tehtäviä.

”Mallina ohjausryhmä on enemmän ajan hengellä: aidommin asioihin vaikuttaminen, kun ei ole päätöselin. Keskustelu käydään ennen kuin tehdään päätöksiä. Toiminnallisesti viranhaltijat ja luottamusmiehet ovat yhdessä ja sitoutuminen tulee keskustelun kautta. Monen toimijan linja- us ja koordinointi on toimivampaa.” (ohjausryhmän jäsen, sairaanhoito- piirin edustaja)

Toimeenpanovaiheen alussa (HALL 15.2.2002 § 36) ohjausryhmän rooli kuntien etujen valvojana voimistui, kun poliittisten päätöksentekijöiden edustusta vahvistettiin yhdellä molemmista kunnista. Ohjausryhmän kokouksia pidettiin noin 10 vuodessa ja niissä käsiteltiin muun muassa sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelmia ja seurattiin niiden toteutumista Mäntän seudun näkökulmasta, terveydenhuoltoalueen palvelutarjouksia ja -tilauksia sekä seurattiin niiden toteutumista, investointisuunnitelmia ja niiden etenemistä sekä seurattiin kehittämissankkeiden etenemistä. Alkuvaiheen jälkeen jokaisessa kokouksessa kuultiin myös terveydenhuoltoalueen johtajan katsaus terveydenhuoltoalueen ajankohtaisiin asioihin. (Ohjausryhmän pöytäkirjat 2002–2004.)

Ohjausryhmä oli myös toimeenpanovaiheen aikana hyvin aktiivinen, tutustui asioihin ja teki toimintaa linjaavia päätöksiä, joiden taustalla oli usein kuntien heikko taloudellinen tilanne tai terveydenhuoltoalueen toiminnan sopeuttamiseen liittyviä ongelmia. Ohjausryhmällä oli myös keskeinen rooli Ylä-Pirkanmaan kuntien yhteistyön edistäjänä, kun se kävi neuvotteluja yhteisen päivystysvalmiuden ylläpitämisestä Mäntän sairaalassa ja yritti laajentaa Ylä-Pirkanmaan kuntien erikoissairaanhoidon ostoja Mäntän sairaalasta. Ohjausryhmän kuntajohtajat sekä sairaanhoitopiirin johtaja olivat myös terveydenhuoltoalueen johtajan rinnalla markkinoimassa terveydenhuoltoalueen laajentamista Ylä-Pirkanmaalla.

Vuoden 2005 haastatteluissa useimmat *kuntien edustajat* pitivät ohjausryhmytyöskentelyä kuntien kannalta hyvänä järjestelynä, koska sen katsottiin parantaneen kuntien vaikutusmahdollisuuksia. Toiminnan ohjaamisen kannalta pidettiin myös tärkeänä, että luottamushenkilöt ja virkamiehet työskentelevät ohjausryhmässä yhdessä ja joutuvat siksi myös sitoutumaan ratkaisuihin. Tärkeimpänä ohjausryhmytyöskentelyyn liittyvänä etuna pidettiin sitä, että kuntien edustajat ovat mukana valmistelemassa päätöksiä, eivät pelkästään hyväksymässä virkamiesten valmistelemissa ehdotuksissa, kuten kuntayhtymähallinnossa tavallisesti on.

”Tällä järjestelyllä päätökset ovat paremmin kunnan käsissä kuin kuntayhtymämallissa.” (ohjausryhmän jäsen, kunnan edustaja)

Kokemuksena oli, että sairaanhoitopiirin hallitus noudattaa ohjausryhmän kantaa, jos asiat ovat yksimielisesti ja hyvin valmisteltuja. Kuntien päättäjät antoivat myös suuren arvon sille, että sairaanhoitopiirin ylin johto osallistui aktiivisesti ohjausryhmytyöskentelyyn.

”Ohjausryhmällä ei ole päätösvaltaa, mutta kaikki on tapahtunut yhteisymmärryksessä.” (ohjausryhmän jäsen, kunnan edustaja)

Molemmilla kunnilla oli haastateltujen mukaan hyvät toimintatavat, joiden mukaan kaikki ohjausryhmässä käsiteltävät asiat käsitellään myös kunnanhallituksessa. Vaikka useat haastatellut pitivät asioiden käsittelyä kuntien päättävissä elimis-

sä järjestelmällisenä, niin osa piti sitä riittämättömänä. Erään haastatellun mukaan ohjausryhmän jäsenet ”ovat liian paljon ratkaisujensa takana”, toinen taas piti ohjausryhmän jäsenten roolia mitään sanomattomana. Osa kuntien virkamiehistä, sosiaalilautakuntien edustajat ja terveydenhuoltoalueen johto eivät, eri syistä, pitäneet kuntien (ohjausryhmän jäsenten) tapaa tiedottaa ja keskustella asioista riittävänä.

”Oikeisiin asioihin päästään (ohjausryhmässä) kiinni. Kaupungin johtoryhmällä on koko ajan ajantasainen tieto ja asioita myös käsitellään. Ollaan lähempänä päätöksentekoa ja käytännön toimintaa kuin vanhoilla johtokuntamalleilla.” (ohjausryhmän jäsen, Mänttä poliittinen päättäjä)

”Ohjausryhmän rooli on mitään sanomaton, esimerkiksi sosiaalilautakunta on ollut kovin pihalla. Ohjausryhmä ei tee esityksiä, onko vain kahvinjuontipaikka, onko niille edes annettu selkeitä viestejä kaupunginhallituksessa.” (Mäntän kaupunginvaltuuston jäsen)

Monet vuoden 2005 haastatteluissa esitetyistä epäilevistä kommentteista näyttävät johtuvan siitä, että terveydenhuoltoalueen hallinnollinen päätöksenteko oli järjestetty uudella tavalla, jota ei vielä tunnettu. Vain muutamilla kuntien keskeisillä päätöksentekijöitä oli mahdollista osallistua ohjausryhmätyöskentelyyn.

”Perusratkaisu (ohjausryhmä) on hyvä, mutta sisällöstä pitäisi ymmärtää niin paljon että viesti kulkisi. Voi olla että asioita pitäisi avata enemmän, jotta päättäjät niitä ymmärtäisivät. On tullut salaseuramaine, kun ei ymmärretä.” (johtoryhmän jäsen)

Jotkut kuntapäättäjät suhtautuivat haastatteluissa (2005) ohjausryhmään varauksellisesti. Epäiltiin, onko ohjausryhmä toiminut riittävän tehokkaasti ja aktiivisesti. Kritiikkiä aiheutti muun muassa vuoden 2004 kokemus, kun terveydenhuoltoalueen taloudellinen tilanne vaihtui lyhyellä aikavälillä hyvästä huonoksi. Kuntien heikko taloudellinen tilanne yhdistettiin keskustelussa usein terveydenhuoltoalueen muutosprosessiin. Kuntien heikkoon talouden tilaan oli varmaankin monia syitä, kuten esimerkiksi väestön vanheneminen ja väheneminen sekä elinkeinotoiminnan muutokset, mutta terveydenhuoltoalueesta tuli joillekin ”syntipukki”, kun kustannukset eivät heti lähteneet alenemaan. Myös puoluepolitiikka vaikutti julkisen keskustelun suuntaan ja sisältöön erityisesti Vilppulassa, jossa suurimmalla poliittisella ryhmällä ei ollut edustajaa ohjausryhmässä.

Joidenkin terveydenhuoltoalueen *johtoryhmän edustajien* näkemysten mukaan ohjausryhmä on toiminut hyvässä hengessä, mutta tieto toiminnasta tai päätöksistä ei kulkenut kovin hyvin kunnan virkamiehille, kunnanhallituksille tai valtuustoille. Ohjausryhmän kokoonpano huomioiden tämä oli jossain määrin yllättävää.

”Ohjausryhmä luottaa toimintaan, kun eurot ovat kohdallaan. Tieto voisi kulkea paremmin kunnanhallitukselle ja hallitus voisi tiedottaa valtuustolle. Tieto ei kunnan sisällä kulje. Kunnalta puuttuu yhteisnäkemys, ja terveydenhuoltoalueen asiantuntijat jätetään kansan kivitettäväksi.” (johtoryhmän jäsen)

Ohjausryhmän jäsenten rooli oli haastateltujen johtoryhmän jäsenten mielestä osin selkiintymätön; onko ohjausryhmän työn painotus terveydenhuoltoalueen toiminnan ohjaamisessa, vai ollaanko ensisijaisesti ajamassa kuntien poliittisen johdon tahtoa, jota sävytti heikko taloudellinen tila. Kuntien heikko taloudellinen tilanne oli tosiasia, ja siksi ohjausryhmässä tehtiin useita terveydenhuoltoalueen toiminnan järjestämisen kannalta merkittäviä päätöksiä odotuksella, että ”ne ovat seuraavalla viikolla toteutettuina niin että myös kustannusvaikutukset näkyvät”. Esimerkiksi vuodeosastojen sairaansijoja koskevia supistuksia tehtiin säästöjen aikaansaamiseksi.

”Aina on hätäjarrutus päällä ja kahvit sylissä ja taas lasketaan, ollut kaaosjohtamista. Nyt vasta ollaan siinä vaiheessa, että päästään miettimään sisältöjä, kun kaikki aika on mennyt organisaation muuttamiseen ja järjestelyihin. Henkilökunta on sairastunut. Nyt ollaan ensimmäistä kertaa siinä tilanteessa, että kuntien kanssa neuvotellaan, mihin rahat riittää ja mitä tehdään. Tähän saakka ollaan vaan tehty hätäjarrutusta. Koko aika menee erilaisten kustannusten laskemiseen. Nyt kustannukset ovat sillä tavalla hanskassa, että tiedetään mitä kaikki maksaa.” (johtoryhmän jäsen)

Myös ohjausryhmän pöytäkirjat antavat viitteitä siitä, että ohjausryhmä toimi varsin jännitteisessä roolissa, koska sen toiminnassa pyrittiin sovittamaan yhteen sekä muutosten valmistelu ja päätöksenteko että tilaajan ja tuottajan erilaiset näkemykset. Alun perin ohjausryhmä perustettiin sairaanhoitopiirin ja kuntien yhteiseksi muutoksen toimeenpanoa ohjaavaksi elimeksi, jonka tehtävänä oli myös valmistella sairaanhoitopiirin hallitukseen vietävät terveydenhuoltoaluetta koskevat päätökset. Toimeenpanovaiheen alusta lähtien ohjausryhmä toimi myös tilaajien ja tuottajan neuvottelufoorumina. Asiakirjojen perusteella ei voi päätellä, miten hyvin ohjausryhmässä kyettiin erottamaan toisistaan sopimusohjausneuvotteluihin kuuluvat asiat ja vain terveydenhuoltoalueen ohjausryhmälle kuuluvat asiat.

Koska ohjausryhmässä oli jäseninä osapuolten korkein johto, siinä tehtiin ratkaisuja, joiden tiedettiin myös toteutuvan todennäköisesti osapuolien päättävissä elimissä. Sairaanhoitopiirin edustajilla oli ohjausryhmässä vaikea kaksoisrooli. Palvelujen tuottajina he olivat sitoutuneet järjestämään väestön tarvitsemat palvelut, mutta samalla he olivat mukana hyväksymässä epärealistisia menojen alenemistavoitteita. Myös kuntajohdon päätöksenteko ohjausryhmässä oli ristiriitaista. Palvelujen järjestäjänä sen tehtävänä oli huolehtia palvelujen saatavuudesta, toi-

saalta kuntien taloudellisen tilanteen heikkeneminen aiheutti merkittäviä supistamispaineita.

Vuoden 2005 haastatteluissa pidettiin tärkeänä, että ohjausryhmä toiminnan vakiintuessa tehostaa rooliaan nimenomaan alueellisen näkökulman edistäjänä ja kuntien välisen yhteistyön rakentajana.

Muutosjohtaja

Toimeenpanoprosessin aikana (2002–2004) johtajan tehtävänä olivat ensisijaisesti muutosprosessin johtaminen ja ”ulkosuhteiden hoitaminen”. Johtoryhmä oli muutosjohtajan keskeinen tuki ja ”työrukkanen”. Muutos suunniteltiin ja toteutettiin paljolti valmisteluvaiheen alussa käynnistyneissä työryhmissä ja tekemällä erilliselvityksiä.

Muutosprosessin keskeinen haaste oli sopeuttaa toiminta Mäntän ja Vilppulan sekä Ylä-Pirkanmaan kuntien aiempaa huomattavasti pienempiin palvelutilauksiin¹⁶. Henkilökunnalla oli irtisanomissuoja (HALL 26.11.2001 § 239) ja toiminnan rationalisointi edellytti suunnittelua, lisäksi muutoksen hyödyt tulevat esille vasta myöhemmin. Oli tilanteita, joissa kunnat halusivat alentaa kustannuksia saman budjettivuoden aikana (esim. OHJ 29.8.2002 § 49). Myös erikoislääkäripula aiheutti sen, että tilauksia ei saatu toteutumaan ja tulot vähenivät. Suuri ongelma oli myös, että terveydenhuoltoalueella ei ollut tarvittavaa talousosaamista, vaikka monet vaikeat haasteet liittyivät juuri taloushallinnollisiin ongelmiin.

”Käynnistämishetken huono taloustilanne ei, erityisesti kansanterveys-työn kuntayhtymän purusta ja perusterveydenhuollon puutteellisista kustannustiedoista ja työpanoksen erilaisista laskentatavoista johtuen, ollut kenenkään tiedossa. Taloustilannetta, kustannusrakennetta ja talousseurantaa ’harjoiteltiin’ koko toimeenpanovaiheen ajan, lisäksi vuoden 2004 loppupuolella ja 2005 alkupuolella olivat ongelmana uudet tietojärjestelmät, joiden toiminta- ja kustannusseurannat ’takuuilivat.’” (johtoryhmän jäsen)

”Ulkosuhteiden hoitamisella” tarkoitettiin esimerkiksi yhteistyötä Ylä-Pirkanmaan kuntien kanssa toiminnan volyymin kasvattamiseksi ja ponnisteluja Ylä-Pirkanmaan kuntien tilaajarenkään¹⁷ muodostamiseksi sekä neuvotteluja sairaanhoito-

¹⁶ Palvelutilaus-sanalla viitataan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaukseen. Sairaanhoitopiiri tekee tarjouksen kunnille kolmen edellisen vuoden toteutuneen käytön, kuluvalle vuodelle hyväksytyyn tarjoukseen sekä sairaanhoitopiirin tarkistamien hintojen perusteella vuosittain toukokuussa. Kunta tekee tilauksen sairaanhoitopiirille huomioiden aikaisemman käytön, ennakoiden palvelujen tarvetta sekä omia käytettävissä olevia varojaan. Sopimusneuvottelut seuraavan vuoden palvelusopimuksista käydään elo-syyskuussa sairaanhoitopiirin tarjouksen ja tilaajan alustavan tilauksen perusteella. (Ihalainen 2007.)

¹⁷ Tilajarenkäällä tarkoitetaan kuntien yhteistyötä palvelujen suunnittelussa ja toimimista yhtenäisenä neuvotteluosapuolena tehtäessä palvelutilausta sairaanhoitopiiriltä. Mänttä, Kuorevesi ja Vilppula muodostivat vuonna 1999 neuvottelurenkaan, joka ei ollut yhtenäinen neuvotteluosapuoli, neuvottelut käytiin yhdessä, mutta kukin kunta neuvotteli oman sopimuksen. Kuru, Ruovesi ja Virrat muodostivat oman tilaajarenkään ja Keuruu-Multia oman. (Ihalainen 2007.)

piirin ja klinikoiden kanssa lääkäreiden rekrytoimiseksi. Myös perusterveydenhuollon lääkärien rekrytointi ja perusterveydenhuollon toiminnan uudistaminen (mm. omalääkärijärjestelmä, perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen uudistaminen ja päivystyksen järjestely) työllistivät johtajaa.

Käytännössä muutosjohtaja joutui paljolti toimimaan ”kilpenä” puolustassaan terveydenhuoltoalueen toiminnan muutoksiin liittyviä päätöksiä. Terveydenhuoltoalueen henkilökunta on monesti prosessin aikana kokenut, että kuntien päättäjät ”ovat jättäneet henkilökunnan yksin”. Käytännössä myös sairaanhoitopiirin johto oli ollut hyväksymässä päätöksiä, mutta tuki niiden toteuttamista esimerkiksi investoinneilla ja muutuskoulutuksella.

”Päättäjät ovat valmiita tekemään kipeitä ratkaisuja, mutta henkilökunta jätetään yksin niitä puolustamaan.” (johtoryhmän jäsen)

Johtoryhmän kommentteista nousee myös esille, että muutosjohtajan idearikkautta ja hänen tekemäänsä työtä arvostettiin, mutta prosessin aikana olisi kaivattu enemmän läsnäoloa terveydenhuoltoalueella ja arkijohtamista.

Luottamushenkilöt pitivät edelleen vuoden 2005 haastatteluissa päätöstä *muutosjohtajasta* hyvänä ja tehtävää vaativana. Useimmat pitivät muutosjohtajan valintaa oikeana, mutta edelleen nostettiin esille, että olisi tarvittu perusterveydenhuollon taustan omaava muutosjohtaja. Useimmat pitivät hyvänä, että muutosjohtaja valittiin alueella toimivien organisaatioiden ulkopuolelta, mutta arvelivat samalla sen heikentäneen alueelle sitoutumista.

Myös johtoryhmän jäsenet pitivät edelleen (haastattelut 2005) tärkeänä, että muutosjohtajaksi valittiin ulkopuolinen henkilö. Prosessin koettiin saaneen vauhtia ja tavoitteellisuutta heti, kun muutosjohtaja aloitti työnsä. Monien tehtäviensä vuoksi muutosjohtaja joutui olemaan paljon poissa Mäntästä. Tätä pidettiin merkkinä huonosta sitoutumisesta alueelle. Monet korostivat, että johtajaa olisi tarvittu selvästi enemmän paikalla, koska prosessi on erityisen vaativa henkilökunnalle.

Muutosjohtajaksi alun perin valittu henkilö siirtyi vuoden 2004 toukokuun alussa ensin virkavapaalle (80 %) ja marraskuussa kokonaan muihin tehtäviin. Terveydenhuoltoalueen johtoryhmän jäsenet ja henkilökunnan edustajat pitivät tätä suurena tappiona ja ”rintamakarkuruutena”. Johtajan varahenkilö ylihoitaja, joka oli aiemmin toiminut terveyskeskuksessa nimitettiin ma. johtajaksi, ensin vuoden 2004 loppuun saakka ja sen jälkeen vielä siksi, kunnes terveydenhuoltoalueen arvioinnin tulokset valmistuivat syksyllä 2005. Muutos merkitsi enemmän läsnä olevaa ja keskustelevaa johtamista, mihin terveydenhuoltoalueen useimpien johtavien viranhaltijoiden (haastattelut 2005) mukaan oltiin tyytyväisiä. Kuntajohdon tai henkilöstön näkemyksiä johdon vaihtumisesta ei haastatteluissa tai henkilöstökyselyssä noussut esille.

Johtoryhmä

Terveydenhuoltoalueen *johtoryhmä* muodostettiin toiminnan käynnistyessä terveyskeskuksen ja sairaalan johtoryhmistä. Toimeenpanovaiheen alussa myös johtoryhmän kokoonpanoa tarkistettiin vastaamaan uutta organisaatiota. Johtoryhmä toimi keskeisenä muutoksen toteuttajatahona, lisäksi siinä käsiteltiin päivittäiseen johtamiseen liittyvät asiat. Kaikki terveydenhuoltoalueella toteutetut merkittävät organisatoriset muutokset on valmisteltu johtoryhmässä. Kireä taloudellinen tilanne ja puutteellinen taloussuunnittelun osaaminen ovat vaikeuttaneet toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa sekä aiheuttaneet luottamuspulaa. Useimpien johtoryhmän jäsenten mielestä (haastattelut 2005) käsiteltäviä asioita on ollut niin paljon, että ”mitään” ei ole ehditty käsitellä kunnolla. Kokouksia oli paljon ja ne kestivät pitkään.

Muotoutumassa oleva organisaatio ja erilaisten kulttuurien yhdistäminen ovat konkretisoituneet johtoryhmyöskentelyssä. Johtoryhmä joutui muutosprosessin aikana hakemaan sisäistä yhtenäisyyttä. Johtoryhmässä päätettiin, että vaikka kokouksissa ollaan eri mieltä, niin yhteisten päätösten jälkeen johtoryhmä toimii ulospäin yhtenäisesti. Johtoryhmässä tehtiin yksi henkilövaihdos, joka johtui syrjäytetyn henkilön koetusta epälojalisuudesta tehtyjä päätöksiä kohtaan. Johtoryhmän jäsenten mielestä erityisesti henkilöstön kannalta on tärkeää, että johtoryhmä toimii tehtyjen päätösten mukaisesti muutosta toteuttaessa. Yhtenäisyyttä pidettiin myös voimavarana, jota tarvitaan muutosprosessissa.

”Nyt erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö on luontevaa. Luottamuspulaa tai syyttävää sormeaa ei enää ole. Ajattelen, että olemme yhtenäinen kokonaisuus ja ’kuntapäätäjävihollista vastaan toimimme’, siis tilanne on erikoinen. Kunnalliset päättäjät tekivät päätöksen ja sitten kirveitä on lennätelty. Aika on ollut henkilökunnan kannalta epäoikeudenmukaista ja raskasta!” (johtoryhmän jäsen)

Useimmat johtoryhmän jäsenet luonnehtivat muutoksen suunnittelua kaosmaiseksi. Pitkäjänteistä suunnittelua vaikeuttivat selkeän tavoitteen ja aikataulun puute sekä kiire saada nopeasti tuloksia. Monet haastatelluista olivat sitä mieltä, että käynnistämävaiheen ylikapasiteettia ja Kuoreveden irtautumisen vaikutuksia ei otettu alussa huomioon. Supistukset on tehty toiminnallisten muutosten yhteydessä vähitellen tilanteessa, ”jossa mikään ei ole riittänyt kunnille”. Johtoryhmässä on keskitytty kustannusten vähentämiseen ja säästöjen etsimiseen, toiminnasta ja sisällöstä keskustelu on jäänyt vähemmälle. Vasta kolmen ensimmäisen toimintavuoden jälkeen koettiin, että ollaan tilanteessa, jossa kuntien kanssa neuvotellaan, mitä valintoja tehdään, jotta rahat riittävät. (Haastattelut 2005.)

Taloussuunnittelu ja sopimusohjaus

Terveydenhuoltoalueen talousarvion ja toiminnan suunnittelu perustui sairaanhoitopiirin käytännön mukaisesti keskeisiltä osin kuntien kanssa käytävien sopimusohjausneuvottelujen tuloksiin¹⁸. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue käy sopimusneuvottelut osana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimuskierrosta omien tilaajakuntiansa kanssa. Vuoden 2002 tilauksia tehtäessä erikoissairaanhoidon sopimusneuvottelut käytiin Mäntän ja Vilppulan lisäksi 4 tilaajarenkkaan tai kunnan kanssa. Lisäksi Mäntän ja Vilppulan perusterveydenhuollon tilauksista käytiin erilliset sopimusneuvottelut. Neuvottelumenettely yksinkertaistui, kun Ylä-Pirkanmaan tilaajarengas muodostettiin vuoden 2003 tilauksia varten ja perusterveydenhuollon tuotteistus ja hinnoittelu saatiin toteutettua vuoden 2002 aikana.

Erikoissairaanhoidon palvelujen suunnittelun ja työnjaon kannalta merkittävä muutos oli, kun vuoden 2004 sopimusohjausneuvotteluja varten sovittiin, että Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tekee Ylä-Pirkanmaan kunnille vain yhden tarjouksen erittelemättä niitä enää kahteen sairaalaan. Sairaanhoitopiirin strategian mukaisesti sovittu työnjako hoidon porrastuksesta määrittää keskussairaalan erityisosaamista vaativan toiminnan sairaalana ja Mäntän sairaalan roolin alueellisena perustason erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana Ylä-Pirkanmaan kunnille. (OHJ 30.4.2003 § 28, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2002–2008.) Uusi sopimuskäytäntö mahdollisti vaativan erikoissairaanhoidon ja perustason erikoissairaanhoidon välisen työnjaon toteuttamisen strategian mukaisesti.

Erikoissairaanhoidoa koskevat palvelusopimusneuvottelut noudattivat aiempien vuosien käytäntöä. Myös perusterveydenhuollon palveluista Mänttä ja Vilppula neuvottelivat sairaanhoitopiirin sopimuskäytäntöjen mukaisesti ensimmäistä kertaa syksyllä 2001 vuoden 2002 tilausta tehtäessä. Molempien osalta kunnat pyrkivät menojen alentamiseen.

Kuntien taloustilanne oli heikentynyt vuoden 1999 jälkeen (kuvio 19), ja valmisteluvuoden syksyllä keskustelua käytiin jopa terveydenhuoltoalueen lakkauttamisesta (OHJ 12.9.2001 § 5, havainnointitieto, pöytäkirjassa ei keskustelusta merkintää ole). Taloustilanteesta johtuen kunnat olisivat halunneet saada kustannukset alenemaan selvästi jo ensimmäisenä toimintavuonna. Tämä ”viestitettiin” terveydenhuoltoalueelle edellisiä vuosia huomattavasti pienemmillä palvelutilauksilla.

Vuoden 2002 palvelusopimuksien toteuttamisessa terveydenhuoltoalueelle tuli sopeuttamiongelmia, kun Mänttä ja Vilppula tekivät huomattavasti edellisen vuoden toteumaa pienemmän perusterveydenhuollon tilauksen ja kuntayhtymäs-

¹⁸ Vuotuinen neuvotteluprosessi käynnistyy, kun terveydenhuoltoalue tekee tarjouksen ja kunta tilauksen. Tarjouksen ja tilausten valmisteluun tulee varata riittävästi aikaa, koska se on keskeinen osa suunnitteluprosessia. Valmisteluvaiheessa kunta suunnittelee terveystilapalvelujen järjestämistä myös alueen näkökulmasta yhdessä tilaajarenkkaan kuntien kanssa. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus käsittelee kaikkien yksiköiden tekemiä tarjouksia huhtikuussa ja hyväksyy toukokuussa kunnille lähetettävät seuraavan vuoden toimintaa koskevat tarjoukset. Kuntien tilauksen lopullisesta sisällöstä sovitaan syksyllä käytävissä sopimusohjausneuvotteluissa ja se on osapuolia sitova. Palvelusopimusten seuranta ja arviointineuvottelut käydään toukokuussa, jolloin voidaan vielä vaikuttaa kuluvan vuoden palvelusopimusten toteutumiseen. (Ihalainen 2007, OHJ 7.11.2002 § 72.)

tä irronnut Kuorevesi lopetti perusterveydenhuollon palvelujen käytön lähes kokonaan, vaikka siirtymäajan käytöstä oli sovittu. Lisäksi vuoden 2002 taloussuunnitelua vaikeutti puutteellinen tieto kansanterveystyön kuntayhtymän alijäämäisestä taloudesta. Samalla terveydenhuoltoalueella oli lääkäri- ja hoitajajärjestelmästä johtuvia ongelmia erikoissairaanhoidon tilausten toteuttamisessa.

Sopimusohjausmenettelyn toteuttaminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oli vuosien aikana osoittanut, että erikoissairaanhoidossa 70–80 % hoidoista on sellaisia, jotka tulee antaa joka tapauksessa, ja vain 20–30 %:ssa hoitojen antamisesta voidaan aidosti neuvotella (OHJ 12.5.2004 § 19). Mäntän terveydenhuoltoalueen palvelujen nopea supistaminen johtikin sekä toimimiseen ylipaikoilla että keskussairaalan käytön lisääntymiseen ilman, että sille olisi ollut hoidollista perustetta (OHJ 24.8.2004 § 40).

”Kuntien tilaukset ovat aiheuttaneet paljon päänvaivaa. 7 dialyysia tarvittiin ja tilattiin vain 3 ja sitten terveydenhuoltoalueen piti keksiä mistä säästetään.” (johtoryhmän jäsen)

Erityisesti perusterveydenhuollon aleneviin palvelutilauksiin sopeutumista koettiin vaikeuttavan sen, että lähtötilanteen kustannukset tunnettiin huonosti ja että kaikki työntekijät siirtyivät vanhoina työntekijöinä terveydenhuoltoalueen palvelukseen. Heikossa taloudellisessa tilanteessa olleet kunnat halusivat kuitenkin säilyttää työpaikat.

”Kunnat olisivat toivoneet nopeampia tuloksia. Ongelmana oli, että lähtötilanne ei ollut kenelläkään selvillä. Alussa olisi pitänyt sopia tilastoluvut joista lähdettiin liikkeelle. Kuoreveden vaikutusta ei tiedetty tai hoksattu ottaa kunnolla käsittelyyn. Moka oli, ettei me niitä kunnolla tiedostettu. Silloin vain ajateltiin sinisilmäisesti, että hyvä, että meillä on nyt kerrankin resursseja. Silloin ei pystytty tekemään muutoksia, koska oli sovittu, että ketään ei irtisanota.” (johtoryhmän jäsen)

Kustannusten ja realististen budjettien määrittelyä koettiin vaikeuttavan koko toimeenpanoprosessin ajan myös sen, että kokenut talousjohto poistui eri syistä johtuen terveydenhuoltoalueelta muutosprosessin alkuvaiheessa. Kuitenkin johtoryhmä käytti paljon energiaa ja aikaa kustannusten selvittelyyn. (Haastattelut 2005, johtoryhmän pöytäkirjat 2001–2004.) Vuonna 2002 perusterveydenhuollon budjetissa oli tilikarttojen muuttumisesta ja puutteellisesta sairaanhoitopiirissä käytössä olevan työpanoksen laskentamallin osaamisesta johtuen yli 500 000 euron virhe. Myös terveydenhuoltoalueen sisäisten vyörytysten oikeellisuutta selvitettiin ja täsmennettiin ohjausryhmän toivomuksesta. (OHJ 29.8.2002 § 49.)

Molemmat kunnat olivat päättäneet, että kansanterveystyön kuntayhtymän purkauksessa palkka- ym. velat otetaan *kuntien maksettavaksi*, eikä niillä rasiteta uutta organisaatiota (MÄN KV 17.11.2003 § 57 ja VIL KV 22.9.2003 § 41). Myö-

hemmin tämä osoittautui liian toiveikkaaksi, koska kuntayhtymän loppuselvitys osoitti kattamattomien vastuiden määrän kovin suureksi (noin 830 000 euroa). Kattamattomat vastuut vaikeuttivat kuntien taloutta, ja käytännössä niiden rasite siirrettiin supistuksina terveydenhuoltoalueen kannettavaksi.

Terveydenhuollon kustannusten tavoitetaso

Muutosprosessin keskeisin tavoite oli saada terveydenhuollon menot alenemaan. Vuosittain tehtävät palvelusopimukset antoivat tavoitteista sopimiselle yhden, joskin alkuvuosina huonosti toimivan kehityksen. Kustannusten alentamiseen olisi voitu lähteä myös sopimalla kuntien terveystenonon tavoitetaso ja se, mihin mennessä tavoite tulisi saavuttaa.

Terveydenhuollon kustannusten tavoitetasoa käsiteltiin ohjausryhmässä neljä kertaa vuonna 2001 ja kolme kertaa vuonna 2002.

Ohjausryhmän ensimmäisessä kokouksessa (OHJ 29.1.2001 § 4) todettiin Vilppulan esittäneen perustamispäätöstä koskevassa lausunnossaan, että kehittämistoiminnan tavoitteeksi asetetaan jatkossa kuntien terveydenhuollon menonon laskeminen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuntien kesitasolle tai alhaisemmaksi. Mäntän kaupunginhallituksen esityksenä oli, että Mäntän terveydenhuollon menonon tavoitetaso on ensin valtakunnallinen kesitaso ja valtuustokauden loppuun mennessä Pirkanmaan keskitaso. Pöytäkirjasta ei selviä, puhutaanko tarvevakioidusta vai vakioimattomasta euroa/asukas-tavoitteesta.

Sairaanhoitopiiri oli laatinut ohjausryhmän toiseen kokoukseen (OHJ 15.2.2001 § 10) esimerkkilaskelman Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon väestön tarpeet huomioivista tarvevakioiduista nettomenoista, jos tavoitteena on Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin keskimääräiset tarvevakioidut nettomenot¹⁹. Selvityksen mukaan Mäntän ja Vilppulan terveydenhuollon menoja tulisi supistaa noin 0,6 milj. €, jos väestön palvelujen tarve otetaan huomioon, ja ilman tarvevakiointia noin 2 milj. €. Kokouksessa päätettiin, että Stakesin selvityshenkilö tarkistaa sairaanhoitopiiriin laskelmat.

Selvityshenkilöltä saatiin varmistus (OHJ 26.3.2001), että sairaanhoitopiiriin selvitys tarvevakioiduista menoista vastaa Stakesin asiantuntijakäsitystä. Päätettiin vielä selvittää terveydenhuollon nettokustannusten kehitystä ilman tarvevakiointeja, ennen kuin kunnanhallituksille tehdään ehdotus tavoitetasosta.

¹⁹ Laskelma pohjautui Stakesin (terveys- ja sosiaalitalouden ryhmä, Häkkinen ym. 2000) laskelmiin kunta- ja sairaanhoitopiiriikohtaisista nettomenoista vuodelta 1999, tarvekriteereiden perusteella määriteltyihin tarveindekseihin ja edelleen niiden perusteella laskettuihin tarvevakioituihin nettomenoihin. Myös selvitysvaiheen raportin menoanalyysit olivat pohjautuneet ko. lähteeseen.

Seuraavassa ohjausryhmän kokouksessa (OHJ 18.4.2001) nettokustannusten kehitystä käsittelevän laskelman oli tehty Stakesin SOTKA-tilastotietokantaan perustuvien tarvevakioimattomien tietojen perusteella. Vertailuun haluttiin myös Tilastokeskuksen tarvevakioimattomat nettokustannukset. Asiaan ei kuitenkaan palattu loppuvuonna.

Vuoden 2002 alussa (OHJ 5.2.2002 § 7) käynnistettiin keskustelu terveydenhuoltomenojen tavoitetasosta vuoteen 2004 mennessä uudelleen. Kokouksessa todettiin Mäntän kannanottona: Mäntän vuodelle 2002 neuvoteltu sopimus terveydenhuollon palveluista oli 7,9 milj. €, vuodelle 2003 Mänttä varaa 7,5 milj. € ja vuodelle 2004 7,1 milj. € (MÄN KH 17.12.2001 § 337). Vuoden 2001 tilinpäätöksessä terveydenhuollon menot olivat 8,6 milj. €, joten Mäntän tavoitteena oli laskea terveydenhuollon menoja noin 1,5 milj. € (noin 17 %) kolmessa vuodessa. Kokouksessa päätettiin hankkia lisää asiantuntija-aineistoa.

Toukokuussa (OHJ 31.5.2002 § 36) käytiin jälleen keskustelua Mäntän ja Vilppulan kunnan tavoittelemasta terveydenhuoltomenojen tasosta, jotta tavoitteiden toteutumista voidaan seurata vuoden 2005 alussa.

Kesäkuun ohjausryhmän kokouksessa (OHJ 25.6.2002 § 4) tavoitetasosta keskusteltiin jälleen. Todettiin Vilppulan kunnanvaltuuston päätös (VIL KV 18.6.2001 § 48), jonka mukaan tavoiteltava taso vuoden 2004 loppuun mennessä on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Ylä-Pirkanmaan seutukunnan kuntien tarvevakioidun keskiarvon välimaastossa.

Asian käsittelyä jatkettiin Mäntän ja Vilppulan edustajien kanssa em. ohjausryhmän kokouksen jälkeen alkaneessa ”terveydenhuollon seminaarissa” (25.6.2002). Kokouksessa kunnat kertoivat taloudellisesta tilanteestaan. Sairaanhoitopiirin toivomuksena oli, että kunnat asettavat keskipitkän aikavälin tavoitteen terveydenhuollon menoille ja terveydenhuoltoalue järjestää toiminnan raamin mukaisesti. Lyhyen tähtäimen suunnitelmana on sopeuttaa toimintaa nopeutetulla aikataululla, jotta budjetissa pysytään. Lopuksi sovittiin, että kunnat käyvät kuluvan kesän aikana keskustelun yhteisestä tavoitetasosta.

Kustannusten tavoitetasoa käsiteltiin seuraavan kerran tehtäessä palvelutarjousta vuodelle 2004. Tarjouksissa uutena lähestymistapana oli sovittaa ne siihen raamiin, jonka kunnat olivat ilmoittaneet niillä olevan käytettävissä. Tarjouksissa ei enää huomioitu aikaisempaa käyttöä tai väestön palvelujen tarvetta. (OHJ 30.4.2003 § 28.)

Terveydenhuollon menotason määrittely oli ohjausryhmäkäsittelyssä vielä huhtikuussa 2005. Ohjausryhmä päätti esittää Mäntän kaupungille ja Vilppulan kunnalle, että nämä tekisivät päätöksen terveydenhuoltomenojen tavoitetasosta ja että nämä tekisivät päätöksen, otetaanko tarvevakiointi huomioon tuloksia arvioitaessa. (OHJ 14.4.2005 § 20.) Pallo heitettiin siis jälleen kuntapäätäjille.

Molemmille kunnille yhteistä kirjattua sopimusta menojen tavoitetasosta ei ohjausryhmässä tehdyistä selvityksistä ja käydyistä keskusteluista huolimatta syntynyt. Selkeä kuntien taloudelliseen tilanteeseen perustuva raami toiminnalle kuitenkin annettiin huhtikuussa 2003. Ohjausryhmän pöytäkirjan mukaan tarjouksissa ei enää huomioitaisi väestön palvelujen tarvetta eikä aikaisempaa käyttöä. Kuntien päätös johtunee ennen kaikkea halusta tervehdyttää alijäämäistä kuntataloutta. Pyrkimys osoittautui kuitenkin epärealistiseksi erityisesti Mäntän perusterveydenhuollon kohdalla, jossa terveydenhuollon laskutus ylitti talousarviossa esitetyn 17–32 % vuosina 2001–2004 (ks. myös kuvio 40, s. 205).

”Olisi pitänyt olla selvät mittarit mitä seurataan, eikä potkia koko ajan. Ei ole työrauhaa kun mittarit puuttuu ja kun kunnat katsovat kassaa niin tulee uudet vaatimukset.” (johtoryhmän jäsen)

Tiedottaminen

Sekä ohjausryhmä että terveydenhuoltoalueen johtoryhmä linjasivat toimeenpanoprosessin tiedottamiskäytäntöjä jo heti ensimmäisessä kokouksessaan. Ohjausryhmän ja johtoryhmän pöytäkirjojen mukaan tiedottamisesta myös huolehdittiin systemaattisesti. Tiedottamisesta kuntalaisille ja henkilökunnalle huolehdittiin erityisesti, kun tehtiin merkittäviä muutoksia. Muutosjohtajalla oli merkittävä rooli tiedottamisessa, henkilökunnalle järjestettyjen tiedotustilaisuuksien lisäksi hän kävi keskustelemassa kuntien valtuustojen ja hallitusten kokouksissa. Toimeenpanovaiheen aikana järjestettiin myös muutamia yleisötilaisuuksia.

Haastateltujen kuntien ja terveydenhuoltoalueen johdon mielestä (2005) tiedottamista on pääsääntöisesti hoidettu hyvin, mutta tiedostettiin, että vaikeassa muutosprosessissa se on aina jostain näkökulmasta puutteellista. Erityisesti päättäjät pitivät tiedottamista hyvänä ja arvostivat sairaanhoitopiirin aktiivista osallistumista tiedottamiseen. Päättäjien käsitykset olivat myös ristiriitaisia.

”Siitä mitä ohjausryhmälle on tiedotettu, saa käsityksen että kaikki on tiedossa, mutta henkilöstö kertoo erilaista, niin ettei tiedä mitä uskoa.” (mäntäläinen päättäjä)

Väestölle kohdistettuja tiedotustilaisuuksia ei pidetty kovin onnistuneina.

”Tiedottamista on hoidettu hyvin, kannattaa jatkaa myös myönteisellä uutisoinnilla, kansalla on selvästi väriä käsityksiä. Avoimuuttakin on, yleisötilaisuuksiakin, valitettavasti sinne on kertynyt vain niitä, jotka vastaavat ja sabotoivat asiallisen tiedon levittämistä hankalilla kysymyksillään.” (vilppulalainen päättäjä)

Tiedotustilaisuuksia pidettiin ennen kaikkea silloin, kun oli jotain tiedotettavaa tai kun sitä oli pyydetty. Näin tiedotus saattoi saada ”valituksiin reagoivan” sävyn.

Paikallislehden roolia toimeenpanoprosessin aikana kritisoitiin monella tavalla. Useiden haastateltujen (2005) näkemyksen mukaan lehdissä oli vain negatiivisia kirjoituksia terveydenhuoltoalueesta.

”Negatiivinen kirjoittelu lehdissä on ollut raskasta ja työntekijöille on tullut moitteita, työntekijöitä ei ole pystytty tukemaan. Meidän olisi pitänyt olla vastaamassa kirjoituksiin, mutta lehti ei ottanut niitä vastaan.” (johtoryhmän jäsen)

”KMOV – paha juttu, että nimimerkin suojassa. Tiedän että myönteisiä juttuja ei ole otettu vastaan, ei mahdu palstalle -tyyliin.” (mänttäläinen päättäjä)

Hoitohenkilökunnalle tiedotettiin muutosprosessista yleisten informaatiotilaisuuksien lisäksi osastonhoitajien kokouksissa ja kehittämisspäivillä. Johdon edustaja kävi keskustelemassa taloudellisesta tilanteesta ja toiminnasta yksiköittäin. Epätietoisuus ja pelko muutoksesta olivat silti suuria.

”Välijohdon kanssa on työstetty liian vähän, itsen tunnistaa, että päätöksistä olisi pitänyt keskustella enemmän välijohdon kanssa, ja olla enemmän joukkojen mukana. Ollaan toimittu tempoilevasti, eikä olla eletty joukkojen kanssa muutosta. Tämä on ollut varmaankin pahin asia.” (johtoryhmän jäsen)

Lääkärit osallistuivat harvoin yleisiin tiedotus- ja keskustelutilaisuuksiin ja ammattiryhmän keskinäisiä kokouksia ei juuri ole pidetty. Tiedottaminen ja muutoksen prosessointi lääkäreiden kanssa ovat olleet haastateltujen mukaan ilmeisen puutteellisia, mutta myös lääkäreiden osallistumishalukkuus on ollut huono. Haastateltujen mukaan ammattiryhmään kuului myös henkilöitä, jotka puheillaan tietoisesti murensivat pohjaa muutokselta.

”Lääkärit eivät pääse koskaan ryhmänä tiedotustilaisuuksiin, sähköposti on ainoa, jolla saa saman viestin kaikille. Paljon käytetään ja täällä käyvät saavat sen vaikka ovat Tays:ssa.” (johtoryhmän jäsen)

Työryhmiä pidettiin yhtenä keskeisenä tiedottamisen kanavana, koska niissä henkilöstö työstää muutoksen sisältöjä pohtimalla. Aika kuitenkin loppui kesken ja monia tärkeitä rakenteellisia muutoksia tehtiin johdon päätöksinä työryhmiä kuulematta. Haastateltujen johtoryhmän jäsenten mukaan muutoksia tapahtui niin nopeasti ja paljon, että osaa asioista ei joko jaksettu tai ennätetty tiedottaa kaikille asianosaisille.

7.3 Toimeenpanevan henkilöstön kyvykkyys ja sitoutuneisuus muutoksen toimeenpanoon ja muutosta edistävät ja vastustavat tahot

Tässä alaluvussa vastaan tutkimuskysymykseen (T2c, taulukko 7, s. 83): Olivatko toimeenpanevat henkilöt kykeneviä ja sitoutuneita muutoksen toimeenpanoon ja mitkä tahot edistivät tai vastustivat muutosta? Toimeenpanevilla henkilöillä tarkoitetaan terveydenhuoltoalueen koko henkilöstöä, mukaan lukien terveydenhuoltoalueen johtaja ja johtoryhmä.

Henkilöstö

Muutosprosessin käynnistyksessä henkilöstön asema oli periaatteessa turvattu. Kaikki vakinaiset työntekijät saivat siirtyä vanhoina työntekijöinä perustettavaan uuteen organisaatioon ja monet pääsivät vaikuttamaan uuteen organisaatioon työryhmien kautta. Muutokseen valmentava koulutus käynnistyi jo valmisteluvuoden aikana ja muutosprosessin aikana järjestettiin muun muassa työnohjausta lähiesimiehille. Lähtötilanteessa 2001 ei muutoksen suuruus eikä sen nopeus seuraavien vuosien aikana ollut kenelläkään tiedossa.

Valmisteluvuonna 2001 perustettiin 12 *työryhmää* valmistelemaan muutosta. Niissä erityisesti terveydenhuoltoalueen johto ja työntekijät osallistuivat muutoksen suunnitteluun. Työryhmien kautta tutustuttiin myös uusiin työtovereihin ja toisen organisaation työkuultuuriin.

”Koko muutos on tehty ’työn ohessa’ erillistä resursointia ei ole ollut. Prosessi on ollut äärimmäisen raskas.” (johtoryhmän jäsen)

Muutoksen prosessointia työryhmien kautta voidaan pitää henkilöstölähtöisenä muutoksen toteuttamistapana. Monesti prosessin aikana jouduttiin kuitenkin tekemään päätöksiä paljon, ennen kuin työryhmä oli saanut työnsä valmiiksi. Haastateltujen (2005) johtoryhmän jäsenten mielestä osa työryhmistä oli tarpeellisia, osasta ei juuri ollut hyötyä. Työryhmissä konkretisoitui myös muutosprosessin riskiä: Henkilökunta oli kehittämässä niissä toimintaa, jota oltiin saneeraamassa. Kaikkiaan muutoksen prosessointia työryhmien avulla pidettiin haastatteluissa kuitenkin muutoksen toteutusta helpottavana työtapana.

Uuden organisaation käynnistyessä tehtiin joitakin vakanssien siirtoja, jotka liittyivät Kuoreveden irtautumiseen kansanterveystyön kuntayhtymästä ja Kuoreveden terveysaseman toiminnan siirtymiseen Jämsän perusterveydenhuollon yhteyteen. Vakanssien määrä väheni myös tukipalvelujen uudelleen järjeste-

Taulukko 15. Vakanssien ja työpanoksen (henkilötyövuosien) määrän kehitys terveydenhuoltoalueella 2001–2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Tammisyysskuu 2007
Vakanssit	302	291,5	289	266	264	246	236
Työpanos		231,8	206	183,5	175,1	174,7	175,7

lyjen myötä²⁰. Aluesairaalan ja terveyskeskuksen henkilöstön määrä oli syksyllä 2001 henkilöstötutkimuksen aikaan 302 ja vuoden 2007 alkuun mennessä se on vähentynyt 236:een eli 22 %. (Taulukko 15.) Mäntälle ja Vilppulalle tuotettujen palvelujen määrä on samanaikaisesti pysynyt lähes ennallaan. Henkilöstömäärän väheneminen, ottamatta huomioon terveydenhuoltoalueen ulkopuolelle organisaatiomuutoksissa siirrettyjä, vastaa melko hyvin väestöpohjan pienenemistä. Kuoreveden irtautuminen pienensi väestöpohjaa 2 800 asukkaalla (18 %), lisäksi Mäntän ja Vilppulan väestö on vähentynyt vuoden 2001 jälkeen vuoden 2006 loppuun mennessä 731 hengellä eli 5,8 %.

Henkilöstömäärä väheni myös päällekkäistä toimintaa karsimalla ja lakkauttamalla sijaisuuksia. Ketään vakinaista ei kuitenkaan irtisanottu ja joitakin henkilöitä myös vakinaistettiin muutosprosessin aikana. Jotkut työntekijät siirtyivät joko tilapäisesti tai pysyvästi kuntien tai sairaanhoitopiiriin työntekijöiksi. Monet toisen työnantajan palvelukseen siirtyneistä jatkoivat kuitenkin työtään terveydenhuoltoalueella. Terveydenhuoltoalue osti po. palvelut tarvitsemassaan laajuudessa, joten kustannussäästö oli huomattavasti henkilöstövähennystä pienempi.

Henkilöstölle koko toimeenpanovaihe oli haasteellista aikaa, vaikka lähtötilanteen odotukset olivat olleet enimmäkseen positiivisia. Epätietoisuus tulevasta ja työtehtävien muuttuminen synnyttivät muutosvastarintaa. Vaikka asia ymmärrettiin ja kuntien rahapula tiedettiin, luottamus kuntaomistajiin ja omaan johtoon heikkeni. Joidenkin vuonna 2005 haastateltujen johtoryhmän jäsenten mielestä lähiesimiehet ovat olleet kovassa puristuksessa ottaessaan vastaan kritiikkiä päätöksistä, joiden taustoja he eivät itsekään kovin hyvin tuntenee.

”Henkilöstön edustajana tulin kuulluksi johtoryhmässä. Välillä tuntui, että en uskalla kuulla tai mennä minnekään. ’Leirin’ muuttaminen oli

20 Esimerkki henkilöstömuutoksista vuosina 2002–2005: TAYS:n laboratoriolikelaikokselle siirtyi Mäntän sairaalan 1.5.2001 ja terveyskeskuksen 1.8.2001 laboratorioroiden henkilökunta, yhteensä 9 työntekijää. Sairaala-apteekkiin siirtyi 1.1.2003 lukien 2 tutkimushenkilön vuosityöpanosta. TAYS:n rahoitus- ja laskentapalveluihin siirtyi 1.4.2004 4 henkilöä eli 3,2 hallinto- ja toimistohenkilöstön vuosityöpanosta. Alueelliseen kuvantamiskeskukseen siirtyi 1.9.2004 0,9 lääkäriä ja 4 hoitajan vuosityöpanos. TAYS:n materiaali-toimeen siirtyi 1.1.2005 1 henkilö eli 0,8 huoltohenkilöstön työpanosta. TAYS:n tekniikkaan siirtyi 1.1.2005 3 henkilöä eli 2,4 huoltohenkilöstön työpanosta. Ravintohuolto siirtyi yksityiselle, vähennys 14.2.2005 7 henkilöä ja 1.6.2005 1 henkilö eli 6,4 huoltohenkilökunnan vuosityöpanosta. (Karila 2005.)

vaikeaa, olin muuttunut viholliseksi. Luulin että kaikki minulle kertoo, mutta ei se niin käynyt. Jorystä tiesin, että vaihtoehtoja ei ollut ja henkilökunta sanoi, että ei onnistu ja oli hanskat tiskiin meininki. Huhuja että meitä siirretään TAYS:iin ja sitä pelättiin.” (johtoryhmän jäsen)

Ohjausryhmä käsitteli kokouksessaan (OHJ 12.5.2004 § 19) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tarkastuslautakunnan tilintarkastuskeromusta vuodelta 2003. Kertomuksessa käsiteltiin mm. sairauspoissaoloja: Mäntän seudun sairauspoissaolujen määrä oli vuonna 2003 selvästi muita alueita korkeampi, 22,8 päivää vakanssia kohti, ja se oli noussut edellisestä vuodesta 6,7 päivää vakanssia kohti. Myös pitkien sairauslomien määrä oli muita korkeampi ja oli lisääntynyt edellisestä vuodesta.

Useimmat haastatellut (2005) *lääkärit* pitivät tehtyjä muutoksia oikeansuuntaisina. Erikoissairaanhoidon limittymistä keskussairaalan klinikoihin yhteisvirkojen kautta pidettiin hyvänä ja toimintaa osana ”ison sairaalan hoitokäytäntöjä” arvostettiin. Perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen organisointia väestövastuuperiaatteella pidettiin etukäteen muutoksen toteuttamisen keskeisenä keinona palvelujen saatavuuden parantamiseksi. Tämä jäi kuitenkin monista yrityksistä huolimatta toimeenpanovaiheen aikana toteutumatta. Vuoden 2005 aikana käynnistyi kuitenkin vastuualuejako, joka ei vuoteen 2007 mennessä toiminut vielä kovin hyvin. (Kauko Koivisto 2007.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnan yhtenäinen kokonaisuus oli yksi ensivaiheessa asetetusta tavoitteista. Toiminnan yhteensovittamiseen tarvitaan muun muassa yhteisiä kokouksia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden yhteisiä kokouksia ei toimeenpanovaiheen aikana pidetty ja työn sisällölliseen kehittämiseen liittyvä keskustelu lääkäreiden ja hoitajien välillä oli vuoden 2005 haastattelujen mukaan vasta käynnistymässä. Eri ammattiryhmien välisen sisällöllisen keskustelun vähäisyys nousi haastatteluista esille puutteena, joka hidasti palvelujen saumattomuuden kehittämistä käytännössä. Monet haastatellut nostivat esille (vuonna 2005), että ”toiminnan sisällöllinen kehittäminen on jäänyt rakenteiden kehittämisen jalkoihin, sille ei enää ole ollut aikaa eikä energiaa”.

Osa lääkäreistä koki itsensä eri syistä ulkopuoliseksi muutoksessa. Ulkopuolisuuden tunne johtui joidenkin, erityisesti erikoislääkärien, kohdalla ajatukselta, ettei muutos koske omaa työtä. Terveystuoltoalueen johdon haastatteluissa (2005) nousivat myös esille lääkäreille suunnatun tiedotuksen puutteellisuus ja vähäinen osallistuminen suunnitteluun ja johtamiseen. Useimpien haastateltujen lääkäreiden mielestä työntekijöiden yhteisiin tiedotustilaisuuksiin oli vaikea osallistua, koska ne kestivät kovin kauan ja silloin työt seisoivat. Osastonhoitajien kokouksia pidettiin haastatteluissa hyvänä tiedotuksen ja työikäntöjen yhtenäistämisen foorumina.

Johtoryhmässä oli koko toimeenpanovaiheen ajan perusterveydenhuollon lääkäri, mutta erikoissairaanhoidon lääkäriedustus sieltä puuttui pitkään. Aiem-

min johtavana lääkärinä toiminut henkilö siirtyi toiseen organisaatioon vuoden 2002 alussa ja sairaanhoitopiirin johto nimesi terveydenhuoltoalueen johtajan toimimaan myös erikoissairaanhoidosta vastaavana lääkärinä. Ratkaisu oli käytännön toiminnan kannalta epäonnistunut, koska lääkäreiden yhteisiä kokouksia ei onnistuttu enää pitämään.

”Lääkärikunta jäi kokonaan ulkopuolelle muutoksen toteuttamisesta. Kuultiin vain huhuja ja pidettiin keskinäisiä kokouksia pukukaapeilla. Oli jonkin verran yhteisiä infoja kalvosulkeisineen, mutta niissä tilanteissa ei päästy keskustelemaan riittävästi lääkäreitä koskevista asioista.” (erikoissairaanhoidon lääkäri)

Lääkäreiden keskinäiset kokoukset loppuivat myös perusterveydenhuollossa organisaatiomuutoksen valmisteluvaiheessa siitä huolimatta, että johtoryhmässä oli perusterveydenhuollon edustus. Perusterveydenhuollossa oli myös muutosta ”jarruttavia voimia”, jotka nakersivat organisaation luottamusta.

”Samoin omat lääkärimme 2–3 kpl ovat siirtyneet näiden rintamakarkureiden joukkoon ja pyrkivät virassa olleessaan sisältä päin hajottamaan organisaatiota. Kyllä töitä vielä tekisi, kun ei tarvitsisi katsella moista.” (johtoryhmän jäsen)

Terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä piti tärkeänä saada perusterveydenhuollon lääkärit mukaan toiminnan suunnitteluun. Ohjausryhmä muun muassa kuuli kokouksessaan erikseen kaikkien perusterveydenhuollon lääkäreiden kehittämisajatuksia perusterveydenhuollon toiminnan organisoimisesta terveydenhuoltoalueella tulevana vuosina. (OHJ 7.8.2003 § 40.) Myöhemmin syksyllä KMV-lehti uutisoi lääkäreiden perustamasta yhtiöstä.

Lähilääkärit täydentävät julkisia palveluita. Yksityinen lääkäriasema Lähilääkärit Oy on elokuun alusta lähtien täyttänyt terveystieteidenkeskustalouksen vastaanoton lopettamisen synnyttämää aukkoa Vilppulassa. Yritys perustettiin paikallisten lääkäreiden toimesta. Heillä on vastaanotot iltaisin ja viikonloppuisin. (KMV 12.12.2003)

Henkilökunnan kannalta koko terveydenhuoltoalueen käsittävän potilastietojärjestelmän käyttöönotto lisäsi muutoksen raskautta erityisesti vuosien 2004 ja 2005 vaihteessa. Vaikka uudistuksella tuettiin organisaation kehittämistä, niin tämä on saattanut olla yksi syy henkilöstökyselyn huonoon vastausprosenttiin ja tulosten negatiivisuuteen. Johtoryhmän jäsenten mukaan tietojärjestelmän rakentaminen oman työn ohessa oli suuri ponnistus, koska suunnittelu ja kehittäminen terveydenhuoltoalueen potilas- ja toimintatarpeisiin tehtiin täysin alusta loppuun saakka yhteistyössä toimittajan kanssa. Lisäksi koko henkilökunnan kouluttaminen ohjel-

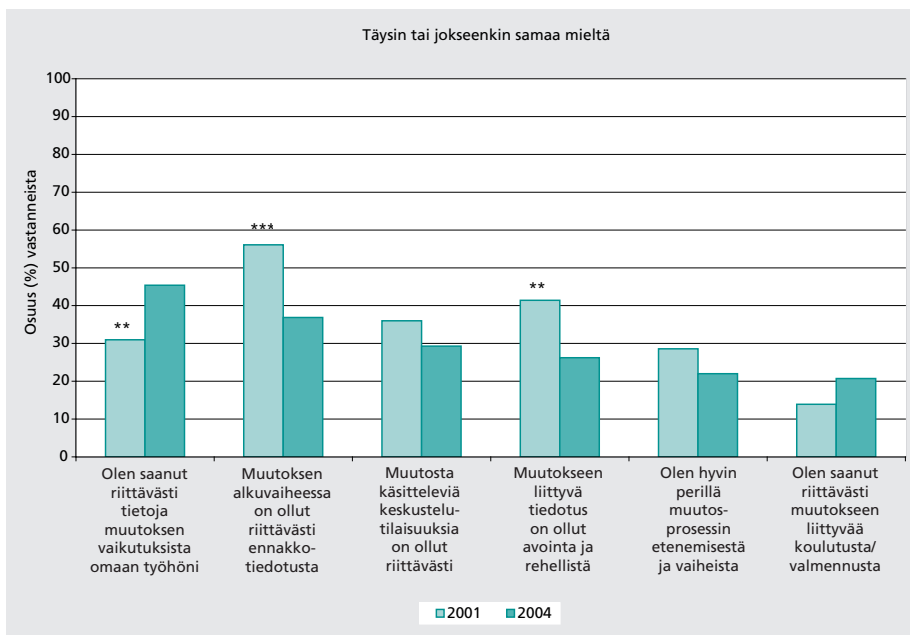
man käyttäjäksi lokakuun alusta alkaen joulukuun loppuun vei työaika 1–2 päivää henkilöltä (n. 180 henkilöä). (OHJ 1.12.2004 § 57.)

Haastatteluissa kysyttiin myös muutosta vastustavia tahoja tai henkilöitä. Terveystieteiden alueen oma henkilökunta nousi kahdeksassa haastattelussa (31 %) esille vastustavana tahona. Ohjausryhmän ja johtoryhmän jäsenet kertoivat, että terveydenhuoltoalueen sisällä oli voimakas oppositio ja henkilöitä, jotka ovat haitanneet työnantajansa toimintaa olemalla epälojalle tavalla, jota ei heidän uskomaan mukaan yksityisellä puolella hyväksyttäisi.

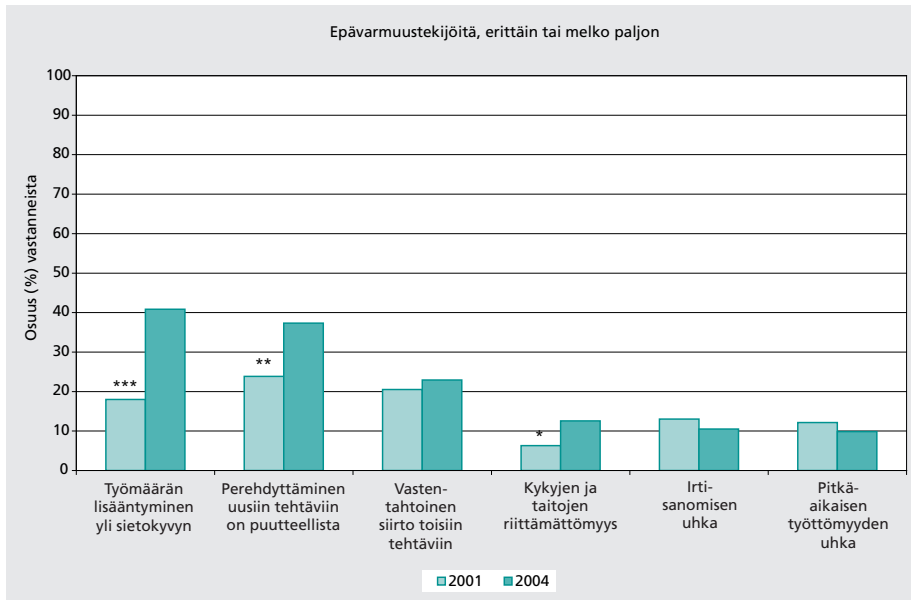
Tiedottaminen henkilöstölle

Henkilöstön mielipiteet muutokseen liittyvästä *tiedottamisesta* olivat muuttuneet vuoden 2001 jälkeen kriittisemmiksi (kuvio 11). Kuitenkin niiden osuus, jotka olivat saaneet riittävästi tietoa muutoksen vaikutuksista omaan työhönsä ja jotka olivat saaneet riittävästi muutokseen liittyvää koulutusta, oli hieman lisääntynyt. Työryhmillä ja järjestetyllä muutuskoulutuksella lienee tiedottamisen ohella vaikutusta tähän.

Muutoksen alkuvaiheeseen liittyvää ennakkotiedotusta piti 57 % riittävänä vuonna 2001, aluesairaalan työntekijät suhtautuivat ennakkotiedotukseen selvästi positiivisemmin. Käsitteet olivat molempien organisaatioiden työntekijöillä samansuuntaiset vuonna 2004, mutta suhtautuminen ennakkotiedotukseen oli muuttunut selvästi kriittisemmäksi. Tämä voi myös tarkoittaa, että muutos oli vastaajien mielestä paljon suurempi kuin muutosvaiheen alussa annettiin ymmärtää.



Kuvio 11. Muutoksesta tiedottaminen henkilöstölle, vastaajien arvio 2001 (N = 239) ja 2004 (N = 142) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)



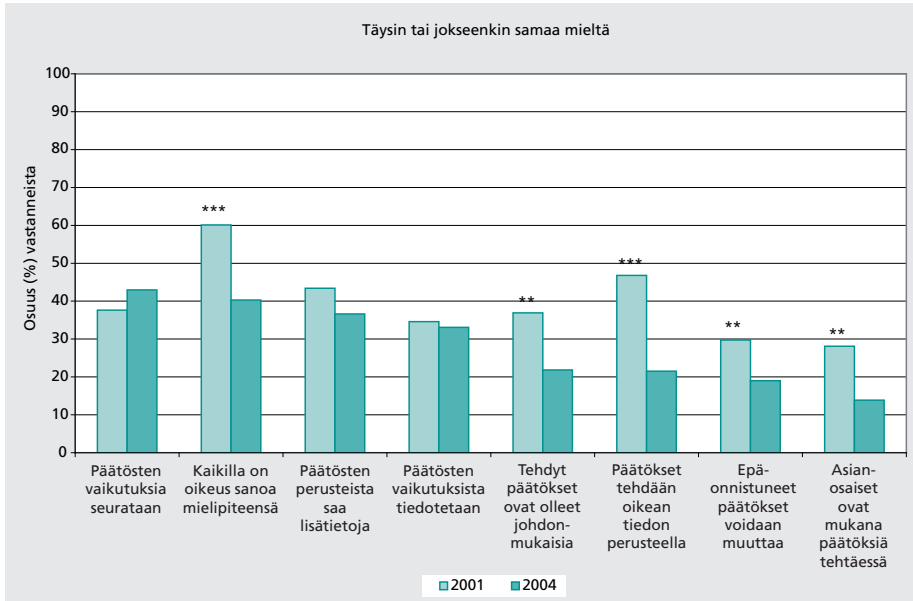
Kuvio 12. Työhön liittyvät epävarmuustekijät, vastaajien arvio 2001 (N=239) ja 2004 (N = 142) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Työhön liittyvät epävarmuustekijät

Vuonna 2001 työhön liittyvä epävarmuus oli henkilöstötutkimuksen mukaan (kuvio 12) melko vähäistä ja aluesairaalan ja terveyskeskuksen työntekijöiden mielipiteissä ei ollut merkittäviä eroja. Työttömyyden tai irtisanomisen uhkaa ja vastentahtoista työsiirtoa lukuun ottamatta muu työhön liittyvä koettu epävarmuus oli merkittävästi lisääntynyt vuodesta 2001 vuoteen 2004. Eniten olivat lisääntyneet usko työmäärän kasvuun yli sietokyvyn ja käsitys puutteellisesta perehdyttämisestä. Myös epävarmuus omien kykyjen ja taitojen riittävyyteen oli lisääntynyt vuoteen 2001 verrattuna.

Muutoksen johtaminen

Henkilöstön näkemykset johtamisesta ovat muuttuneet selvästi kriittisemmiksi (kuvio 13). Päätösten vaikutusten seuranta on hieman parantunut, mutta tiedottamisessa päätösten vaikutuksista ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Kaikki muut muutoksen johtamista kuvaavat tekijät ovat heikentyneet ja muutokset ovat myös tilastollisesti merkitseviä. Eniten henkilöstön näkemys oli muuttunut siinä, että päätökset tehdään oikean tiedon perusteella. Kun vuonna 2001 lähes puolet vastaajista uskoi tähän, niin vuonna 2004 vain viidennes oli tätä mieltä. Myös nä-

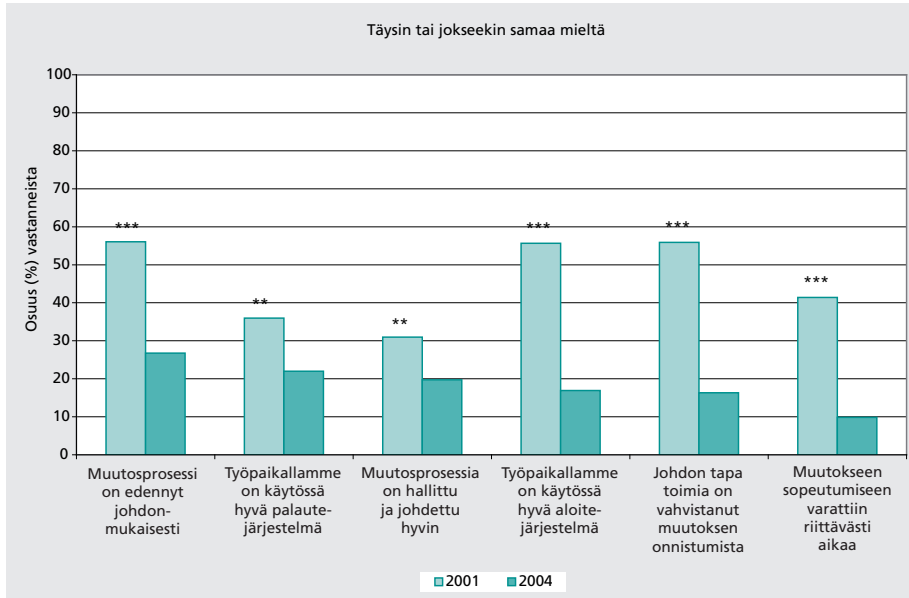


Kuvio 13. Yleisjohtaminen, vastaajien arvio 2001 (N = 235) ja 2004 (N = 144) (* = p < 0,05, ** = p < 0,01, *** = p < 0,001)

kemykset keskustelun avoimuudesta olivat muuttuneet merkittävästi. Kun vuonna 2001 selvästi yli puolet vastaajista (60 %) oli sitä mieltä, että kaikilla on oikeus sanoa mielipiteensä, niin vuonna 2004 tätä mieltä oli enää vajaa puolet (40 %) vastaajista.

Henkilöstön näkemys muutoksen johtamisesta on muuttunut melko suopeasta paljon kriittisemmäksi kaikkien muutoksen johtamista kuvaavien tekijöiden kohdalla (kuvio 14, s. 158). Merkittävimmät muutokset kriittiseen suuntaan ovat tapahtuneet henkilöstön näkemyksessä siinä, miten se arvioi johdon toimintatavan vahvistavan muutoksen onnistumista, muutosprosessin toteuttamisen johdonmukaisuutta ja muutoksen toteutukseen varatun ajan riittävyttä.

Suurin muutos on tapahtunut aluesairaalan työntekijöiden kohdalla. Aluesairaalan henkilöstö suhtautui alun perin muutoksen melko myönteisesti, mutta näkemykset muutosprosessin johtamisesta ovat muuttuneet kriittisemmiksi muutosprosessin etenemisen myötä. Terveyskeskuksen henkilöstö suhtautui jo alun perin melko kriittisesti itse muutokseen ja myös sen johtamiseen.



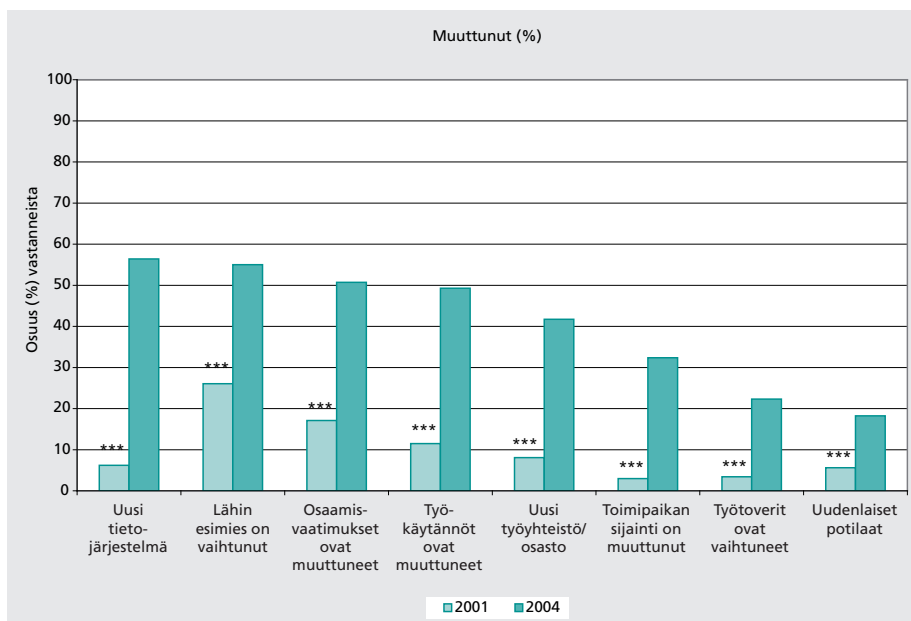
Kuvio 14. Muutoksen johtaminen, vastaajien arvio 2001 (N = 239) ja 2004 (N = 142) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Muutosten määrä ja luonne

Terveysthuoltoalueen kolmen ensimmäisen vuoden aikana on tapahtunut runsaasti henkilökuntaa koskevia muutoksia (kuvio 15). Muutokset koskivat selvästi enemmän aiemmin terveyskeskuksessa kuin aluesairaalassa työskennelleitä. Suurimmat muutokset koskivat uusien tietojärjestelmien käyttöönottoa, työkäytäntöjä, työyhteisön muuttumista ja osaamisvaatimusten muutosta. Kaikki erot 2001–2004 ovat tilastollisesti merkitseviä.

Melko suuri osa, lähes kolmannes, vastaajista piti terveydenhuoltoalueella kolmen viime vuoden aikana toteutettuja muutoksia suurina ja merkityksellisinä, mutta suurin osa suhtautui muutoksiin neutraalisti (taulukko 16). Vain muutama vastaaja piti muutoksia pieninä ja merkitykseltään vähäisinä. Muutoksiin myönteisesti suhtautuneiden osuus vastaajista oli vähentynyt eniten aluesairaalassa. Kun vuonna 2001 noin joka neljäs aluesairaalan vastaaja piti muutoksia myönteisinä, niin tätä mieltä oli kolme vuotta myöhemmin enää kuusi prosenttia. Aluesairaalan ja terveyskeskuksen henkilöstön suhtautuminen muutoksiin oli vuoteen 2004 mennessä samankaltaistunut.

Henkilöstön mielestä työnantaja tiedottaa muutoksista ajallaan. Näin voidaan vastauksia tulkita, koska vain pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, että työnantaja tiedottaa muutoksista vasta muutosten jälkeen. Vuoteen 2004 mennessä muutokset olivat koskettaneet melkein kaikkia työntekijöitä, kun vielä vuonna 2001 melkein joka kolmannen vastaajan työssä ei ollut tapahtunut muutoksia.



Kuvio 15. Koko henkilöstöä koskevien muutosten määrä, vastaajien arvio 2001 (N=226) ja 2004 (N = 133) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Taulukko 16. Muutosten luonne (% vastaajista), vastaajien arvio 2001 ja 2004

	Yhteensä			Aluesairaala			Terveyskeskus		
	2001	2004	Muutos %-yksikköä	2001	2004	Muutos %-yksikköä	2001	2004	Muutos %-yksikköä
Muutokset ovat olleet ...									
Pieniä ja vähämerkityksisiä	32,4	3,6	-28,9	33,3	3,5	-29,8	31,3	3,6	-27,7
Suuria ja merkityksellisiä	5,3	29,3	24,0	6,3	28,2	21,9	4,0	30,9	26,9
Muutokset ovat olleet ...									
Enimmäkseen myönteisiä	18,3	6,5	-11,8	24,8	6,0	-18,8	10,2	7,3	-2,9
Enimmäkseen kielteisiä	2,3	9,4	7,1	1,7	8,3	6,7	3,1	10,9	7,8
Saatko työnantajaltasi tietoja työtäsi koskevista muutoksista?									
Hyvissä ajoissa etukäteen	17,2	14,5	-2,7	19,8	15,7	-4,2	13,9	12,7	-1,1
Vasta muutoksen jälkeen	3,0	6,5	3,5	3,1	4,8	1,8	3,0	9,1	6,1
Työssäni ei ole ollut muutoksia	28,9	4,3	-24,5	23,7	6,0	-17,6	35,6	1,8	-33,8
Voitko olla mukana, kun työtäsi koskevia muutoksia suunnitellaan?									
Voin vaikuttaa muutoksiin hyvin paljon	9,7	8,6	-1,1	7,8	6,0	-1,9	12,1	12,7	0,6
Muutokset tulevat yllättäen ilman mahdollisuutta vaikuttaa	31,7	37,4	5,7	35,9	41,7	5,7	26,3	30,9	4,6
N =	219	138		121	83		98	55	

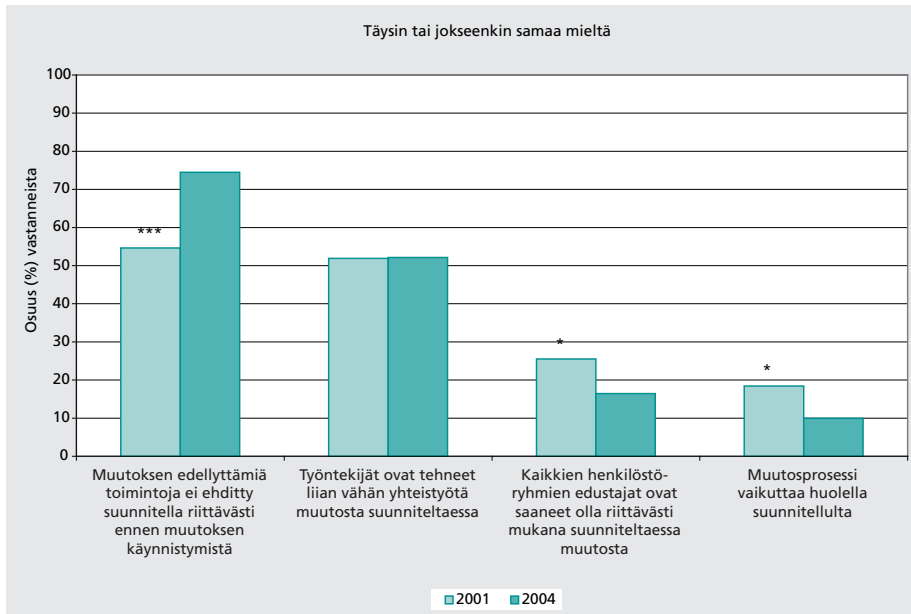
Muutokseen osallistuminen

Vastaajien näkemys muutoksen toteutukseen osallistumisesta oli muuttunut selvästi kriittisemmäksi kolmessa vuodessa, vain työntekijöiden yhteistyöstä oliin molemmilla tutkimuskerroilla samaa mieltä (kuvio 16).

Muutoksen toteutusta on henkilöstön näkökulmasta leimannut kiire. Terveystoiminta-alueen valmisteluvuonna 2001 hieman yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että muutoksen edellyttämät toimet eivät ole ehditty suunnitella riittävästi ennen muutoksen käynnistymistä. Terveystoiminta-alueen kolmantena toimintavuonna 2004 tätä mieltä oli neljä vastaajaa viidestä. Aluesairaalan henkilöstön näkemykset olivat muuttuneet kolmen vuoden aikana selvästi kriittisemmiksi. Terveystoiminta-alueen henkilöstön kriittisyys oli pysynyt vuosien varrella ennallaan.

Noin puolet vastaajista oli molemmilla tutkimuskerroilla sitä mieltä, että muutosta suunniteltaessa oli tehty liian vähän yhteistyötä. Kiintoisaa on, että aluesairaalan ja terveystoiminta-alueen vastaajien näkemykset olivat kolmen vuoden aikana muuttuneet toistensa peilikuviksi. Kun vuonna 2001 aluesairaalan vastaajista runsaat 40 prosenttia (terveystoiminta-alueella runsaat 60 %) piti yhteistyötä muutoksen suunnittelussa vähäisenä, tätä mieltä oli vuonna 2004 noin 60 prosenttia (terveystoiminta-alueella 40 %).

Eri henkilöstöryhmien edustajat ovat vastaajien mukaan saaneet osallistua muutoksen suunnitteluun alun perinkin melko vähän ja osuus on vuosien aikana hieman laskenut.



Kuvio 16. Muutokseen osallistuminen, vastaajien arvio 2001 (N = 239) ja 2004 (N = 141) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Alun perin muutosprosessia piti hyvin suunniteltuna noin joka viides vastaaja. Muutoksen toteutuksen aikana näkemykset muuttuivat selvästi kriittisemmiksi ja vuonna 2004 vain joka kymmenes vastaaja piti muutosta hyvin suunniteltuna. Muutos johtuu aluesairaalan henkilöstön näkemysten muuttumisesta, terveyskeskuksen henkilöstön näkemys on pysynyt ennallaan. Kun aluesairaalan työntekijöistä joka neljäs piti vuonna 2001 muutosta huonosti suunniteltuna, tätä mieltä oli kolme vuotta myöhemmin jo yli puolet vastaajista. Kaksi kolmesta terveyskeskuksen vastaajasta piti jo alun perin muutosta huonosti suunniteltuna ja kolme vuotta myöhemmin näkemykset olivat pysyneet ennallaan.

Suhtautuminen muutokseen

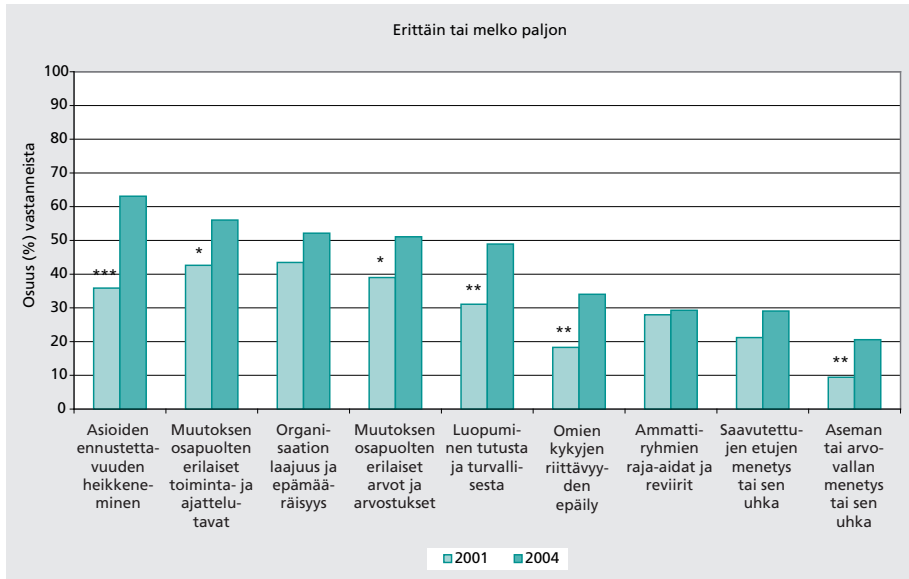
Toiminnan tavoitteiden tuntemus oli parantunut kolmessa vuodessa. Vuonna 2004 vastaajat olivat melko hyvin selvillä oman työn tavoitteista (79 %) ja myös oman työyksikön tavoitteista (68 %), mutta selvästi vähemmän koko organisaation tavoitteista (46 %). Tavoitteiden tuntemus oli parantunut erityisesti aluesairaalassa.

Joka kolmas vastaaja piti terveydenhuoltoalueen perustamista myönteisenä ja joka neljäs kielteisenä muutoksena vuonna 2004. Henkilöstön näkemykset terveydenhuoltoalueesta olivat muuttuneet selvästi kriittisemmiksi kolmen vuoden aikana. Muutokseen kriittisesti suhtautuvien osuus oli kasvanut erityisesti aluesairaalassa. Tästä huolimatta kaksi kolmännestä vastaajista koki vuonna 2004 olevansa vahvasti terveydenhuoltoalueen työntekijä. Tämä näkemys oli vahvistunut erityisesti terveyskeskuksen työntekijöiden keskuudessa. Useimmat muut organisatiokulttuurista kuvaavat tekijät olivat muuttuneet hieman huonompaan suuntaan kolmessa vuodessa. Myönteiseen suuntaan olivat kehittyneet epäonnistumisten käsittely ja suhtautuminen normien mukaiseen työskentelyyn, myös ammattien väliset ristiriidat olivat vastaajien mukaan hieman vähentyneet.

Muutoksesta aiheutuneet vaikeudet ja uhkat

Muutokseen liittyvien vaikeuksien ja uhkien koettiin kasvaneen kaikissa kysytyissä asioissa lukuun ottamatta ammattiryhmien raja-aitoja ja reviierejä (kuvio 17, s. 160). Asioiden ennustettavuus on vastaajien mukaan heikentynyt muutoksen tuloksena eniten. Näin on tapahtunut erityisesti aluesairaalan vastaajien mielestä.

Osapuolten erilaisia toiminta- ja ajattelutapoja piti vielä kolmen vuoden jälkeen muutosta vaikeuttavana tekijänä yli puolet vastaajista ja tämä näkemys oli muutoksen aikana edelleen vahvistunut. Runsaat puolet vastaajista piti myös organisaation laajuutta tai epämääräisyyttä muutoksen esteenä vuonna 2004. Erityisesti terveyskeskuksen vastaajien näkemykset tukivat tätä käsitystä. Kaksi kolmesta terveyskeskuksen vastaajasta piti terveydenhuoltoalueen kokoa muutoksen esteenä.



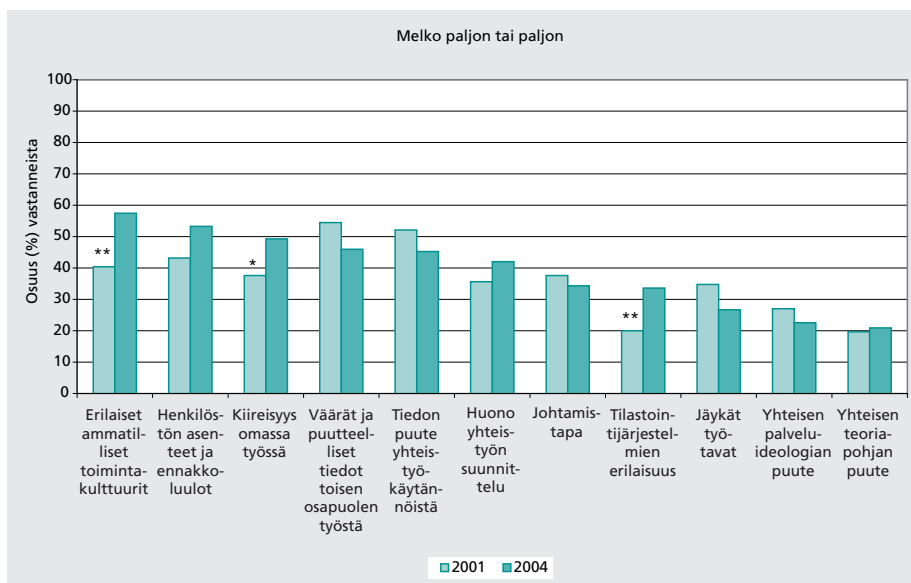
Kuvio 17. Muutoksesta aiheutuneet vaikeudet ja uhat, vastaajien arvio 2001 (N=236) ja 2004 (N= 141) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Joka toinen vastaaja arvioi muutoksen osapuolten erilaisten arvojen ja arvostusten sekä tutusta ja turvallisesti luopumisen vaikeuttavan muutosta vielä vuonna 2004. Muutokset ovat koskettaneet terveyskeskuksen ja alueairaalan henkilöstöä eri tavoin, mikä heijastuu myös vastauksissa. Näkemys erilaisten arvojen ja arvostuksen merkityksestä muutoksessa ovat muuttuneet kriittisemmiksi erityisesti terveyskeskuksen työntekijöiden keskuudessa. Erityisesti alueairaalan työntekijät kokevat muutoksen muuttaneen tuttuja ja turvallisia oloja.

Epäily omien kykyjen riittävyydestä oli selvästi lisääntynyt kolmessa vuodessa. Ammattiryhmien raja-aitoja ja reviiirejä piti lähes joka kolmas vastaaja muutoksen uhkana, mutta tässä ei ollut tapahtunut olennaista muutosta. Saavutettujen etujen menetystä pelkäsi vajaa kolmannes vastaajista ja aseman tai arvovallan menetystä joka viides vastaaja vuonna 2004. Kokemukset omien kykyjen riittävyydestä, ammattiryhmien välisistä raja-aidoista ja reviiireistä, saavutettujen etujen menetyksestä sekä aseman tai arvovallan menetyksestä olivat vuonna 2004 hyvin samansuuntaisia molemmissa organisaatioissa.

Muutoksen esteet

Suurimpina muutoksen esteinä pidettiin vuonna 2004 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erilaisia toimintakulttuureja, henkilöstön asenteita, työn kiireisyyttä, puutteellista toisen osapuolen työn tuntemusta, tiedon puutetta yhteis-



Kuvio 18. Muutoksen esteet, vastaajien arvio 2001 (N = 234) ja 2004 (N = 137) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

työkäytännöistä ja huonoa yhteistyön suunnittelua (kuvio 18). Näiden tekijöiden merkitys koettuina muutoksen esteinä oli selvästi kasvanut vuoteen 2001 verrattuna lukuun ottamatta tietoa toisen osapuolen työstä ja yhteistyökäytäntöjä koskevia tekijöitä. Muutokset eivät ole kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä lukuun ottamatta erilaista toimintakulttuuria ja oman työn kiireisyyttä koskevia arvioita. Käytännössä tämä tarkoittanee, että tieto toisen osapuolen työstä on lisääntynyt, mutta erilaisten ammatillisten toimintakulttuurien ja henkilöstön asenteiden koetaan haittaavan muutoksen toteuttamista aikaisempaa enemmän.

Edellisiä hieman vähämerkityksellisimpinä muutoksen esteinä vuonna 2004 pidettiin johtamistapaa, tilastointijärjestelmien erilaisuutta, työtapoja sekä palveluideologian ja tietopohjan puutetta. Näkemykset olivat muuttuneet tilastojärjestelmien erilaisuutta lukuun ottamatta hieman myönteisemmiksi kolmessa vuodessa.

7.4 Toimeenpanevan verkoston tuki muutokselle

Tässä alaluvussa vastaan tutkimuskysymykseen (T2d, taulukko 7, s. 83): Toimitatko toimeenpanevaan verkostoon kuuluvat organisaatiot päätöksessä asetettujen tavoitteiden mukaisesti vain omien erillisten tavoitteiden mukaisesti? Toimeenpanevaan verkostoon kuuluvat tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoalue,

sairaanhoitopiiri sekä Mäntän kaupunki ja Vilppulan kunta. Myös kuntien vanhustenhuollon yksiköitä voidaan pitää erillisinä toimijoina verkostossa.

Mäntän kaupunki ja Vilppulan kunta

Perusterveydenhuolto oli alusta lähtien hoidettu kuntayhtymän toimesta, joten kuntien näkökulmasta terveydenhuoltoalueen perustaminen merkitsi perusterveydenhuollon toiminnan siirtämistä toisenlaisen kuntayhtymän tehtäväksi. Tältä kannalta kynnys tehdä päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta ilman vanhustenhuoltoa oli kuntien kannalta matala. Erikoissairaanhoidon säilymistä alueella pidettiin selvitysvaiheessa kuntalaisten palvelujen ja kunnan imagon kannalta tärkeänä. Keskustelussa oli esillä myös naisvaltaisten työpaikkojen säilyminen teollisuuspaikkakunnalla. (Vuoden 2000 haastattelut, ohjausryhmän kokoukset ja seminaarit.)

Päätös vanhustenhuollon jättämisestä kuntien toiminnaksi muodostui selvitysvaiheen edetessä vähitellen, vaikka osapuolille oli selvää, että terveydenhuollon ja vanhustenhuollon järjestäminen saman hallinnon ohjaamana olisi luonut toisenlaisia mahdollisuuksia tuotantorakenteen rationalisointiin (Haastattelut 2000 ja 2001). Kumpikaan kunta ei ollut kuitenkaan halukas luovuttamaan sen hoitamista kunnan ulkopuolelle, tässä tapauksessa terveydenhuoltoalueen tehtäväksi. Tähän vaikutti ennen kaikkea pelko siitä, että liian suuri osa kunnan rahoitusvastuulla olevista palveluista poistuu kunnan hallinnasta.

Kunnilla oli sekä hyvin samanlainen että erilainen tilanne vanhusten palvelujen järjestämisessä. Vanhustenhuollon menot ylittivät vuoden 1998 tietojen mukaan selvästi Pirkanmaan keskitason (tarvekaioidusti Vilppula noin 12 % ja Mänttä noin 22 %). Vilppulassa vanhusten suhteellinen osuus oli keskimääräistä suurempi ja vanhustenhuolto laitospainotteinen. Vilppula ei juuri käyttänyt terveyskeskusvuodeosaston pitkäaikaishoidon paikkoja. Mäntässä vanhusten osuus oli vielä tuolloin keskimääräistä pienempi ja vanhustenhuollon palvelut painottuivat palveluasumiseen ja perusterveydenhuollossa toteutettuun laitoshoittoon. Mäntässä perusterveydenhuollon tarvekaioidut kustannukset ylittivät Pirkanmaan keskitason 23 %:lla. Väestöennusteen mukaan Mäntässä vanhusten määrä tulisi kasvamaan seuraavien vuosien kuluessa nopeasti. (Pekurinen ym. 2000.)

Ohjausryhmässä vanhustenhuollon suunnittelu oli koko ajan mukana, muun muassa tehtäessä suunnitelmia vuodeosastohoidon järjestämiseksi. Vanhustenhuollon kokonaisuutta Mäntän ja Vilppulan alueella käsiteltiin ohjausryhmässä (esim. OHJ 3.9.2002 § 50) terveydenhuoltoalueen näkökulmasta. Suunnitelmaa oli valmisteltu Mäntän vanhustyön johdon kanssa, toinen terveydenhuoltoalueen valmistelijoista oli Vilppulan vanhustenhuollon johtaja. Kokouksessa perusterveydenhuollon pitkäaikaishoito (muutoksen henkilöstövaikutuksia ei ole kirjattu käytössä olleisiin asiakirjoihin) päätettiin siirtää vanhustenhuoltoon, mutta kotisairaanhoito jäi edelleen terveydenhuoltoalueen tehtäväksi.

Ohjausryhmässä vanhustenhuolto oli esillä myös keskusteltaessa palvelutilauksista ja tehtäessä supistamispäätöksiä. Päätöksiin oli usein kirjattu tavalla tai toisella huoli vanhustenhuollon palveluketjun toimivuudesta.

Alueen vanhustenhuollon kokonaisuudesta neuvoteltaessa on saatava aikaan avoimuus. Muutoksen toteuttaminen edellyttää hoitoketjujen sujuvuuden ja menobudjetissa pysymisen osalta toiminnan tarkkaa suunnittelua. (OHJ 22.6.2004 § 30.)

Toimeenpanovaiheen lopussa tehdyissä haastatteluissa (2005) osa viranhaltijoista ja poliitikoista toi esille terveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa koskevan päätöksenteon eriytymisen: terveydenhuoltoa koskevat asiat käsiteltiin kaupunginhallituksessa ja vanhustenhuoltoa koskevat asiat sosiaalilautakunnassa. Jotkut haastatelluista nostivat esille, että kunnissa ei ole käyty riittävästi sisäistä keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kokonaisuutena ja että kuntien heikosta rahatilanteesta johtuvia supistamispäätöksiä tehtiin miettimättä päätösten vaikutuksia terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaisuuteen.

Terveydenhuoltoalueen johtaja jätti helmikuussa 2004 kuntien edustajille mietittäväksi vuoden 2000 selvityksestä kohdan, jonka mukaan vanhustenhuolto voisi muodostaa yhden kokonaisuuden Mäntän ja Vilppulan alueella (OHJ 12.2.2004 § 6).

Myös sairaanhoitopiirissä oli ohjausryhmätyön kautta vahvistunut käsitys, että vanhustenhuollon liittäminen osaksi terveydenhuoltoaluetta voisi toiminnan kokonaisuuden kannalta olla hyödyllistä. Sairaanhoitopiirin johto esitti vanhustenhuollon liittämistä terveydenhuoltoalueen toiminnaksi samalla, kun Ylä-Pirkanmaan kuntien ml. Mänttä ja Vilppula kanssa käytiin keskusteluja terveydenhuoltoalueen toiminnan vakinaistamisesta ja laajentamisesta Ylä-Pirkanmaalle. (HALL 17.10.2005 § 221.)

Mäntän ja Vilppulan vanhustenhuollon yhteistyö tiivistyi vähitellen terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen. Ensimmäisessä vaiheessa kunnat sopivat laitospaikka- ja asumispalvelujen vastavuoroisesta vaihdosta tarpeiden mukaan. Vähitellen yhteistyö laajeni ja vuoden 2007 alussa käynnistettiin Mäntän ja Vilppulan yhteinen palvelutuotanto sivistys-, sosiaali- ja teknisen lautakunnan alaisuudessa. Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan vanhustenhuolto yhdistyi siis tuolloin yhteisen sosiaalilautakunnan ja sosiaalityön johdon alaisuuteen. (http://www.mantta.fi/kaupunki_palveluyhteistyö.html 10.9.2007.) Tämä oli osa prosessia, joka johti kohti päätöstä kuntien yhdistymisestä vuoden 2009 alusta lähtien (KMOV 29.5.2007).

Sairaanhoitopiiri ja terveydenhuoltoalue

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri uudisti strategiaansa vuoden 2001 aikana, jolloin sitä käsiteltiin myös terveydenhuoltoalueen johtoryhmässä (JR 7.8.2001 § 8). Merkittävä toimintaa uudistava tavoite hyväksytyssä strategiassa (Strategia 2002 2008) oli luoda prosessiorganisaatio, jonka tavoitteena on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimiva kokonaisuus. Toimivaan palvelukokonaisuuteen kuuluivat strategian mukaan alueellinen palvelujärjestelmä, saumattomat palvelukokonaisuudet, sisäisten prosessien kehittäminen ja päällekkäisyyksien poistaminen.

Sairaanhoitopiirin ”alueita vahvistavalla strategialla” tarkoitettiin alueella toteutuvan toiminnan vahvistamista siten, että tehtävät ja osaaminen suunnitellaan järkevän työnjaon puitteissa ja tarvittaessa myös uusia toimintoja voidaan siirtää yliopistosairaalaan aluesairaalaan. Käytännössä tämä on toteutunut perustamalla ns. yhteisvirkoja eli virkoja, joissa erikoislääkäri tarjoaa palveluja osan työajastaan aluesairaalassa. Näiden yhteisvirkojen perustamista olivat hidastaneet sekä käytännön ongelmat, mm. lääkäreiden riittävyys, että asenteista johtuvat ongelmat. Sisätaudeilla oli vuoteen 2005 mennessä edetty yhteisvirkojen toteuttamisessa pisimmälle. Toiminta sai alueelta kiitosta, koska sama lääkäri tuli alueelle hoitamaan potilaitaan (esim. reumalääkäri, kardiologi) ja yhteistyö omien lääkäreiden kanssa oli toimiva. (Terveydenhuoltoalueen johdon haastattelut 2005.)

Terveydenhuoltoalueen johtavien viranhaltijoiden haastatteluissa (2005) toimintaa osana Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä pidettiin palvelujen kehittämisen kannalta oleellisena.

”Toiminta on limittynyt yhteisvirkojen kautta, hoitokäytännöt ja -kriteerit omaksutaan sairaanhoitopiiristä eikä niitä tarvitse luoda itse.” (johtava lääkäri)

Ison sairaalan yhteyttä arvostettiin osaamisen ja sieltä saatavan koulutuksen vuoksi, ”tieto on aina tuoretta”. Haastatellut uskoivat, että sairaanhoitopiirin tuki auttaa myös perusterveydenhuoltoa pysymään ajan tasalla. Myös kuntien sosiaalitoimet ovat yhteistyön kautta päässeet mukaan kehittämishankkeisiin. Esimerkkinä pidettiin mielenterveys- ja päihdetyön strategiaa, jonka Mäntän ja Vilppulan sosiaalitoimet tekivät yhdessä osana Pirkanmaan mielenterveysprojektia.

Sairaanhoitopiirin johto toimi ohjausryhmässä aktiivisesti saadakseen Ylä-Pirkanmaa kunnat toimimaan yhtenä alueellisena kokonaisuutena strategian mukaisesti. Neuvottelujen tuloksena Ylä-Pirkanmaa muodosti tilaajarenkaan²¹ vuoden 2003 sopimusohjausneuvotteluja varten. Myös alueen yhteispäivystysten järjestämisessä sairaanhoitopiiri toimi aktiivisena neuvottelijana yhdessä Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan neuvottelijoiden kanssa. Ohjausryhmä teki myös ehdotuksen sairaanhoitopiirin hallitukselle, että se perustaisi ohjausryhmän alai-

²¹ Useimmat sairaanhoitopiirin kunnista olivat muodostaneet tilaajarenkaat jo vuonna 1999, sopimusohjauksen kokeiluvaiheen käynnistyessä. (Ihalainen 2007.)

suuteen neuvottelukunnan suunnittelemaan ja kehittämään alueen erikoissairaanhoidon. Neuvottelukunnassa olisi edustus jokaisesta Ylä-Pirkanmaan kunnasta. (OHJ 24.8.2004 § 43.)

Terveydenhuoltoalueen toiminnan arviointitulosten selvittyä (Junnila 2005) sairaanhoitopiirin hallitus päätti käynnistää neuvottelut Ylä-Pirkanmaan kuntien kanssa terveydenhuoltoalueen toiminnan laajentamisesta sairaanhoitopiirissä. Sairaanhoitopiiri esitti neuvottelujen pohjaksi, että terveydenhuoltoalueen muodostaisivat Ylä-Pirkanmaan kunnat ja mahdollisesti myös Keuruun kaupunki ja Multian kunta ja että vanhustenhuolto sisällytetään osaksi terveydenhuoltoalueen toimintaa. Neuvotteluissa todettiin myös, että ”valmisteltavana oleva kunta- ja palvelurakennemuutos tulisi ottaa huomioon päätettäessä terveydenhuoltoalueen mahdollisesta laajentamisesta”. (HALL 17.10.2005 § 221.) Myöhemmin sairaanhoitopiirin suurin jäsenkunta on ollut kriittinen sairaanhoitopiirin pyrkimyksille ottaa tarvittaessa vastuulle alueen perusterveydenhuollon palvelujen tuottaminen (KMOV 12.10.2007) ja tämä on osaltaan hidastanut Ylä-Pirkanmaan yhteisen terveydenhuollon kehittämistä.

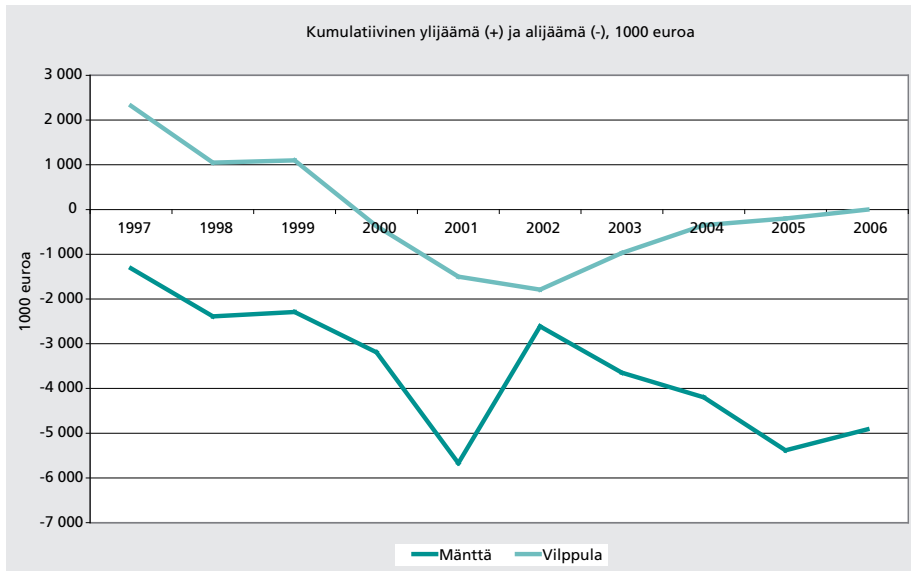
Ohjausryhmän edustajien mielestä sairaanhoitopiiri on tukenut muutoksen toteuttamista monipuolisesti. Tärkeimpinä nousevat esille vuodeosastojen peruskorjaus ja tietojärjestelmien uusiminen. Uudistukset lisäävät myös kustannuksia, mutta suuressa organisaatiossa ne voidaan jakaa monelle vuodelle. Monet haastatellut korostivat, että alussa tarvitaan investointeja, jotka saadaan myöhemmin säästöinä takaisin toimintamallin vakiinnuttua. Tosin epäilijät pitivät investointeja tarpeettomina ja epäilivät, että sairaanhoitopiiri vyöryttää muiden kuntien kustannuksia terveydenhuoltoalueen maksettavaksi. (Haastattelut 2005.)

7.5 Toimintaympäristön vaikutus toimeenpanon toteutumiseen

Tässä aluvuossa vastaan tutkimuskysymykseen (T2e, taulukko 7, s. 83): Miten toimintaympäristö vaikutti toimeenpanon toteutumiseen? Toimeenpanoon vaikuttavina toimintaympäristötekijöinä tässä käsitellään kuntien päättäjien, median, väestön ja joidenkin sidosryhmien kiinnostus ja tuki.

Kuntien taloudellinen tilanne ja päättäjien tuki

Molempien kuntien ja erityisesti Mäntän kaupungin taloudellinen tilanne oli ollut varsin huono jo pitkään ennen terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymistä ja myös sen toiminnan aikana. Vilppulan kunta onnistui kääntämään vuosien 2000–2005 kumulatiivisen alijäämänsä positiiviseksi ja saavuttamaan talouden tasapainon vuoteen 2006 mennessä (kuvio 19, s. 168).



Kuvio 19. Mäntän kaupungin ja Vilppulan kunnan kumulatiivinen ylijäämän ja alijäämän kehitys vuosina 1997–2006. (Lähde: Mäntän kaupunki 2007 ja Vilppulan kunta 2007)

Kuntien rahoitusvajeeseen lienee useita syitä, kuten verotulojen väheneminen työllisyystilanteen sekä väestön vähenemisen ja vanhenemisen vuoksi. Rahoitusvajeen syynä voi olla myös epäviisas taloudenpito, esimerkiksi hyvinä vuosina ei ole osattu varautua tulevaan. Tässä tutkimuksessa ei kuntien rahoitusvajeen syitä selvitetä, vaan se nostetaan esille yhtenä terveydenhuoltoalueen toimeenpanoon vaikuttavana tekijänä.

KMV-lehden monien kirjoitusten perusteella arvioituna terveydenhuollosta tuli kuntien rahoitusongelmien ”syntipukki”. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräistä suuremmat kustannukset olivat esillä, niiden osuus kuntien kokonaismenoista oli noin 59 %, ja saatettiin uskoa, että kunnan menoihin voidaan vaikuttaa helpommin kuin kunnan tuloihin.

Sairaanhoito ahdistaa Vilppulan taloutta. Veroprosentin nosto näyttää olevan edessä. Terveydenhuolto ja erityisesti erikoissairaanhoidon kovat kustannukset aiheuttavat tänäkin vuonna ylityksiä Vilppulan kunnan talousarvioon. Vilppula ylittää sairaanhoitoon varatun osuuden 515 000 eurolla. Terveydenhuollossa ollaan kuitenkin liikkumassa oikeaan suuntaan, mikäli sairaanhoitopiirin kanssa sovittu käytön väheneminen toteutuu. (KMV 30.9.2003)

Terveydenhuolto ja uimahalli nielaisevat leijonan osan. Mäntälle tiukka budjetti. Tiukasta taloudellisesta tilanteesta huolimatta Mäntän palvelut

säilyvät nipin napin entisellään. Velkataakka kasvaa. Terveyteen lähes 8 Milj. €. (KMV 7.11.2003)

Kunta kirjasi yli 818 000 € ylijäämän. Vilppula katkaisi monen vuoden korpivaelluksen. Harkinnanvarainen valtionavustus, osakkeiden myynti ja terveydenhuollon menojen lasku johdattivat kunnan talouden pitkästä aikaa plussalle. (KMV 26.3.2004)

Vuoden 2003 tilinpäätös eilen hallituksessa. Mänttä nousemassa pinnalle. Mäntän talous kohenemaan päin. Jos Mäntän verotulot ja yhteisöveron osuus pysyy vuoden 2004 tasolla ja terveydenhuollon menot saadaan kuuriin, niin ylijäämää kolmen vuoden aikana kertyy 3,2 milj. €. Sillä pystyttäisiin lähes kattamaan nykyinen 3,6 milj. € alijäämä. (KMV 23.4.2004)

Mäntän vuoden 2005 talousarvioesitys säilyttää nykyisen palvelutason. Mäntän kaupungin velkamäärä on kaikkiaan 8,7 milj. euroa. Vuonna 2005 lainamäärä pysynee samana. Vuonna 2005 terveystalouteen käytetään 8,6 milj. ja sivistyspalveluihin 5,5 milj. Terveystalouteen on varauduttu maaliskuussa 2005 tulevaan ns. hoitotakuuseen. (KMV 29.10.2004)

Vilppula nosti veronsa kipurajoille. Valtuusto äänesti veroprosentiksi 19,75 pakon sanelemana. Vilppulan terveysmenot ylittyvät tänä vuonna 1,3 miljoonalla, valtuutetut miettivät erikoissairaanhoidon Mäntällä säilyttämisen järkevyyttä. Kunnanjohtaja Mauri Heinosen mukaan terveysmenojen suurimmat ylitykset ovat syntyneet poikkeuksellisen kalliista ja vaativista hoidoista, joita vilppulalaisille on annettu muualla kuin Mäntän sairaalassa. (KMV 19.11.2004)

Heikosta taloudellisesta kehityksestä johtuen molemmat kunnat ovat saaneet kuluviiden vuosien aikana valtion harkinnanvarasta valtionavustusta.

Mäntän ja Vilppulan pääsy valtion erityisalueeksi tiivistää yhteistyötä. Kriisiohjelma ja kuntaliitos työlliställä. Mäntän ja Vilppulan alue saa valtiolta erikoistukea työllisyystilanteen ja äkillisen rakennemuutoksen hoitamisessa. Kuntien yhteistyön tiivistyminen lisää paineita kuntaliitoksen suuntaan. (KMV 16.1.2004)

Mänttä-Vilppula -alueen kriisipiirteiden karsiminen alkaa tänään. Kehittämissuunnitelmalle startti Pirkanmaan liitosta. Kriisialueeksi julistettu Mänttä-Vilppula alue saa kehittämissuunnitelman, jonka avulla tehostetaan alueelle suunnattavia yritystukia ja muuta rahoitusta. (KMV 10.2.2004)

Mänttä-Vilppulaa ei löytynytäkään kriisialueiden erillisrahoituslistoilta. (KMV 1.10.2004)

Median kiinnostus ja tuki

Vuosina 2002–2004 Kuorevesi-Mänttä-Vilppula-lehdessä (KMV) oli yhteensä 14 pääkirjoitusta, jotka koskivat terveydenhuoltoalueen toimintaa, kaksi vuonna 2002 ja kuusi vuosina 2003 ja 2004. Lehti ei pääkirjoituksissaan ota kantaa kovinkaan moneen toimeenpanovaiheen tapahtumaan, uutisointi sen sijaan oli vilkasta. Seuraavassa on referoitu muutamia pääkirjoituksia, alussa oleva otsikko on lehden.

Valonpilkahduksia

Terveydenhuoltoalueen toiminta on vasta käynnistymässä. Tähän mennessä on saatu helpotusta sairaalan lääkärripulaan, mutta terveyskeskuksissa vajetta on edelleen. Terveydenhuollon kustannukset eivät ole alentuneet toivotusti. (KMV 30.8.2002)

Kohinaa lääkäripalveluista

Lääkäripalvelujen lopettamisaikeet Vilppulan terveysasemalla ovat aiheuttaneet lähes kansanliikkeen. Terveydenhuoltoalueen kustannukset eivät ole laskeneet. Tarvitaan lisää uudistuksia. Teitä on kaksi: joko supistetaan selkeästi ostopalveluita tai sitten toiminnot järjestetään uudella tavalla. Kunnat ovat puun ja kuoren välissä. Keskeinen kysymys kuuluu: ovatko säästötoimet oikein kohdennettuja saatuaan hyötyn nähden? (KMV 26.11.2002)

Raskas prosessi

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen muutosprosessi on ollut kova pala. Vieläkin joudutaan hakemaan säästöjä, keskittämään toimintoja, yhdistämään henkilöstön käyttöä sekä uudistamaan työtapoja ja tehtäväjakoja. Uudistusten pontimina ollut säästötavoite oli oikea ja odotukset kunnissa sen mukaiset. Käytännössä säästötoimet, kuten päivystyksen keskittäminen, ovat olleet karvas pala nieltäväksi. Muutokset käyvät myös henkilöstön voimavarojen päälle. Sopeutumisaika on jäänyt lyhyeksi. (KMV 16.9.2003)

Terveydenhuollon torpparilaitos

Kunnat ovat torpparin asemassa suhteessa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Kunnat maksavat järjestelmän pyörittämisestä saman summan ostivatpa he palveluita paljon tai vähän. Yksityisellä puolella vastaavia toimintoja mitoitetaan asiakkaiden tarpeiden mukaan. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri sen sijaan ei leikkaa kulujaan, vaikka tilaukset kunnista olisivatkin vähenemään päin. Tappiot otetaan kuntalaisten kukkarosta. Terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä ei ole onnistunut tehtävässään. (KMV 28.10.2003)

Aiheellinen huoli

Terveydenhuoltoalueen työntekijät ovat esittäneet huolensa jaksamisesta. Ongelmaksi on koettu muutoksen liian kireä aikataulu, ylikuormitetut osastot ja henkilökunnan puute. Näyttää siltä, että perusterveydenhuolto

järjestelmänä on kulkemassa elinkaarensa päähän. Se ei pysty vastaamaan tarpeisiin ja potee jatkuvaa henkilöstö- ja rahapulaa. (KMOV 9.12.2003)

Mielenkiintoista

Terveydenhuoltoalueen alkutaival on ollut haparoivan kankea. Kuntien odotukset ovat jääneet täyttymättä. Tuloksia odotellaan vielä. Asia on niin merkittävä, että terveydenhuoltoalueen on lopulta pakko onnistua. (KMOV 30.12.2003)

Yöpäivystyksen siirto olisi suuri virhe

Yö- ja viikonloppupäivystyksen loppuminen olisi suuri virhe, kyse on kuntien, maksajien rahasta, mutta ennen kaikkea kyse on kuntalaisten, eli kunnan omistajien palveluista. Nyt jos koskaan kysytään yli kunta- ja maakuntarajojen tehtävää yhteistyötä. Tämä voi murentaa Ylä-Pirkanmaan kuntien ja seutukunnan yhteistyön muutenkin. Sairaalan toiminnassa on myös itsetutkiskelun paikka, sairaalan päivystystä käytetään kuin lääkärin vastaanottoa ikään, Mäntästä 2900 ja Vilppulasta 2200 kertaa vuodessa. Lääkäripula on yksi syy, mutta ei varmasti ainoa. (KMOV 27.8.2004)

KMOV-lehti uutisoi säännöllisesti terveydenhuoltoalueen tapahtumista. Uutisissa käsiteltiin terveydenhuoltoa ennen kaikkea kuntien talouden ja väestön palvelujen saamisen näkökulmasta. Kuntien heikko talous ja ponnistelut sen tervehdyttämiseksi terveydenhuoltomenoja alentamalla sävyttävät uutisointia. Lehden uutisissa väestö sai myös tietoa, milloin ja minne palveluja siirretään. Usein myös kerrottiin, miksi muutoksia tehdään tai miten palvelut muutoksissa paranevat. Liitteeseen 3 on poimittu joukko KMOV-lehden terveydenhuoltoalueen toimintaa kuvaavien uutisten otsikoita havainnollistamaan lehden uutisoinnin sävyä. Joitakin uutisia on myös referoitu lyhyesti tarkemman kuvan antamiseksi.

Useimpien haastateltujen (2005) terveydenhuoltoalueen johtoryhmän jäsenten mielestä paikallislehdessä oli kirjoiteltu enimmäkseen kielteisesti terveydenhuoltoalueesta ja puolueeton terveydenhuollon muutoksista tiedottaminen oli ollut niukkaa. Terveydenhuoltoalueen johto esitti, että KMOV-lehti ei halunnut ottaa vastaan myönteisiä kirjoituksia, mutta kielteisiä kirjoituksia on julkaistu sekä omalla nimellä että nimimerkin suojassa. Haastateltujen näkemykset perustunevat ennen kaikkea yleisönosastokirjoituksiin, joista useimmat olivat kriittisiä, jopa pantelevia. Osa niistä sisälsi myös väärää tietoa.

Negatiivissävyinen yleisönosastokirjoittelu lehdissä on haastateltujen johtoryhmän jäsenten mielestä ollut henkilöstöä leimaavaa, työntekijät saivat potilailta moitteita myös niiden perusteella. Yleisönosastokirjoittelun koettua yksipuolisuutta lisäsi se, että terveydenhuoltoalueen johdon kantana oli, että näihin kielteisiin yleisönosastokirjoituksiin vastataan vain tiedottavilla kirjoituksilla. Terveydenhuoltoalueen johdon jäsenet tarjosivat muutoksesta tiedottavia kirjoituksia, joita oli haastateltujen mielestä vaikea saada lehteen.

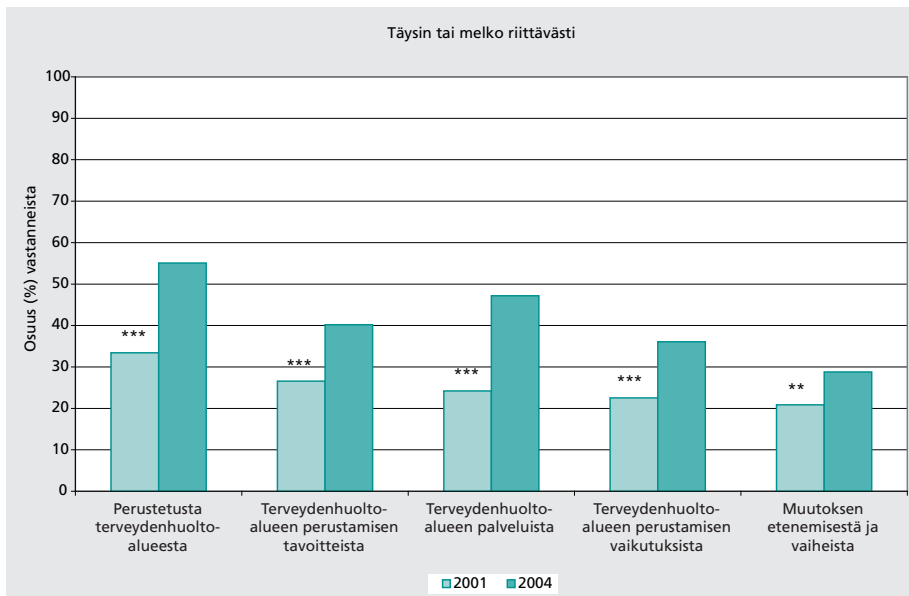
Väestön tuki

Väestökyselyn tulosten tulkinnassa tulee huomioida, että ikääntyneiden mielipiteet painottuvat tuloksissa enemmän kuin työikäisten. Tulosten tulkinnassa tulee myös huomioida, että ikääntyneiden vastausprosentti oli molemmilla kerroilla hyvin korkea.

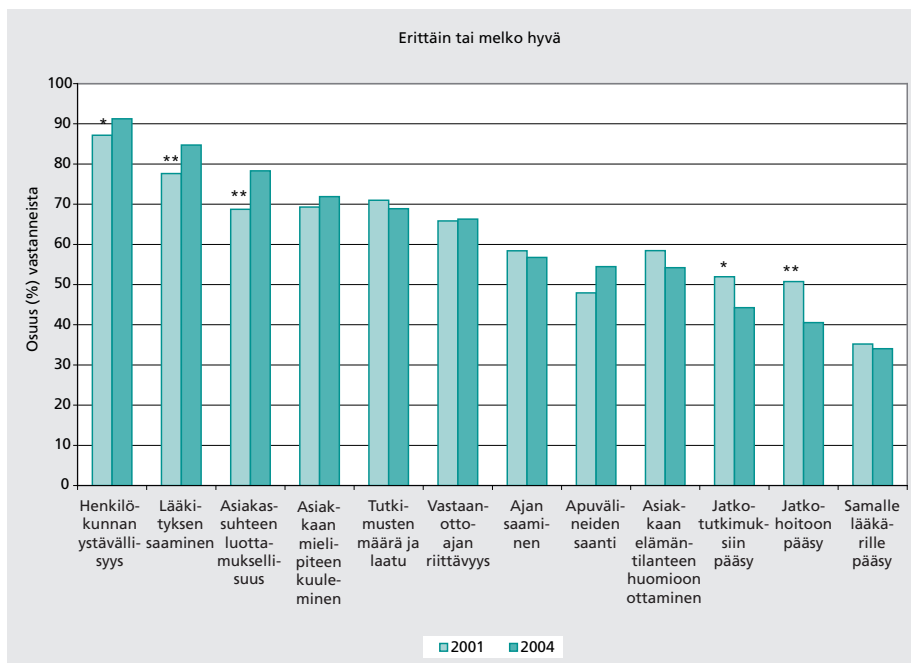
Tiedottaminen väestölle

Väestökyselyssä 2004 selvästi yli puolet vastanneista koki saaneensa täysin riittävästi tietoa terveysasemien (58 %) ja Mäntän sairaalan (56 %) palveluista. Niiden osuus, jotka kokevat saavansa täysin riittämättömästi tietoa palveluista, on kuitenkin kasvanut, erityisesti Vilppulassa.

Noin puolet vastaajista koki vuonna 2004 saaneensa täysin tai melko riittävästi tietoa perustetusta terveydenhuoltoalueesta (55 %) ja sen palveluista (47 %), tiedon saanti parantui 2001–2004 tilastollisesti merkitsevästi (kuvio 20). Myös tiedon saanti terveydenhuoltoalueen perustamisen tavoitteista, perustamisen vaikutuksista ja muutoksen etenemisen vaiheista oli selvästi parantunut. Molempien kuntien asukkaiden vastaukset olivat samansuuntaisia.



Kuvio 20. Väestön tiedon saanti perustettavasta terveydenhuoltoalueesta, vastaajien arvio 2001 (N = 435) ja 2004 (N = 463) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)



Kuvio 21. Väestön kokemukset julkisten palvelujen käytöstä terveydenhuoltoalueella, vastaajien arvio 2001 (N = 624) ja 2004 (N = 364) (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Kokemukset julkisten palvelujen käytöstä

Asiakassuhteen luottamuksellisuus ja henkilökunnan ystävällisyys ovat parantuneet jo aiemmin korkeasta tasosta edelleen. Vuonna 2004 vastaajista 91 % piti henkilökunnan ystävällisyyttä erittäin tai melko hyvänä (kuvio 21). Myös tyytyväisyys lääkityksen saamiseen on parantunut, merkittävästi Mäntässä ja hieman myös Vilppulassa. Nämä erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä.

Jatkohoitoon pääsy on väestön mielestä heikentynyt olennaisesti, ero on myös tilastollisesti merkitsevä. Niiden osuus, jotka pitävät hoitoon pääsystä hyvänä tai melko hyvänä, on vähentynyt molemmilla paikkakunnilla, eniten Vilppulassa, noin 13 prosenttiyksikköä, mikä on myös tilastollisesti merkittävä muutos. Myös jatkotutkimuksiin pääsy on heikentynyt tilastollisesti merkittävästi vuosina 2001–2004 molemmissa kunnissa.

Arviot palvelujen laadusta

Kouluarvosanalla arvioituna (taulukko 17) aluesairaalan toimintaa pidettiin selvästi laadukkaampana kuin terveyskeskuksen toimintaa vuonna 2001. Näin oli

Taulukko 17. Väestökyselyissä 2001 ja 2004 annettu kouluarvosana laadusta (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

	Alue- sairaala 2001	Terveys- keskus 2001	Erojen merkitse- vyys	TERVEYDENHUOLTOALUE		Erojen merkitse- vyys
				2001	2004	
KAIKKI						
15–64	8,1	7,3	***	7,7	7,3	***
65+	8,6	8,2	***	8,4	7,8	***
Yhteensä	8,3	7,8	***	8,0	7,6	***
MÄNTTÄ						
15–64	8,2	7,2	***	7,7	7,6	
65+	8,5	8,1	***	8,2	8,0	***
Yhteensä	8,3	7,6	***	7,9	7,8	**
VILPPULA						
15–64	7,9	7,5	***	7,7	7,0	***
65+	8,6	8,4	**	8,5	7,6	***
Yhteensä	8,3	8,0	***	8,1	7,3	***

kaikissa ikäryhmissä ja molemmissa kunnissa. Yli 65-vuotiaat olivat tyytyväisempiä kuin sitä nuoremmat. Väestön arvioiden erot aluesairaalan ja terveyskeskuksen palvelujen laadusta olivat tilastollisesti merkitseviä.

Ajallista vertailua varten aluesairaalan ja terveyskeskuksen tiedot vuodelta 2001 yhdistettiin kuvaamaan terveydenhuoltoalueen tietoja ennen sen perustamista. Molempien kuntien asukkaiden antama arvosana palvelujen laadusta heikkeni molemmissa tarkastelluissa ikäryhmissä 2001–2004 tilastollisesti merkitsevästi, lukuun ottamatta 15–64-vuotiaita mänttäläisiä.

Vuoteen 2004 mennessä molempien kuntien asukkaiden näkemykset olivat muuttuneet jonkin verran kriittisemmiksi terveydenhuoltoalueen tarjoamien palvelujen laatua kohtaan. Erityisesti vilppulalaisten kriittisyys oli lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä. Vilppulalaisten antamat arvostukset olivat kaikissa ikäryhmissä selvästi huonommat 2004 kuin 2001 ja arvostusten erot olivat myös tilastollisesti merkitseviä.

Palvelujen laatua ja saatavuutta kommentoitiin myös väestökyselyn avovastauksissa sekä vuonna 2001 että vuonna 2004. Tässä niitä raportoidaan ensisijaisesti toimeenpanovaiheen lopussa vuonna 2004 tehdyn kyselyn perusteella.

Myönteisiä palvelujen laatua koskevia kommentteja annettiin vuoden 2004 avovastauksissa yhteensä 29, joista hieman yli puolet (16) oli mänttäläisten kommentteja; niissä vastaajat halusivat kiittää hyvää palvelusta.

”Terveyskeskus on lähellä, se on hyvä. Lääkärit ja hoitajat ovat ihania.”

”Palvelu on hyvin ystävällistä, mutta henkilökuntaa on liian vähän.”

”Mieheni käyttää aika paljon terveydenhuoltoalueen palveluja ja palvelu on ollut hyvää ja sitä on saanut ajantasaisesti ja riittävästi.”

”On hyvä, että lääkärit, labra ja röntgen ovat samassa talossa.”

Kriittiset kommentit palvelujen laadusta, yhteensä 35, koskivat huonoa tai välinpitämätöntä kohtelua, ns. keikkalääkäreiden toimintaa tai osaamista ja sinänsä palvelujen huonoa laatua. Huonoa kohtelua ilmaistiin seuraavanlaisilla kommentteilla:

”Apuvälineiden saanti on huonoa, koen olevani kerjuulla.”

”En ole saanut vaivoihini parannusta, ei oteta vakavasti.”

”Jos ei pysty vaatimaan, niin jää oman onnensa nojaan.”

”Isäni (alkoholisti) tympeä kohtelu todella harmitti.”

Kriittisistä laatuun liittyvistä kommentteista 11 koski lääkäreiden, useimmiten mainittuna ”keikkalääkäreiden” toimintaa. Kommentit koskivat lääkäreiden tapaa kohdella potilasta tai lääkäreiden osaamista.

”Keikkalääkäreiltä saa myös huonompaa kohtelua, eivät ota asiakkaan mielipidettä huomioon, käytös ylimielistä.”

”Ns. reppulääkäreillä ei tunnu olevan muuta väliä, kun saavat ajan kuluun. Ovatko he vastuussa mistään.”

”Joka kerralla oli eri lääkäri tai olivatko vielä opiskelijoita, mutta tuli kylä turvattomuuden tunne.” ”Nyt keikkalääkärit määräävät auliisti voimakkaita lääkekuureja liukuhihnatyylisiin ja sairauden tutkiminen on siivua.”

Erityisesti vilppulalaisten vastauksissa nostettiin eri tavoin esille lääkäripalvelujen keskittämiseen liittyvät haitat. Useimmiten perusteluina olivat pitkät etäisyydet ja autottomuus.

”Vanhusväestöllä, kellä ei ole autoa käytettävissä on pitkä matka Mäntän sairaalalle. Linja-autovuorojakin on hyvin harvassa, taksilla tulee kalliiksi.”

”Terveydenhoitajan vastaanotolla saa tunnin odottaa ja kyyditsijä odottaa saman verran.”

KMV-lehden yleisönosastokirjoitukset

KMV-lehdessä oli toimeenpanovaiheen aikana yhteensä 56 yleisönosastokirjoitusta, joista osa oli kirjoitettu omalla nimellä ja osa nimimerkillä. Kirjoitusten joukos-

sa oli myös joitakin poliittisten päättäjien kirjoituksia. Yleisönosastokirjoituksista 17 koski päätöstä siirtää Vilppulan lääkärien vastaanottopalvelut Mäntän sairaalan tiloihin. Monet kirjoittajat näyttivät uskovan, että samalla myös kaikki muut terveyskeskuspalvelut siirtyvät Vilppulasta.

Herätys Vilppulalaiset! Vilppulan kunta aikoo lakkauttaa terveyskeskuksen. Ihmiset asetetaan keskenään eriarvoiseen asemaan. Onko järkee? Imago heikkenee, Vilppula näivetty. Kansalaiset ottakaa kantaa! (KMOV 19.11.2002)

KGB:n juttuja? Vilppulan terveysaseman sulkemisesta päättäneet halveksivat kuntalaisten älynlahjoja. Faktat pöytään. Säästöt huuhaata. Tavoitteena on Vilppulan lopettaminen. Miten matkustaminen toiselle paikkakunnalle lääkäriin on järjestetty? Miten se vähentää ihmisten lääkärissä käyntiä? Peruslain mukaan suomalaisten tulisi olla terveyspalveluiden suhteen tasa-arvoisessa asemassa. (KMOV 13.12.2002)

Lääkärit pois: 15–12! Vilppulassa puolueet ovat jakautuneet palveluiden säilyttäjien ja palveluiden hävittäjien leireihin. Sillanaukee vähättelee kuntalaisten mielialoja sekä itse aiheuttamia miljoonien menonlisäyksiä. Niiden takia joudutaan heikentämään palvelujen saantia ja tekemään lisää säästöjä. (KMOV 31.1.2003)

Vilppulalaiset keräsivät lääkäripalvelujen lopettamista vastustavien adressin, järjestivät mielenosoituksen ja tekivät kaksi kantelua lääkäripalvelujen lopettamisesta, toisen oikeusasiamiehelle ja toisen hallinto-oikeuteen. Yleisötilaisuudessa Vilppulan urheilutalolla joulukuun 2002 alussa oli monen paikalla olleen ohjausryhmän ja johtoryhmän edustajan mielestä menty asiattomuuksiin.

Vilppulan kunnalle jätettiin yli 2200 nimen listat. ”Vastustamme jyrkästi lääkäripalvelujen siirtämistä!” Vilppulalaiset ovat nousseet joukolla puolustamaan lääkäripalvelujaan. Säästöistä ei ole saatu mitään takeita. Kunnan kanta selviää ensi viikolla. (KMOV 13.12.2002)

Mielenosoitus maanantaina. Kuntalaiset puuhaavat mielenosoitusta Vilppulan valtuuston kokouksen yhteyteen. Mielenilmauksen aiheena terveyspalvelut. (KMOV 13.12.2002)

Kaikki kiinni rahasta. Lääkäripäivystyksen siirto Vilppulasta Mänttään herätti tunteita yleisessä keskustelutilaisuudessa Vilppulan urheilutalolla. Terveystieteiden johtaja sai kovaa kritiikkiä yleisöltä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin edustajat kertoivat muutoksen taustoista. Kyse on rahasta. Hoitotoimenpiteet ovat kalliimpia kuin ennen. Lisäksi väestön ikääntyminen, palvelutarpeen kasvu ja muutto kasvukeskuksiin on rasitteina. Uudistusten myötä on mahdollista saada pienemmällä rahalla laadukkaampaa palvelua. (KMOV 20.12.2002)

Toinenkin kantelu Vilppulan lääkäripalveluista. Oikeusasiamiehelle lähetetyssä kirjeessä arvostellaan Vilppulan kuntaa lääkäripalvelujen järjestämisestä. Kunnanhallituksen mukaan kantelu on aiheeton. (KMOV 4.4.2003)

Vilppulan lääkäripalvelut hallinto-oikeudessa. Joukko vilppulalaisia on käynyt pitkää taistelua valitettuaan Vilppulan terveysaseman lääkäripalvelujen tasosta Hämeenlinnan hallinto-oikeuteen. Terveystenhoitoalueen menot eivät ole laskeneet luvatusi. Valittajien mukaan Mäntän ja Vilppulan kunnat eivät ole määritelleet sopimusehtoja terveydenhuoltoalueen tehtävistä, osapuolten velvoitteista, investoinneista ja muutamista muista asioista. Valittajat ovat pyytäneet tutkimusta päätöksenteon oikeellisuudesta ja päätöksentekoon osallistuneiden jääviydestä. Vilppulan kunnanhallitus on todennut valituksen sisältävän epätarkkuuksia ja virheellisyysiä. Selvitysten teko jatkuu puolien ja toisiin. (KMOV 27.6.2003)

Hoidon laatua koskevia kirjoituksia oli kuusi, kolme niistä oli myönteisiä ja kolmessa valiteltiin palvelujen sujumattomuutta. Talouteen ja palvelujen järjestämiseen liittyviä kirjoituksia oli yhteensä 17 ja ne kaikki ajoittuivat toimeenpanovaiheen loppupuolelle, kun kunnilla oli suuria talousvaikeuksia ja terveydenhuoltoalueen rahoitus ei riittänyt kattamaan koko vuoden toimintaa. Joissakin kirjoituksissa syytettiin sairaanhoitopiiriä liian korkeista hinnoista.

Lusikka terveydenhuollon soppaan tutkintahuoneen kautta. Kirjoittaja ihmettelee säästötoimia. Hänelle ei löytynyt sairaalassa oikeata huonepaikkaa, vaan jouduttiin turvautumaan tilapäisjärjestelyihin. Sairaalalla tulisi olla perusvalmiudet vastaanottaa kaikki potilaat. Hoitajilta vaaditaan liikaa, säästöjä ei saa ottaa kenenkään selkänahasta. Hyvästä palvelusta kiitos. (KMOV 23.9.2003)

Terveydenhuollon kurjuus ihmetyttää. Miksi Mäntän seudun kunnilla ei ole enää rahaa terveydenhuollon entiseen tasoon? Sairanhoitopiiri lasittaa kunnilta liikaa rahaa. (KMOV 23.12.2003)

Sidosryhmien tuki

Yhteistyö Ylä-Pirkanmaan kuntien kanssa

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen tehtävänä alueellisena terveydenhuollon yksikkönä on muun muassa tuottaa Ylä-Pirkanmaan kuntien ja sopimuskuntien²² erikoissairaanhoidon palvelut. Ylä-Pirkanmaan kunnat ovat terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana yrittäneet hakea monenlaisia yhteistyömuotoja. Vuo-

22 Ylä-Pirkanmaan kuntia ovat Juupajoki, Kuru, Längelmäki, Mänttä, Orivesi, Ruovesi, Vilppula ja Virrat. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvat Keuruu ja Multia ovat Mäntän sairaalan sopimuskuntia.

den 2003 neuvotteluja varten muodostettu sopimusohjauksen tilaajarengas toimi vuonna 2005 haastateltujen sairaanhoitopiirin edustajien mukaan vielä pitkälti teknisenä neuvottelufoorumina. Erityisesti Virrat, joka sairaanhoitopiirin raja-alueen kuntana käyttää myös Keski-Suomen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin palveluja, koettiin löyhemmin sitoutuneeksi Ylä-Pirkanmaan yhteistyöhön. Oriveden oletetaan suuntautuvan muita enemmän Tampereen yliopistolliseen sairaalaan, ehkä eniten hyvien liikenneyhteyksien vuoksi.

Ylä-Pirkanmaan kunnat tekivät valtiolle keväällä 2002 yhteisen rahoitushakemuksen alueellisen yhteistyön kehittämistä varten (OHJ 5.2.2002 § 6). Vuoden 2003 alussa käynnistyi Ylä-Pirkanmaan palvelustrategiahanke, joka toimi kuntien välisten neuvottelujen foorumina (OHJ 19.9.2003 § 49). Myös seutuhallitus toimi kuntien yhteistyön foorumina (OHJ 1.4.2004 § 6). Muun muassa näitä kanavia terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä ja sairaanhoitopiirin johto hyödynsivät markkinoidessaan terveydenhuoltoaluetta muille alueen kunnille.

Ylä-Pirkanmaan päättäjät koolla Vilppulassa. Palvelustrategian keskeisenä tavoitteena on löytää Ylä-Pirkanmaan kunnille konkreettisia ja toteuttamiskelpoisia uusia toimintamalleja palveluiden järjestämiseksi ilman kuntaraja-ajattelua. Yhteistyötä viritellään perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon, koulutuksen, tietotekniikan, sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluiden sekä seudullisen ympäristönhallinnon tiimoilta. (KMV 16.3.2004)

TAYS:ssa aloittaneen päivystysosaston tarkoituksena oli vähentää hoitopäivien määrää keskussairaalassa ja tehostaa potilaiden siirtämistä aluesairaaloihin, terveyskeskukseen tai kotiin. Pyrkimyksistä huolimatta Ylä-Pirkanmaan kuntien potilaat, pl. Mänttä ja Vilppula, ohjautuivat entiseen tapaan yliopistosairaalaan. Esimerkiksi vuonna 2004 keskussairaalan sisätautiosastoilla oli hoidossa keskimääräistä enemmän aluesairaalatasoisia potilaita, jotka olisi ollut tarkoituksenmukaisinta hoitaa Mäntän sairaalassa (OHJ 12.2.2004 § 3). Myös kuntien tilaus terveydenhuoltoalueelta oli edellisvuotta selvästi alhaisempi, toisaalta vastaavaa nousua ei ollut TAYS:lta tehdyssä tilauksessa (OHJ 1.4.2004 § 13).

Sairaanhoitopiirin ja terveydenhuoltoalueen johto kävivät Ylä-Pirkanmaan kuntien ja terveyskeskusten edustajien kanssa keväällä 2003 neuvotteluja vuoden 2004 palvelutilauksista. Neuvottelut koskivat erityisesti sisätautien toiminnan säilyttämistä Mäntän sairaalassa sen jälkeen, kun kuntien tilaus oli edellisvuoteen verrattuna kolmanneksen pienempi.

Ylä-Pirkanmaan kunnat vähentävät aluesairaalan käyttöä. Ylä-Pirkanmaan kunnat ostavat ensi vuonna terveydenhuoltoalueen palveluita 1,7 M€ pienemmällä summalla kuin mitä Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tarjosi. Myös Mänttä ja Vilppula pyrkivät huomattaviin säästöihin. (KMV 19.9.2003)

Kunnat olivat myös haluttomia osallistumaan päivystyspalvelujen ylläpitämiseen Mäntän sairaalassa, vain toteutuneista käynneistä haluttiin maksaa. Mutkikkaiden neuvottelujen kautta saatiin aikaiseksi sopimus, jonka mukaan Ylä-Pirkanmaan kunnat osallistuvat väestömääränsä suhteessa perusterveydenhuollon päivystysvalmiuden ylläpitoon Mäntän sairaalassa. Ohjausryhmän jäsenet uskoivat tämän yhdessä erikoissairaanhoidon poliklinikkapalvelujen kanssa vahvistavan naapurikuntien halukkuutta käyttää terveydenhuoltoalueen palveluja laajemminkin (Haastattelut 2005).

Vuoden 2005 lopulla terveydenhuoltoalueen toiminnan vakinaistamispäätöksen yhteydessä sairaanhoitopiirin johto esitti kaikille Ylä-Pirkanmaan kunnille liittymistä terveydenhuoltoalueeseen ja vanhustenhuollon liittämistä siihen. Muut Ylä-Pirkanmaan kunnat eivät olleet kovinkaan kiinnostuneita liittymään terveydenhuoltoalueeseen.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus (PARAS-hanke) on sysännyt kuntien väliset yhteistyöneuvottelut uuteen vaiheeseen. Alueen kaikki kunnat käynnistivät keväällä 2007 omista lähtökohdistaan PARAS-hankkeen edellyttämät neuvottelut kuntaliitoksista tai neuvottelut sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalle.

Mänttä ja Vilppula käynnistivät kuntaliitosneuvottelut Ruoveden ja Virtain kuntien kanssa. Hankkeessa tähdättiin noin 25 000 asukkaan väestöpohjaan, mutta se kariutui toukokuussa 2007 Ruoveden ja Virtain vetäytyessä hankkeesta. (KMOV 29.5.2007.) Mänttä ja Vilppula jatkoivat kuntaliitosneuvotteluita aiemmin vakiintuneen yhteistyön siivittäminä ja päättivät yhdistyä hieman alle 12 000 asukkaan väestöpohjalla vuoden 2009 alusta.

Mänttä ja Vilppula jatkoivat yhdistymisen valmistelua ja strategiana oli, että kuntien yhdistyminen ja perusterveydenhuollon palvelujen järjestäminen osana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuoltoa sekä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kiinteä yhteistyö terveydenhuoltoalueen kanssa olisivat riittävä vastaus sisäministeriön vaatimuksiin. Toistaiseksi valtion edustajat ovat kuitenkin suhtautuneet kielteisesti tähän selvästi alle 20 000 asukkaan väestöpohjan ratkaisuun.

Kesällä 2007 Ruovesi ja Virrat käynnistivät neuvottelut terveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen järjestämisestä yhteistyössä Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen kanssa. Vastauksilla oli tuolloin jo kiire, koska ne tuli antaa sisäministeriölle elokuun 2007 loppuun mennessä. Neuvotteluita myös näiden neljän kunnan sosiaalipalvelujen liittämiseksi sairaanhoitopiirin toiminnaksi käytiin sairaanhoitopiirin muiden kuntien kanssa. Neuvotteluissa Tampere ja Tampereen seutukunta asettuivat vastustamaan hanketta. Perusteena oli, ettei perusterveydenhuolto tai sosiaalipalvelujen järjestäminen ole sairaanhoitopiirin toimintaa. Syyskuussa 2007 Tampereen kaupunginhallitus hyväksyi sen, että sairaanhoitopiiri voisi vastata myös Ruoveden ja Virtain perusterveydenhuollon järjestämisestä sillä ehdolla, että yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa järjestetään tilaa-

ja-tuottajamallilla. Sopimuskuntien yhteenliittymä toimisi tilaajana ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri palvelujen tuottajana. Ehtona oli lisäksi, että toimintamalli ei saa levitä muualle Pirkanmaalle. (KMV 4.9.2007, 12.10.2007, 26.11.2007.)

Yhteistyö sosiaali- ja terveysministeriön kanssa

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toteuttamisesta päätettiin vuoden 2001 alussa. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (kansallinen terveyshanke) suositteli toimenpide-ehdotuksissaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) toimintojen ja rakenteiden uudistamiseksi muun muassa, että aluesairaalat muodostava alueensa perusterveydenhuollon kanssa terveydenhuoltoalueita tai toimivat nykyistä kiinteämmin keskussairaaloiden yhteydessä. Mäntän mallin toteuttaminen oli ollut ehdotusta laativien tiedossa ja oli myös vaikuttanut kansallisen terveyshankkeen ehdotusten sisältöön.

Kansallisen terveyshankkeen alkuvaiheessa (2001) sosiaali- ja terveysministeriön edustaja oli terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän jäsenenä ohjaamassa hankkeen etenemistä, välittämässä kokemuksia ministeriöön ja muille vastaavia uudistuksia suunnitteleville sekä välittämässä ministeriön suunnasta tietoa toimenpanoa suunnittelevalle ohjausryhmälle. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue nousikin kansalliseksi esimerkiksi, johon tultiin tutustumaan eri puolilta Suomea ja jota pidettiin esillä lukuisissa seminaareissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö päätti osana kansallista terveydenhuoltohanketta tukea palvelujärjestelmää kehittäviä hankkeita ohjelmatyöllä, johon osoitetaan varoja valtion budjetista. Hankkeen käynnistyessä hankerahoituksen saamista pidettiin terveydenhuoltoalueella tarpeellisena. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue anoi sosiaali- ja terveysministeriöltä po. kehittämisrahaa 150 000 € ”muutoksiin liittyvien toimenpiteiden rahoittamiseksi” (OHJ 29.8.2002 § 49). Rahoitusta ei kuitenkaan myönnetty. Suuret rakenteelliset muutokset, täysin uuden toimintamallin rakentaminen ja kahden erilaisen ja erikulttuurisen organisaation yhdistäminen jouduttiin tekemään kokonaan oman työn ohella ja omin voimin. Myöhemmin saatiin pieni sosiaali- ja terveysministeriön myöntämä hankevaltionavustus tukemaan perusterveydenhuollon ja sisätautien vuodeosastojen yhdistämistä, yhtenäisen kulttuurin ja hoitokäytäntöjen rakentamiseksi.

7.6 Johtopäätökset asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta

Tässä alaluvussa vastaan osaltaan tutkimuskysymykseen (T2f, taulukko 7, s. 83): Miten asetetut tavoitteet saavutettiin? Analyysi on toteutettu kolmen ensimmäisen toimintavuoden jälkeen 2005 toteutettujen haastattelujen perusteella ja tiivistetty toiminnalle päätösten yhteydessä asetettujen tavoitteiden mukaiseen rakenteeseen. Tutkimuskysymykseen (T2f) vastataan myös tilastoanalyysien valossa luvussa 8. Johtopäätökset asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta tehdään luvussa 9.

Talous

Keskusteltaessa (Haastattelut 2005) *terveydenhuoltoalueen toteuttamisen vaikutuksista terveysmenoihin* haastateltavien tiedossa ei ollut luvussa 8 esitettävän menoanalyysin tuloksia, joten keskustelu käytiin kunkin haastateltavan senhetkisten tietojen tai käsitysten perusteella.

Useimmat haastatellut pitivät terveydenhuollon menoja korkeina ja arvelivat, että erikoissairaanhoidon menot tulevat edelleen nousemaan. Joillakin haastatelluista oli käsitys, että terveysmenoihin ei muutoksella ole vielä pystytty vaikuttamaan ja että asetetut taloustavoitteet tullaan saavuttamaan vasta pidemmällä aikavälillä. Yksi vilppulalainen haastateltu oli sitä mieltä, että rahaa vain tuhlataan ja palvelut huononevat.

Haastatellut esittivät myös näkemyksiään tavoitteiden toteutumattomuudesta. Useimmat haastatellut olivat sitä mieltä, että menot eivät voi vielä olla alempana, koska on tehty paljon investointeja, kuten tilojen saneeraamiset ja tietojärjestelmien uudistaminen. Lisäksi nostettiin esille, että väestö on tottunut käyttämään palveluja runsaasti ja että käyttötottumusten muutos ja palvelujen supistaminen vievät aikansa. Useat kuntien edustajat nostivat myös esille kansanterveystyön kuntayhtymän purkamisesta kunnille aiheutuneet rasitteet. Erityisesti johtoryhmän edustajat nostivat esille perusterveydenhuollon ostopalvelulääkärit, omalääkärin puuttumisen, päivystyksen runsaan käytön sekä erikoissairaanhoidon yhteisviroissa olevien lääkäreiden matkakustannukset palvelujen kustannuksiin vaikuttavina tekijöinä.

Toiminta ja voimavarat

Useimmat haastatellut ilmaisivat, että ”terveydenhuolto toimii nyt kokonaisuutena saman hallinnon alla kuntien yhteisenä toimintana ja suoraan kuntien hallinnon alaisuudessa ilman tavanomaista lautakuntaa tai johtokuntaa”. Hyvänä pidettiin

myös, että palvelut oli siirretty ”yhden ja saman katon alle”, mutta sijaintipaikkaa pidettiin kompromissina.

Erityisesti terveydenhuoltoalueen johtoryhmän jäsenet nostivat esille, että toistaiseksi oli pystytty keskittymään vasta rakenteellisiin muutoksiin ja toiminnan kustannusten selvittelyyn. Toivomuksena oli vihdoin päästä toiminnan sisällölliseen kehittämiseen.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ja työnjako toteutuivat ennen kaikkea yhteisillä osastoilla ja poliklinikalla. Tavoitteena oli, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon raja hämärtyisi niin, että ”potilaat eivät huomaa kummalla puolella hoidetaan”. Toimintamalli oli vuonna 2005 edelleen perinteinen. Rajan häivyttämistä hidasti kulttuurillisten erojen lisäksi myös se, että kustannukset piti edelleen jakaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon kuntalaskutusta varten.

Voimavaroja käytettiin haastateltujen mielestä aiempaa tehokkaammin, koska lääkärien virat on saatu täytettyä ja siten myös muuta henkilökuntaa voitiin hyödyntää tehokkaammin. Toimintoja oli yhdistetty ja sitä kautta oli pystytty luopumaan joidenkin tilojen käytöstä. Henkilökuntaa oli vähennetty noin 40 viralla. Suuri osa vähennyksistä johtui tukipalvelujen järjestämisestä ostopalveluna tai keskitetysti Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin toimesta. Jotkut johtoryhmän jäsenistä pitivät vuodeosastopalvelua, työterveyshuoltoa ja hammashuoltoa toimimattomina.

Palvelujen saatavuus

Palvelut olivat monipuolistuneet terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana. Väestön näkökulmasta paljon ristiriitoja herättänyt vastaanottojen siirto Mäntän sairaalalle on pidentyneestä matkasta huolimatta parantanut palvelua, kun tutkimukset ja konsultaatiot saadaan samasta pisteestä.

Tehtyjen ratkaisujen koettiin vaikuttaneen siihen, että *erikoissairaanhoidon palvelut ovat säilyneet alueella* ja jopa laajentuneet. TAYS:n kanssa hoidettujen yhteisvirkojen kautta alueen väestö sai eri erikoisalojen palveluja alueella. Perusterveydenhuolto olisi haastateltujen mukaan säilynyt, vaikka terveydenhuoltoaluetta ei olisi perustettu. Tosin arveltiin, että lääkäreiden saamisesta olisi voinut tulla ongelma.

Useimpien haastateltujen mielestä on *kuulumisesta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin* ollut selvää etua Mäntän ja Vilppulan terveyspalvelujen järjestämisen kannalta. Erityisesti kuntien edustajat pitivät haittapuolena päätäntävällän siirtymistä Tampereelle. Useimmat näistä olivat kuitenkin tyytyväisiä ohjausryhmätyöskentelyyn.

Muut tekijät

Ohjausryhmän jäsenten mielestä *Mäntän ja Vilppulan yhteistyö* on syventynyt ja monipuolistunut terveydenhuoltoalueen vaikutuksesta. Tosin jotkut eivät nähneet merkkejä yhteistyön paranemisesta, ”ovat edelleen kuin kissa ja koira”. Yhteistyö *Ylä-Pirkanmaan kuntien* kanssa ei ollut parantunut terveydenhuoltoalueen vaikutuksesta. Muun muassa epävarmuus palvelujen saatavuudesta oli aiemmin vähentänyt näiden kuntien palvelujen käyttöä.

Väestöpohjaa pidettiin liian pienenä, jotta palvelut voitaisiin pitkällä aikavälillä järjestää taloudellisesti. Erityisesti ohjausryhmä ja sairaanhoitopiirin johdon edustajat pitivät Ylä-Pirkanmaan kuntien mukaan tuloa terveydenhuoltoalueen tulevaisuuden kannalta ratkaisevana.

Arvio onnistumisesta

Haastateltavia pyydettiin myös vuonna 2005 arvioimaan kouluarvosanalla, miten hyvin terveydenhuoltoalue-mallin toteutumisessa tullaan onnistumaan. Terveydenhuoltoalue-mallin onnistumisella tarkoitettiin sille asetettujen tavoitteiden toteutumista. Haastateltavia pyydettiin ensin arvioimaan, minkä arvosanan he voisivat antaa terveydenhuoltoalueen toiminnasta kahden vuoden ja viiden vuoden kuluttua. Vertailun vuoksi heiltä kysyttiin myös, minkä arvosanan he antaisivat, jos terveydenhuoltoaluetta ei olisi lähdetty toteuttamaan. Vastausten arveltiin kuvaavan uudistukseen kohdistuvia odotuksia (taulukko 18).

Kaikesta kritiikistä huolimatta vastaajilla näyttää olevan positiivinen suhtautuminen terveydenhuoltoalueeseen, koska tulevaisuutta koskevat arvosanat ovat selkeästi korkeammat kuin nykytilaa koskevat. Terveydenhuoltoalueen ei siis koeta olevan umpikujassa vaan pikemminkin vielä synnytystuskissaan.

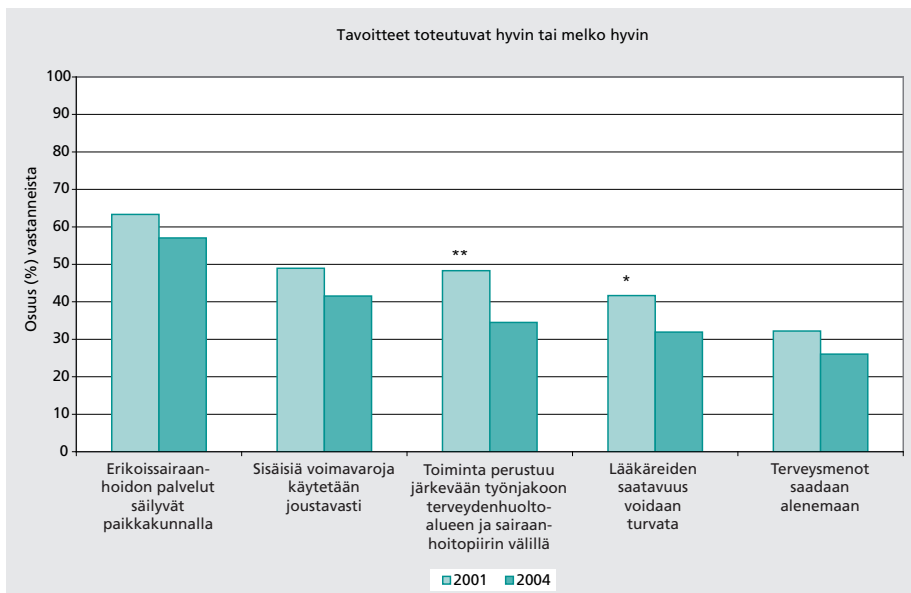
Taulukko 18. Haastateltujen odotukset terveydenhuoltoalueen toteuttamiselle vuoden 2005 haastatteluissa, kouluarvosanojen keskiarvo organisaatioittain

Organisaatio	Vastanneiden määrä	TERVEYDENHUOLTO-ALUE ON		JOS TERVEYDENHUOLTO-ALUETTA EI OLISI
		Arvosana nyt	5 vuoden kuluttua	Arvosana nyt
Mänttä	8	7,8	8,7	5,8
Vilppula	6	7,8	8,2	7,1
Mäntän sairaala	9	7,9	8,7	6,1
Terveyskeskus	4	7,4	8,5	6,5
Sairaanhoitopiiri	4	7,5	8,2	6,0
Haastatellut yhteensä	31			
Kaikkien arvosanojen keskiarvo		7,7	8,5	6,3

Mäntän ja Mäntän sairaalan edustajat suhtautuivat kaikkein positiivisimmin odotuksiin terveydenhuoltoalueen toteutumiseen. Entisen terveystakeskuksen edustajien odotukset olivat kaikkein vähäisimmät. Useimmat haastatellut mainitsivat, että terveydenhuoltoalueen perustaminen oli ainoa vaihtoehto, jos palvelut halutaan säilyttää alueella. Useimmat uskoivat myös palvelujen säilymiseen (”paluuta entiseen ei ole”) ja antoivat korkeamman arvosanan, koska arvelivat tilanteen paranevan. Joku, joka antoi nykyiselle toiminnalle arvosanaksi 9 ja toiminnalle viiden vuoden kuluttua 8, perusteli arvioitaan sillä, että ”alijäämäkunnissa ei pystytä tuottamaan kuin peruspalvelut”.

Henkilöstön mielipiteet terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta

Myös henkilöstöltä kysyttiin (2001 ja 2004) arvioita terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Vuonna 2004 usko tavoitteiden saavuttamiseen oli vähentynyt kaikkien kysyttyjen asioiden suhteen, eniten usko järkevään työnjakoon terveydenhuoltoalueen ja sairaanhoitopiirin välillä ja usko lääkäreiden saatavuuden turvaamiseen. Vuonna 2004 vastaajista 57 % uskoi, että erikoissairaanhoidon palvelut säilyvät paikkakunnalla, ja ainoastaan 26 % oli sitä mieltä, että terveysmenot saadaan alenemaan (kuvio 22). Vastaukset heijastanevat toimeenpanovuosien myllerrystä ja väsymystä jatkuvaan muutokseen. Myös julkisen keskustelun koettu negatiivisuus on voinut vaikuttaa vastaajien mielipiteisiin. Tämä arvio sai tukea haastatteluaineiston analyysissa.

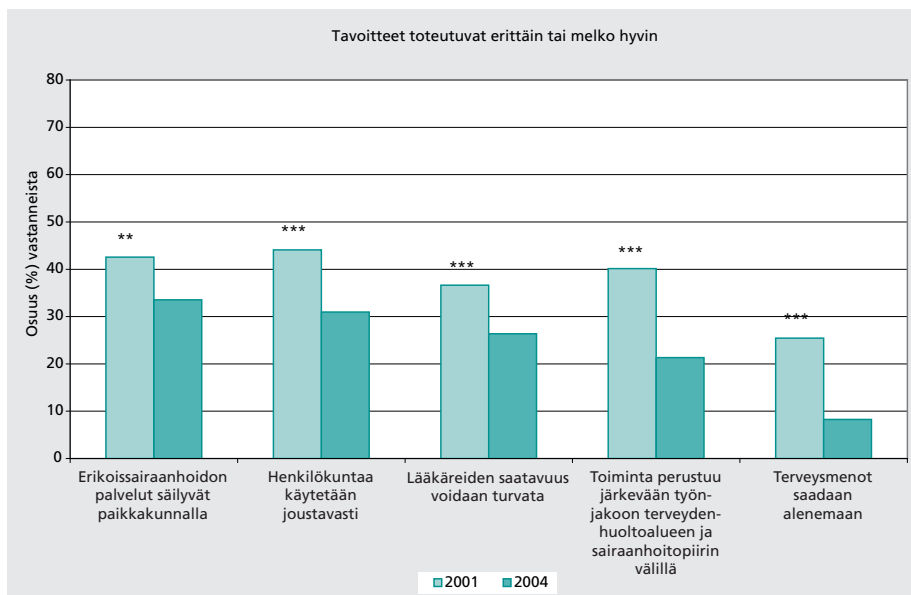


Kuvio 22. Terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen 2001 (N = 240) ja 2004 (N = 142). Henkilökunta yhteensä (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

Väestön mielipiteet terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta

Väestö uskoo (kuvio 23) huonosti mahdollisuuteen saada terveystoimenpiteitä aleneen ja usko tämän tavoitteen toteutumiseen on vuosien aikana heikentynyt. Kun vuonna 2001 25 % vastanneista uskoi, että terveystoimenpiteet saadaan aleneen, niin vuonna 2004 vain 8 % uskoi siihen. Muiden keskeisten tavoitteiden toteutumiseen uskotaan hieman paremmin, tosin myös usko niiden toteutumiseen on ajan mittaan heikentynyt.

Vuonna 2001 37 % vastanneista uskoi, että lääkäreiden saatavuus voidaan turvata melko tai erittäin hyvin, vastaava luku vuonna 2004 oli 26 %. Erityisesti vilppulalaisten usko lääkäreiden saatavuuteen oli heikentynyt. Vuonna 2004 kolmannes (34 %) vastaajista uskoi, että erikoissairaanhoidon palvelut säilyvät paikkakunnalla ja että niitä saadaan joustavasti. Vilppulalaisten usko myös tämän tavoitteen toteutumiseen on vähentynyt merkittävästi.



Kuvio 23. Terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen 2001 (N = 451) ja 2004 (N = 474). Tavoitteet toteutuvat hyvin tai melko hyvin, osuus (%) vastanneista. Väestön arvio. (* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$, *** = $p \leq 0,001$)

8 TOIMEENPANON TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN TILASTOANALYYSIN VALOSSA

Johdanto

Tässä luvussa vastaan tilastoanalyysin avulla tutkimuskysymykseen (T1, taulukko 7, s. 83): Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveysmenoihin ja terveyspalvelujen saatavuuteen? Tässä luvussa vastaan myös osataan tutkimuskysymykseen (T2f): Miten asetetut tavoitteet saavutettiin?

Luvun alussa analysoin Mäntän ja Vilppulan väestörakenteen ja palvelutarpeiden kehitystä vuodesta 1993 vuoteen 2006 ja vertaan niitä Pirkanmaan ja koko maan kehitykseen. Seuraavaksi analysoin palvelujen käyttöä, mitoitusta ja menokehitystä. Luvun lopussa analysoin vielä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon talousarvioiden toteutumista. Tutkimuksen *tilastoaineisto* kattaa suurelta osin tiedot vuodesta 1993 vuoteen 2006.

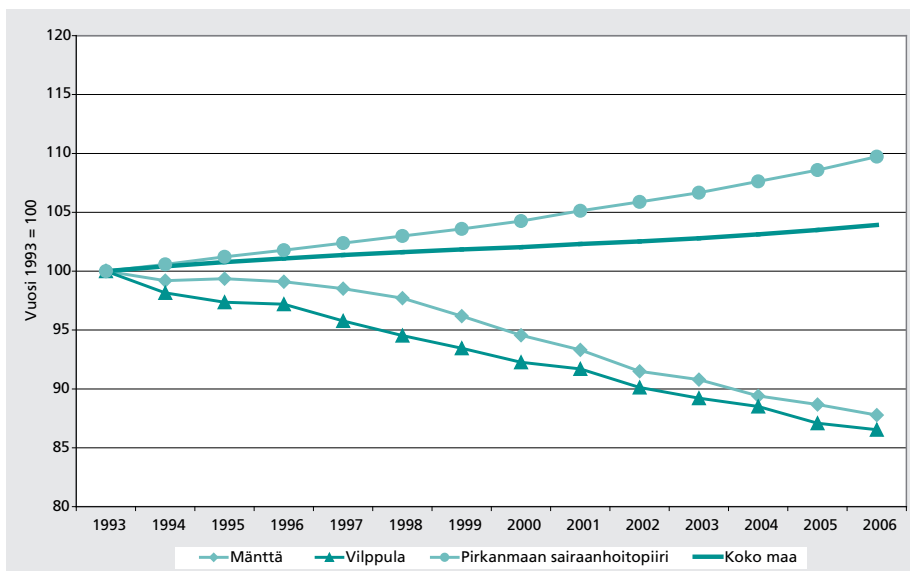
8.1 Väestörakenteen kehitys 1993–2006

Mäntän ja Vilppulan asukasmäärä on laskenut vähitellen viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana. Samanaikaisesti Pirkanmaan väestökasvu on ollut muuta maata nopeampaa (kuviot 24).

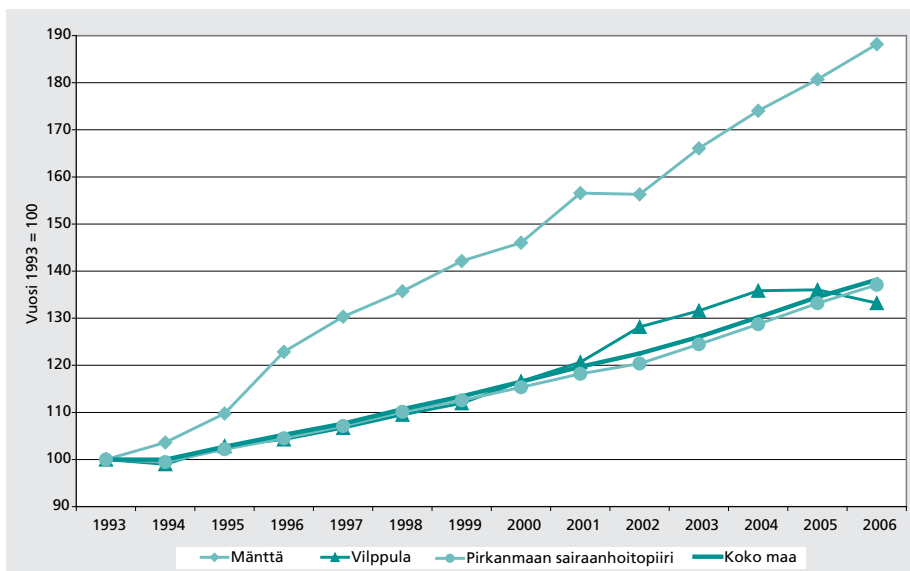
Yli 75-vuotiaiden määrä (kuviot 25) on kasvanut tarkasteluvuosina erityisesti Mäntässä muuta Pirkanmaata nopeammin. Vilppulassa yli 75-vuotiaiden määrä oli vuonna 1993 selvästi maan ja Pirkanmaan keskiarvon yläpuolella ja on sen jälkeen lisääntynyt.

Työikäisten osuus väestöstä oli vuonna 2006 Vilppulassa 5,2 prosenttiyksikköä ja Mäntässä 2,8 prosenttiyksikköä pienempi kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa työikäisiä oli suhteellisesti saman verran väestössä kuin koko maassa. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on Vilppulassa ja Mäntässä selvästi suurempi kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tai koko maassa keskimäärin (kuviot 26, s. 186).

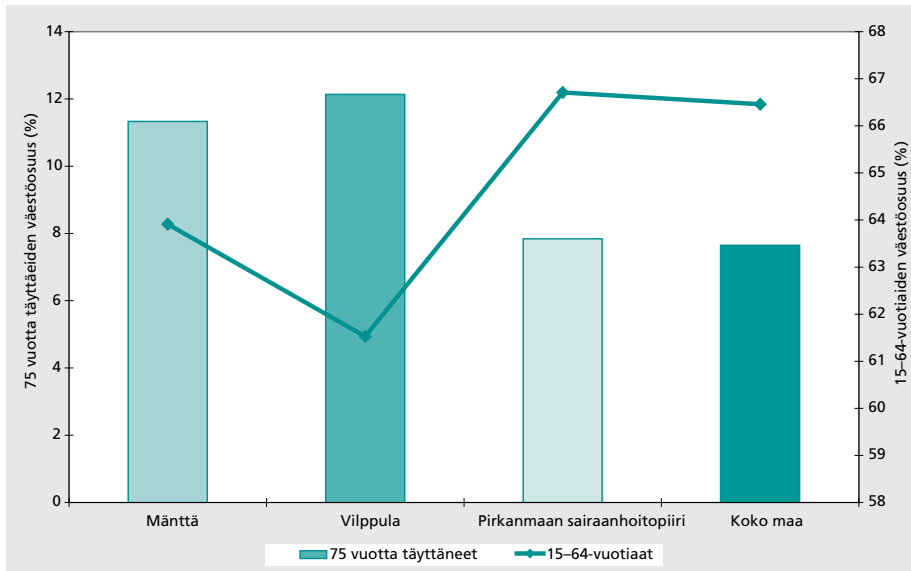
Mäntän ja Vilppulan väestörakenne on täten terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kannalta haasteellinen verrattuna Pirkanmaahan.



Kuvio 24. Asukasluvun kehitys Mäntässä, Vilppulassa, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa 1993–2006, vuosi 1993 = 100 (Lähde: Tilastokeskus 2008a)



Kuvio 25. 75 vuotta täyttäneiden määrän kehitys Mäntässä, Vilppulassa, muualla Ylä-Pirkanmaalla, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa 1993–2006, vuosi 1993 = 100 (Lähde: Tilastokeskus 2008a)



Kuvio 26. 75 vuotta täyttäneiden ja 15–64-vuotiaiden osuus (%) väestöstä Mäntässä, Vilppulassa, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa 2006 (Lähde: Tilastokeskus 2008a)

8.2 Palvelujen suhteellinen tarve

8.2.1 Aineistot ja menetelmät

Analysoin Mäntän ja Vilppulan väestöjen terveystalouden suhteellista tarvetta, palvelujen käyttöä ja menoja vertaamalla niitä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja koko maan kuntien keskimääräisiin palvelutarpeisiin, käyttöön ja menoihin. Tietoina käytän pääasiassa Stakesin terveystaloustieteen keskuksen CHESSin kokoa-
masta ja ylläpitämästä kuntakohtaisesta terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menotietokannasta (Hujanen ym. 2006, 2007) saatavia meno- ja tarvetietoja vuosilta 1993–2005 sekä Stakesin ylläpitämästä Sotka-tietokannasta saatavia palvelujen käyttötietoja vuosilta 1993–2006 (Stakes 2008). Menotiedot kattavat kunnallisen terveydenhuollon (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito) ja vanhustenhuollon (vanhainkotihoito, kotihoito, omaishoidon tuki ja vuodesta 2000 alkaen palveluasuminen). Kaikki menotiedot esitän vuoden 2005 hintatasossa. Eri vuosien menot olen muuntanut vuoden 2005 hintatasoon kunnallisen terveydenhuollon hintaindeksillä (Tilastokeskus 2008b).

Kuntien erilaiset tavat järjestää sosiaali- ja terveystalouden palvelut, erityisesti vanhustenhuollon palvelut, vaikeuttavat merkittävästi kuntien välisiä yksityiskohtaisia

menovertailuja. Kuntien pyrkimys yhdentää käytännön toiminnan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon eri toiminnot ja häivyttää sosiaali- ja terveystoimen raja-aitoja organisatorisilla ratkaisuilla tekee usein hyvin hankalaksi määritellä yksiselitteisesti, mikä tilastoissa ilmenevä toiminto kuuluu perusterveydenhuoltoon, mikä vanhustenhuoltoon ja mikä sosiaalitoimen puolelle ja miten toiminnan menot kohdistuvat eri sektoreille. Monissa kunnissa ei ole edes kovin mielekästä pyrkiä kohdentamaan menoja terveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen tai perusterveydenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon, koska jaolla ei ole kunnan käytännön kannalta enää merkitystä. Tilastoinnissa ja tutkimuksessa menoja kohdennettaessa joudutaan tekemään kompromisseja. Tilastointiongelmien vaikutuksen minimoimiseksi olen seuraavassa tarkastellut perusterveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa sekä erikseen että yhtenä kokonaisuutena. Samoin olen tarkastellut terveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa yhtenä kokonaisuutena.

Edellä esitetyin varauksin seuraavassa raportoitavia menotietoja voidaan pitää kohtalaisen luotettavina.

8.2.2 Tarvetekijät

Palvelujen tarpeeseen ja sitä kautta palvelujen käyttöön ja menoihin vaikuttavat muun muassa kunnan väestön ikä- ja sukupuolirakenne sekä muut tarvetekijät, kuten sairastavuus. Väestörakenteeltaan vanhusvoittoisessa kunnassa terveyspalvelujen ja vanhustenhuollon palvelujen käyttö on runsaampaa ja menot korkeammat kuin muissa kunnissa.²³

Väestörakenteesta ja muista palvelujen tarpeeseen vaikuttavista tekijöistä johtuvat kuntien väliset erot on otettu tämän tutkimuksen tilastoanalyysissä huomioon vakioimalla kaikki tiedot Stakesin terveystaloustieteen keskuksen CHESsin julkaisemilla *tarvekertoimilla* (Hujanen ym. 2006, 2007). Tarvekertoimet kuvaavat kunnan suhteellista palvelujen tarvetta verrattuna koko maan keskitasoon. Tarvekertoimet perustuvat pääasiassa väestön ikä- ja sukupuolirakenteeseen, jota täydentävät toiminnoittain vaihtelevat muut tarvetekijät. Tarvekertoimien johtamisessa käytetyt menetelmät ja tarvevakiointi menetelmänä on selostettu yksityiskohtaisesti toisaalla (Häkkinen ym. 2000, Häkkinen 2004).

23 Tässä tutkimuksessa käytettävät tarvetekijät kehitettiin alun perin terveydenhuollon valtionosuuden määrätymisperusteiksi. Tarvetekijöiden avulla määriteltujen tarvevakioitujen menojen perusteella voidaan seurata terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kehitystä ja vertailla alueellisten erojen kehitystä ottamalla huomioon alueiden väliset erot palvelujen suhteellisessa tarpeessa. Ikä- ja sukupuolirakenne on määräävin tarvetekijä. Useampia tarvetekijöitä käyttäen CHES on julkaissut vuosittain tiedot kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvevakioituista menoista ja tarvekertoimista. Tarvevakioituja menoja käytetään myös yhtenä terveydenhuollon suunnittelun lähtökohdana paikantamaan palvelujärjestelmän kehittämiskohteita. Kunnan suhteellisen aseman tarkastelu suhteessa maan tai sairaanhoitopiirin tietoihin ja kuntien välinen vertailu voidaan tehdä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon suhteen erikseen. Vertailu on kuitenkin luotettavinta, kun se tehdään koko terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaisuuden suhteen. Tämä johtuu siitä, että terveys- ja sosiaalipalvelut organisoidaan kunnissa eri tavalla. (Häkkinen 2004.)

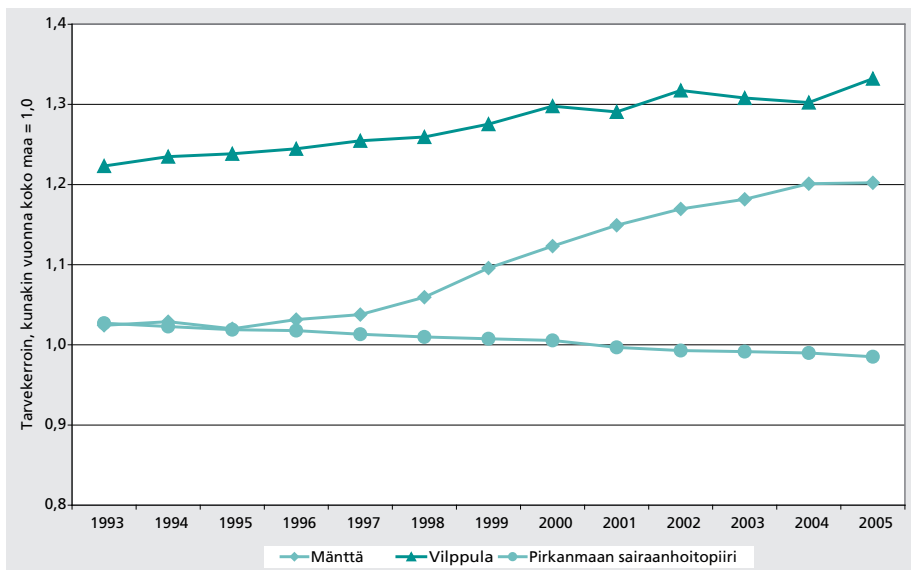
Terveyskeskuksen avosairaanhoidon palvelujen tarvekertoimeen vaikuttavat väestörakenteen lisäksi väestön tulotaso ja sairastavuus, jota kuvataan alle 65-vuotiaiden kuolleisuudella. Alle 65-vuotiaiden kuolleisuutta käytetään siis sairastavuuden ilmiöalueen kuvaajana. Terveyskeskusten muun avotoiminnan (hammas-huolto, terveysneuvonta ym.) palvelujen tarvekertoimessa otetaan huomioon vain ikä- ja sukupuolirakenne.

Somaattisen erikoissairaanhoidon ja lyhytaikaisen vuodeosastohoidon palvelujen tarvekertoimeen vaikuttavat ikä- ja sukupuolirakenteen lisäksi muuttoliikettä kuvaava indikaattori sekä sairastavuus, jota kuvataan alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyydellä. Psykiatristen palvelujen tarvekertoimeen vaikuttavat ikä- ja sukupuolirakenteen lisäksi väestön tulotaso ja yksin asuminen.

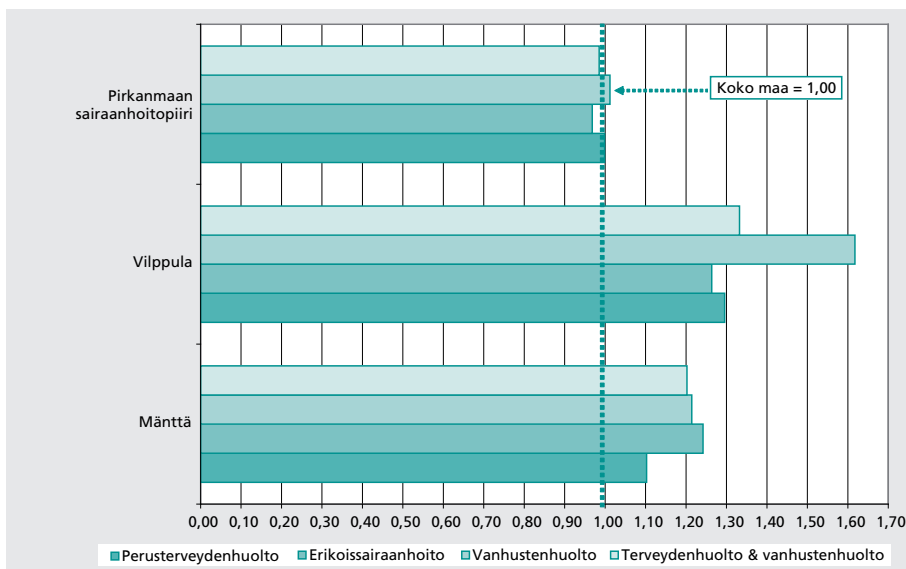
Vanhustenhuollon ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon palvelujen tarvekertoimeen vaikuttavat väestön ikä- ja sukupuolirakenteen lisäksi ahtaasti asuminen ja sairastavuus, jota kuvataan kaikkien ikäluokkien kuolleisuudella.

8.2.3 Tarvekertoimet

Mäntän ja Vilppulan väestöjen terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen suhteellinen kokonaistarve on kasvanut koko tarkastelujakson (1993–2005) ajan (kuvio 27). Palvelujen tarve on kasvanut erityisen nopeasti Mäntässä, varsinkin vuoden 1997 jälkeen. Vilppulassa palvelujen tarve on ollut koko tarkastelujakson selvästi koko maan keskitasoa suurempi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin väestön palvelujen tarve on pysytellyt koko tarkastelujakson ajan lähellä koko maan keskitasoa.



Kuvio 27. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen suhteellista kokonaistarvetta kuvaavan tarvekertoimen kehitys Mäntässä, Vilppulassa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 1993–2005, kunakin vuonna koko maa = 1,00. (Lähde: Hujanen ym. 2006, 2007)

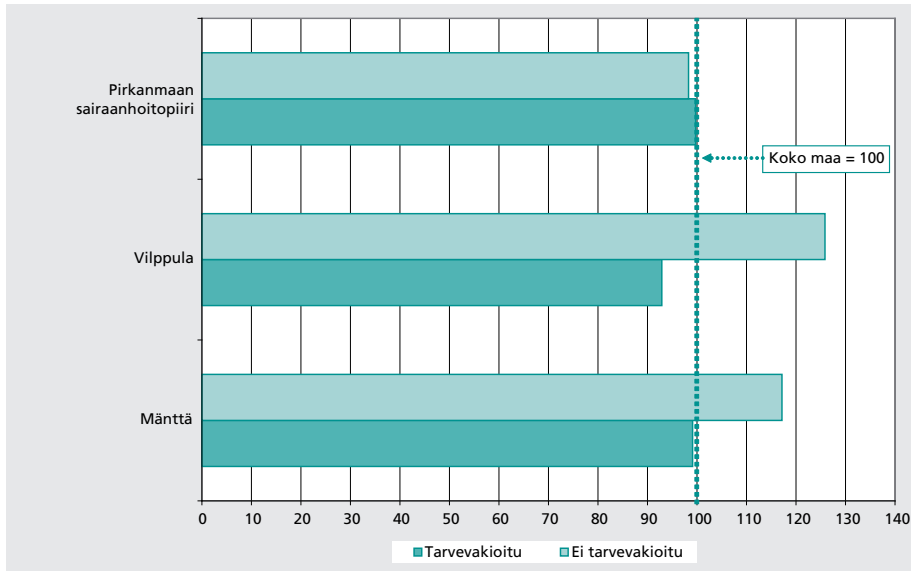


Kuvio 28. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, vanhustenhuollon sekä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlaskettua palvelujen suhteellista tarvetta kuvaavat tarvekertoimet Mäntässä, Vilppulassa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2005, koko maa = 1,00. (Lähde: Hujanen ym. 2007)

Vuonna 2005 perusterveydenhuollon palvelujen suhteellinen tarve (kuvio 28) oli Mäntässä 10 % ja Vilppulassa 30 % suurempi kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon suhteellinen palvelujen tarve oli molemmissa kunnissa noin neljänneksen suurempi kuin maassa keskimäärin. Vanhustenhuollon palvelujen suhteellinen tarve oli Mäntässä 21 % ja Vilppulassa 62 % suurempi kuin maassa keskimäärin. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen suhteellinen kokonaistarve oli Mäntässä noin viidenneksen ja Vilppulassa noin kolmanneksen maan keskitasoa suurempi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin väestön palvelujen suhteellinen tarve oli vuonna 2005 hyvin lähellä koko maan keskitasoa perusterveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa, mutta erikoissairaanhoidossa noin kolme prosenttia maan keskitasoa vähäisempi.

Kuviossa 29 tarkastellaan Mäntän ja Vilppulan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoja sekä tarvevakioituina (menot suhteessa asukasmäärään ja väestön palvelujen tarve) että ilman sitä (menot suhteessa asukasmäärään).

Väestörakenne, sairastavuus ja muista tekijöistä johtuva palvelujen tarve vaikuttavat enemmän Vilppulan kuin Mäntän terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoihin. Mäntässä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlasketut tarvevakioitiedut menot asukasta kohti olivat vuonna 2005 prosentin alle koko maan ja Pirkanmaan keskiarvon, mutta ilman tarvevakiointia 17 % yli maan keskiarvon. Vilppulassa vastaavat tarvevakioitiedut menot olivat vuonna 2005 seitsemän prosent-



Kuvio 29. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut ja ei tarvevakioidut menot asukasta kohti 2005, koko maa = 100 (Lähde: Hujanen ym. 2007)

tila alle koko maan ja Pirkanmaan keskiarvon, mutta ilman tarvevakiointia 26 % yli maan keskiarvon.

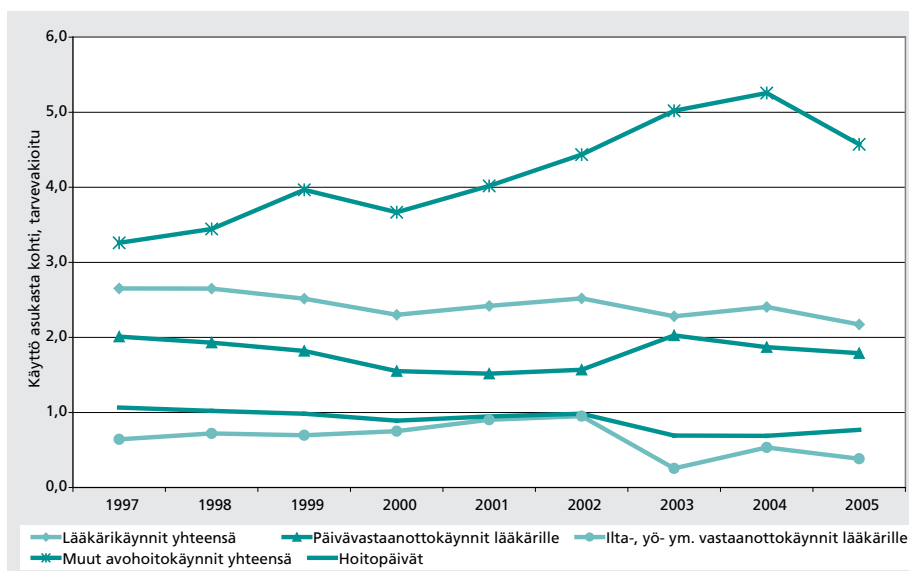
8.3 Palvelujen käyttö ja mitoitus

Mäntän ja Vilppulan väestö käytti ennen terveydenhuoltoalueen perustamista runsaasti terveydenhuollon palveluja verrattuna koko maan ja Pirkanmaan väestön palvelujen käyttöön. Yhtenä keskeisenä syynä tähän oli päivystyspalvelujen runsas käyttö (Pekurinen ym. 2000).

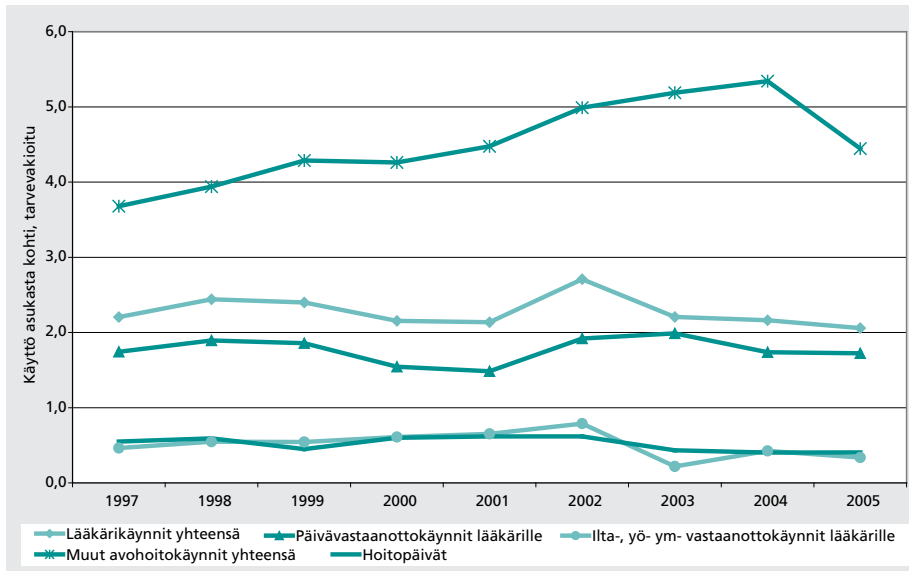
8.3.1 Palvelujen käyttö

Ajallisesti tarkasteltuna (kuvio 30) *mänttäläisten* käyntien määrä perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla ei ole kokonaisuudessaan olennaisesti muuttunut vuodesta 2002 terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen. Myös *vilppulalaisten* perusterveydenhuollon lääkärikäyntien määrä on pysytellyt terveydenhuoltoalueen perustamista seuranneina vuosina samalla tasolla kuin ennen sitä (kuvio 31). Perusterveydenhuollon lääkärikäyntien rakenteessa on sen sijaan tapahtunut molemmissa kunnissa hienoinen muutos: iltakäyntien määrä on vähentynyt ja päivä-

käyntien määrä on lisääntynyt jonkin verran terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen. Molempien kuntien asukkaiden käynnit muun henkilökunnan kuin lääkärin vastaanotolla ovat lisääntyneet selvästi. Näiden käyntien määrä alkoi kasvaa jo ennen terveydenhuoltoalueen perustamista. Muiden avohoitokäyntien määrä väheni merkittävästi vuonna 2005, mutta on mahdollista, että muutos kuvaa ennen kaikkea kirjaamiskäytäntöjen muutosta. Uuden tietojärjestelmän käyttöönoton myötä kirjaus- ja laskutusperusteisiin tuli joitakin tarkennuksia. Hoitopäivien määrä perusterveydenhuollossa on hieman laskenut sekä Mäntässä että Vilppulassa terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen.



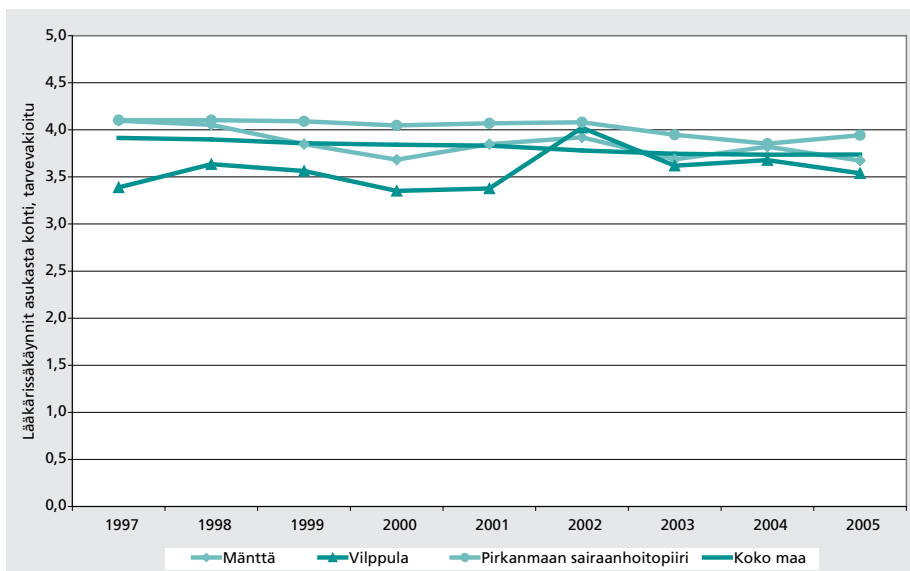
Kuvio 30. Mänttäläisten perusterveydenhuollon käyntien (pl. työterveyshuolto) ja hoitopäivien määrä asukasta kohti 1997–2005, tarvevakioidut luvut (Lähteet: käyttötiedot Stakes 2008, tarvekertoimet Hujanen ym. 2006, 2007)



Kuvio 31. Vilppulalaisten perusterveydenhuollon käyntien (pl. työterveyshuolto) ja hoitopäivien määrä asukasta kohti 1997–2005, tarvekioidut luvut (Lähteet: käyttötiedot Stakes 2008, tarvekertoimet Hujanen ym. 2006, 2007)

Mänttäläisten lääkäripalvelujen kokonaiskäytössä (pl. työterveyshuolto) ei ole tapahtunut olennaista muutosta vuosina 1997–2005 (kuviot 30). Lääkärikäyntien määrä on hieman laskenut samalla tavalla kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa. Kun vilppulalaisten lääkäripalvelujen käytön kokonaismäärä on samaan aikaan pysynyt jokseenkin ennallaan, on ero muihin vertailualueisiin vuosien kuluessa kaventunut.

Vuonna 2005 (taulukko 19 ja kuviot 32) sekä mänttäläisten että vilppulalaisten perusterveydenhuollon tarvekioitujen lääkärikäyntien määrä asukasta kohti ylitti koko maan keskiarvon mutta oli Pirkanmaan keskitasoa. Erikoissairaanhoidon avopalveluja ja yksityislääkärin palveluja mänttäläiset ja vilppulalaiset käyttävät saman verran asukasta kohti ja vähemmän kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa keskimäärin. Myös yksityislääkäripalvelujen käyttö on Mäntässä ja Vilppulassa selvästi vähäisempää kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tai koko maassa keskimäärin. Yksityisesti järjestetyn työterveyshuollon käynneistä ei ole saatavilla kuntakohtaista tilastotietoa, mutta Mäntän ja Vilppulan teollisuudesta johtuen suhteellisen suuren osan väestöstä tiedetään olevan niiden piirissä ja käyttävän niitä. Kokonaisuutena mänttäläiset ja vilppulalaiset käyttivät vuonna 2005 lääkäripalveluja väestön (pl. työterveyshuollon) tarpeet huomioon ottaen selvästi vähemmän kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä keskimäärin ja jonkin verran vähemmän kuin koko maassa keskimäärin.

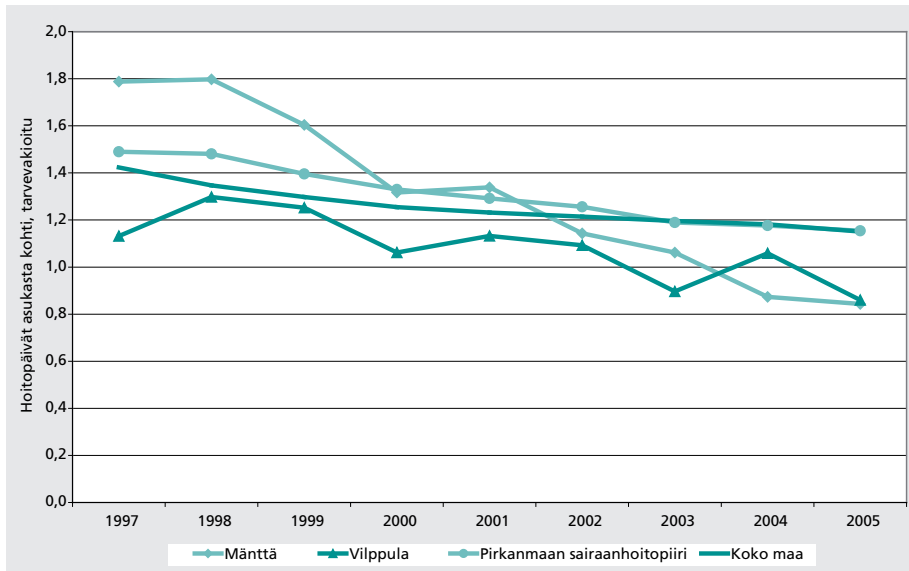


Kuvio 32. Mäntän, Vilppulan ja vertailualueiden lääkärikäyntien määrä (pl. työterveyshuolto) asukasta kohti vuosina 1997–2005, tarvevakioidut luvut (Lähteet: käyttötiedot Stakes 2008, tarvekertoimet Hujanen ym. 2006, 2007)

Taulukko 19. Mäntän, Vilppulan ja vertailualueiden lääkärikäynnit (pl. työterveyshuolto) asukasta kohti vuonna 2005, tarvevakioidut luvut. (Lähteet: käyttötiedot Stakes 2008, tarvekertoimet Hujanen ym. 2006, 2007)

TARVEVAKIOIDUT LÄÄKÄRIKÄYNNIT	Perusterveydenhuolto	Erikoissairaanhoito	Yksityinen sektori	YHTEENSÄ
Käynnit asukasta kohti				
Mänttä	2,2	1,0	0,5	3,7
Vilppula	2,1	1,0	0,5	3,5
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	2,1	1,1	0,8	3,9
KOKO MAA	1,8	1,3	0,7	3,7
Käynnit asukasta kohti, koko maa = 100				
Mänttä	122	79	73	98
Vilppula	116	76	74	95
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	119	83	115	105
KOKO MAA	100	100	100	100

Mänttäläisten ja vilppulalaisten erikoissairanhoidon vuodeosastohoidon käyttö tarvevakioituina hoitopäivinä mitattuna on vähentynyt vuosina 1997–2005 selvästi nopeammin kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa kes-



Kuvio 33. Mäntän, Vilppulan ja vertailualueiden erikoissairaanhoidon hoitopäivien määrä asukasta kohti vuosina 1997–2005, tarvevakioidut luvut (Lähteet: käyttötiedot Stakes 2008, tarvekertoimet Hujanen ym. 2006, 2007)

kimäärin (kuvio 33). Käytön väheneminen on ollut erityisen nopeaa Mäntässä. Vuonna 2005 Mäntän ja Vilppulan erikoissairaanhoidon hoitopäivämäärä asukasta kohti oli noin neljänneksen pienempi kuin vertailualueilla.

8.3.2 Palvelujen mitoitus

Terveydenhuoltoalueen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli, että toiminnot mitoitetaan kuntien väestöjen tarpeita ja sopimuskuntien tilauksia vastaavalle tasolle. Käytännössä tämä tarkoitti terveystakeskusten, aluesairaalan ja kuntien päällekkäisten toimintojen karsimista, palvelutarjonnan supistamista ja henkilöstön mitoittamista toiminnan edellyttämälle tasolle. (Tavoitteet 2–5, taulukko 7.)

Palvelutarjonnan supistaminen oli tärkeä kustannusten alentamisen keino, koska muun muassa selvitysvaiheen analyysit osoittivat alueella olevan päällekkäistä palvelujen tarjontaa erityisesti terveydenhuollossa ja tukipalveluissa. Terveydenhuollon toimintojen yhteensovittaminen ja työkäytäntöjen kehittäminen uudella tavalla palvelukokonaisuudeksi nähtiin myös keinoina kustannuskehityksen hallintaan.

Terveydenhuoltoalueella palvelujen uudelleen mitoitusta lähdettiin toteuttamaan kehittämällä toimintaa muun muassa työryhmissä ja luonnollista poistumaa

hyväksi käyttäen. Tukipalvelujen päällekkäisyydet poistettiin asteittain terveydenhuoltoalueen rakentamisprosessin kuluessa, suuri osa kolmannen toimeenpanovuoden 2004 aikana. Suurimmat perustoimintaan liittyvät rakennemuutokset tehtiin vuoden 2003 aikana.

Sairaansijojen ja hoitopaikkojen muutos

Mäntän seudun terveydenhuollon palvelurakenne on muuttunut merkittävästi, kun mittarina käytetään sairaansijojen ja hoitopaikkojen määrää eri palveluissa (taulukko 20). Muutosten kustannuksia alentava vaikutus kunnille jää kuitenkin avoimeksi, koska yhteenlaskettuna sairaansijojen ja vanhustenhuollon hoitopaikkojen määrä on vähentynyt vain yhdellä vuodesta 2001 vuoteen 2007.

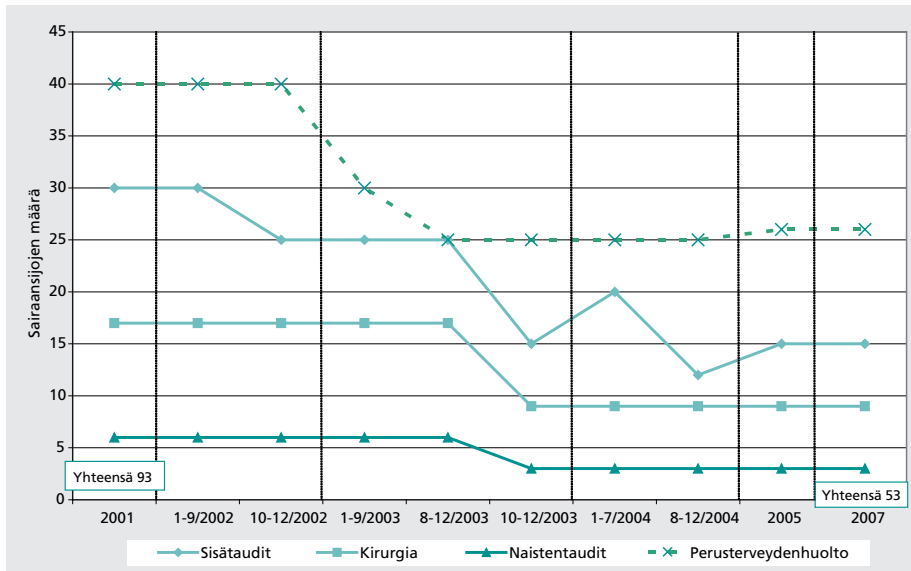
Kuvio 34 (s. 196) osoittaa, miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairaansijojen määrää on kehittynyt muutosprosessin aikana. Naistentautien ja kirurgian paikkamäärät ovat pudonneet hieman ja potilaita hoidetaan yhteisellä osastolla. Sisätautien sairaansijamäärä on vähennetty puoleen vuoden 2001 tasosta, ja välillä se on ollut tätäkin alhaisempi. Sisätaudit ja perusterveydenhuolto toimivat samalla osastolla. Perusterveydenhuollon sairaansijamäärä on pudotettu lähes puoleen vuoden 2001 tasosta siirtämällä terveyskeskuksen pitkäaikaishoito vanhustenhuoltoon. Perusterveydenhuolto vastaa näillä järjestelyillä ensisijaisesti akuutti- ja kuntoutuspotilaista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaansijamäärä on vähentynyt yhteensä 40:llä eli 43 %.

Taulukko 20. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairaansijojen sekä vanhustenhuollon hoitopaikkojen määrä 2001, 2005 ja 2007 (Lähde: Mäntän seudun terveydenhuoltoalue 2007, Alli Ruuhilehto 2007, Stakes 2008)

Sairaansijat ja hoitopaikat	2001	2005	2007
Erikoissairaanhoido			
– Mäntän sairaala	53	37	27
– Muu sairaala*	51	33	** 42
Perusterveydenhuolto	40	26	26
Mäntän vanhustenhuolto	66	90	98
Vilppulan vanhustenhuolto	103	116	110
YHTEENSÄ	313	302	303

* Laskennallinen sairaansijamäärä: hoitopäivät muualla kuin Mäntän sairaalassa/365

** Vuoden 2006 tieto



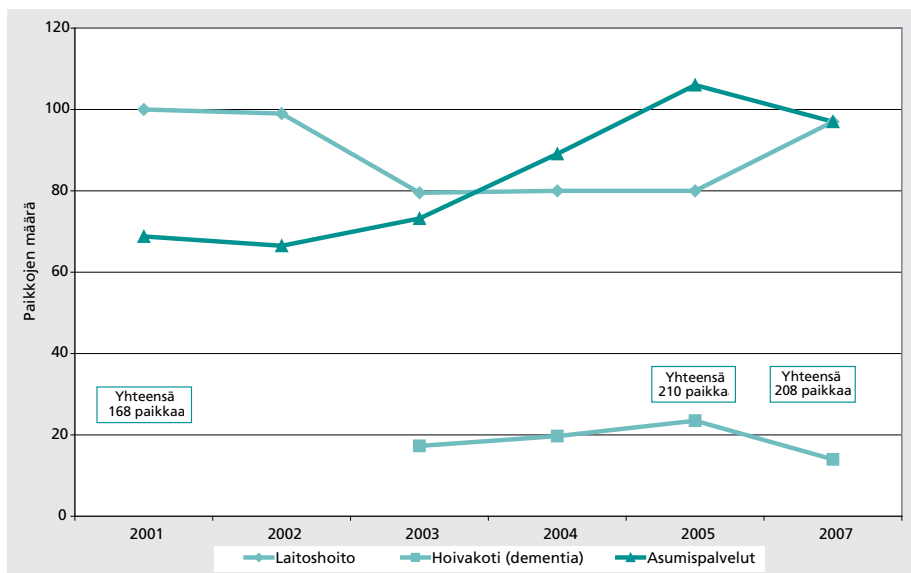
Kuvio 34. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairaansijamäärien muutokset terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana (Lähde: Mäntän seudun terveydenhuoltoalue 2007)

Kuvio 35 kertoo, miten vanhustenhuollon paikkamäärä on kehittynyt vuosina 2001–2007 Mäntässä ja Vilppulassa. Mäntässä laitoshoidon paikkojen lisäystarvetta yritettiin vähentää vuonna 2003 lisäämällä tehostettuja asumispalveluja ja tavallisia asumispalveluja. Hoivapalveluihin paikkoja saatiin muuttamalla entisiä terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon paikkoja dementiapotilaiden tehostetun asumispalvelun paikoiksi. Vanhustenhuollon palvelurakenne muuttui erityisesti vuoden 2003 aikana merkittävästi, mutta vuoteen 2007 mennessä laitospaikkojen määrä oli palannut takaisin vuoden 2001 tasolle. Mäntässä vanhustenhuollon paikkamäärä lisääntyi vuoden 2001 jälkeen 32:lla (48 %) vuoteen 2007 mennessä ja lisäys toteutettiin asumispalvelujen lisäämällä.

Vilppulassa laitoshoidon määrä on pysynyt entisellä tasolla vuoteen 2001 verrattuna, mutta asumispalvelujen määrää on lisätty, yhteensä paikkamäärä on lisääntynyt 7:llä (7 %).

Kunnilla on hyvin erilainen vanhustenhuollon palvelurakenne, vaikka kunnissa oli 75 vuotta täyttäneitä vuonna 2003 lukumääräisesti lähes yhtä paljon, Mäntässä 646 ja Vilppulassa 650. Mäntässä 75 vuotta täyttäneiden vanhusten määrä on kasvanut nopeasti, kolmessa vuodessa (2004–2006) yhteensä 86:lla, mutta samaan aikaan Vilppulassa vain 8:lla.

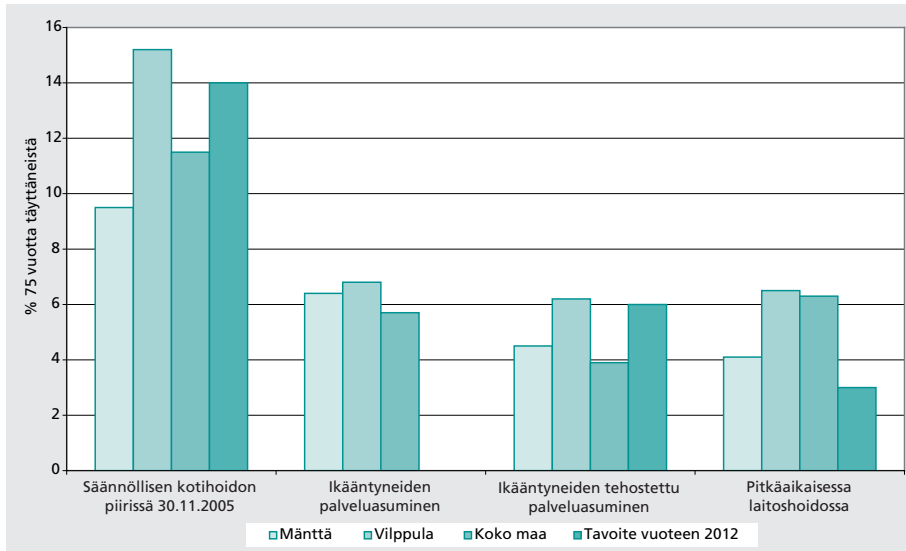
Käytössä ei ole tutkittua luotettavaa tapaa tai normia arvioida tarvittavien hoitopaikkojen määrää. Suuntaa antavia lukuja on jonkin verran. Niitä voi saada tilastoista, jolloin koko maan tietoja hyödynnetään keskiarvoina (esimerkiksi



Kuvio 35. Mäntän ja Vilppulan vanhustenhuollon hoitopaikkojen määrän kehitys 2001–2007 (Lähde: Alli Ruuhilehto 2007)

Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri, Stakes ja Kuntien toimintatilasto, Tilastokeskus). Yksittäisen palvelun mitoitus riippuu myös kunnan palvelurakenteesta kokonaisuutena. Esimerkiksi jos kunnalla on paljon tehostetun palveluasumisen paikkoja, niin se vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon paikkojen tarvetta. Myös toimivan perusterveydenhuollon akuuttihoito on todettu vähentävän laitoshoidon tarvetta. Käytännössä palvelujen ”oikea” mitoitus on sopimukseenvarainen asia, joka voi perustua myös paikalliseen tai valtakunnalliseen poliittiseen näkemykseen suositeltavasta mitoituksesta. Hiljattain esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt uudistetut suositukset vanhusten palvelujen mitoituksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Kuviossa 36 on Mäntän ja Vilppulan vanhustenhuollon palvelurakennetta verrattu koko maan tietoihin ja vanhustenhuollon laatusuosituksen indikaattoreihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Mäntän vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon ja tehostetun palveluasumisen palvelut yhteensä ovat lähellä suosituksen tavoitetta, mutta säännöllisen kotihoidon palvelut ovat niukat verrattuna koko maan vuoden 2005 tasoon ja valtakunnallisen laatusuosituksen tavoitteeseen. Vilppulassa pitkäaikaisen laitoshoidon määrä on kaksinkertainen suosituksen tavoitteeseen verrattuna ja tehostettu palveluasuminen vastaa tavoitetta. Säännöllisen kotihoidon piirissä Vilppulassa on selvästi enemmän asiakkaita kuin koko maassa ja noin prosenttiyksikön yli suosituksen asettaman tavoitteen. Ikääntyneiden palveluasumiselle ei laatusuosituksessa ole asetettu tavoitetasoa.



Kuvio 36. Mäntän ja Vilppulan sekä koko maan 75 vuotta täyttäneet vanhustenhuollon asiakkaat 2006, % vastaavanikäisistä ja valtakunnallisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteet (Lähde: Stakes 2008, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008)

8.4 Menot ja niiden kehitys

8.4.1 Menotasolle asetetut tavoitteet

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamispäätöksen yhteydessä muutokselle asetettiin kuusi tavoitetta ja periaatetta, joista keskeisimpänä voidaan pitää menotasolle alun perin asetettua tavoitetta (HALL 23.1.2001 § 4):

”Kuntien tarvekioiduille terveysmenoille (markkaa/asukas) asetetaan tavoitetaso (Pirkanmaan, koko maan, tai muu taso), joka pyritään saavuttamaan yksikön toimenpitein sovitun ajan kuluessa.”

Arvioinnissa on noussut monella tavalla esille, että kuntien ja sairaanhoitopiirin eri sanoin muotoilemat menotavoitteet ovat synnyttäneet ristiriitaisia odotuksia ja vaatimuksia terveydenhuoltoalueen toiminnalle. Kuntien nopeasti heikentynyt rahoitus tilanne on myös lisännyt tätä ristiriitaa, kun kunnat ovat toimeenpanovaiheen aikana asettaneet myös omia rahoitus tilanteestaan johtuvia tavoitteita.

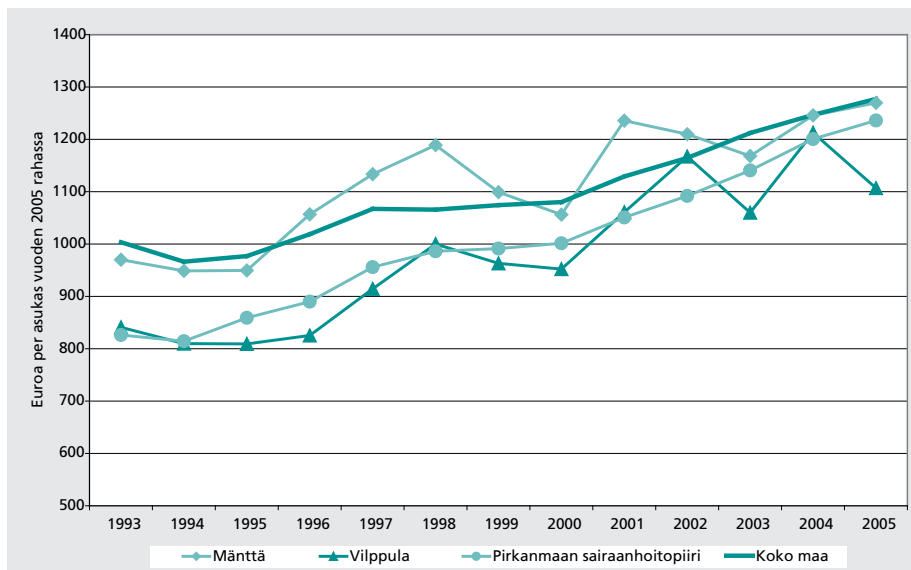
Tässä tutkimuksessa arvioin kuntien terveydenhuollon menotasoa perustamispäätöksen yhteydessä asetettuja tavoitteita vasten täsmennettynä:

- Arvioinnissa ja vertailussa huomioidaan väestön suhteellinen palvelujen tarve (tarvevakioidut menot)
- Tavoitetaso on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntien keskimääräinen tarvevakioitu menotaso asukasta kohti
- ”Sovittu aika” on valtuustokauden loppuun mennessä, eli toimintaa arvioidaan kolmen ensimmäisen toimintavuoden 2002–2004 jälkeen. Analyysit kattavat kuitenkin tiedot vuoteen 2005.

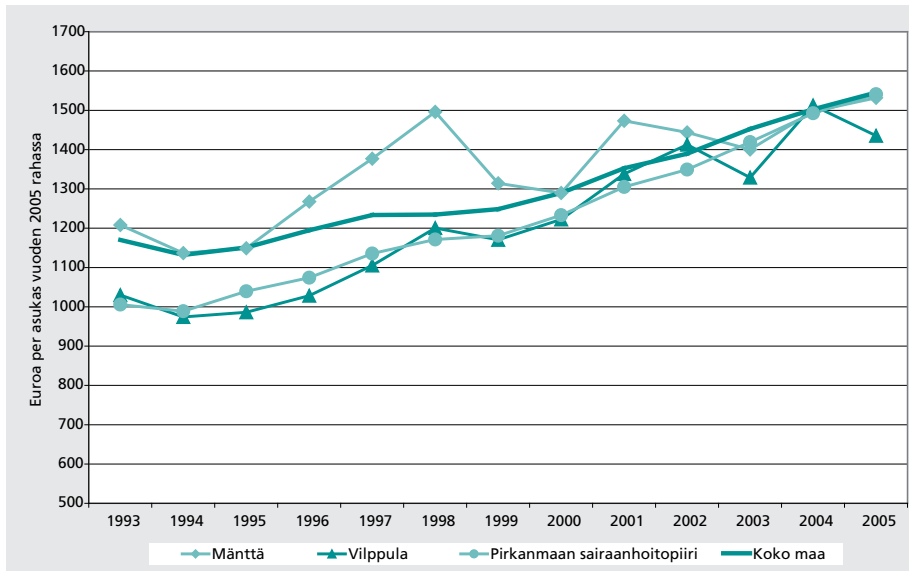
Näin määriteltyjä tavoitteita myös useimmat haastateltavat (2001 ja 2005) ovat pitäneet niinä ”oikeina”, vaikkei niistä yhteistä virallista päätöstä ole tehtykään.

8.4.2 Menokehitys 1993–2005

Terveydenhuollon (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito) tarvevakioidut menot asukasta kohti olivat nousseet tarkasteluvuosien 1993–2005 aikana kaikilla vertailualueilla (kuvio 37). Mäntän ja Vilppulan terveydenhuollon menojen vuosivaihtelu on ollut melko suurta, mikä ei ole poikkeuksellista tämänkokoisille kunnille (vrt. Hujanen ym. 2006), mutta menojen kehitystrendi on ollut kasvava. Vilppulan menot ovat pysytelleet useimpina vuosina alle Pirkanmaan keskitason ja yhtä vuotta lukuun ottamatta myös alle koko maan keskitason. Mäntän terveydenhuollon menot ovat olleet joka vuosi Pirkanmaan keskitason yläpuolella, mutta



Kuvio 37. Terveydenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti 1993–2005 vuoden 2005 rahassa (Lähde: Hujanen ym. 2006, 2007)

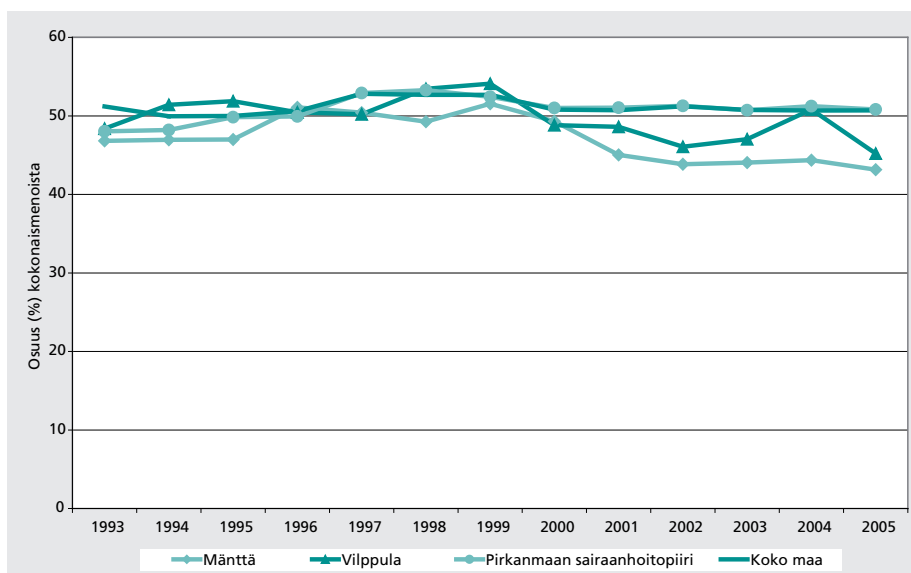


Kuvio 38. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti 1993–2005 vuoden 2005 rahassa (Lähde: Hujanen ym. 2006, 2007)

jokseenkin yhtä monena vuonna koko maan keskitason alapuolella ja yläpuolella. Mänttä on vuonna 2005 lähes saavuttanut ja Vilppula on selvästi alittanut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon menotason. Trendeissä ei näy merkittävää käännettä terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen.

Kehitys on hyvin samannäköinen, kun terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoja tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena (kuviot 38). Neljän vuoden seuranta-ajan lyhydestä johtuen terveydenhuoltoalueen vaikutuksista kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menokehitykseen ei kuitenkaan voi tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Vuonna 2005 kummankin kunnan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti olivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja koko maan keskitason alapuolella.

Erikoissairaanhoidon menokehitys on Vilppulassa noudattanut yleispiirteisään koko Pirkanmaan kehitystä, mutta on alittanut vuodesta 2002 alkaen, pois lukien 2004, selvästi Pirkanmaan keskitason. Mäntän erikoissairaanhoidon menot ovat olleet erityisesti 1990-loppupuolella hyvin korkeat, mutta kääntyivät laskuun ennen terveydenhuoltoalueen perustamista 1999 ja ovat olleet Pirkanmaan keskitasoa alhaisemmat vuodesta 2002 alkaen. Erikoissairaanhoidon osuus terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenoista on molemmissa kunnissa ollut vuodesta 2001 alkaen alhaisempi kuin Pirkanmaalla tai koko maassa keskimäärin (pois lukien 2004 Vilppulassa) (kuviot 39).



Kuvio 39. Erikoissairaanhoidon osuus (%) terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioiduista kokonaismenoista 1993–2005 (Lähde: Hujanen ym. 2006, 2007)

Perusterveydenhuollon tarvekioidut reaalimenot asukasta kohti pysyivät vuodesta 1993 vuoteen 2000 asti suurin piirtein samalla tasolla sekä Mäntässä että Vilppulassa. Kansanterveystyön kuntayhtymän purkautumisesta aiheutui molemmille kunnille merkittäviä, osin ennakoimattomia, lisämenoja vuosina 2001–2002.

Kuntayhtymän purkautumisesta aiheutuneet lunastuskorvaukset nostivat Mäntän perusterveydenhuollon menoja asukasta kohti 4 % vuonna 2001 ja 2,2 % vuonna 2002 ja Vilppulan menoja 2,4 % ja 10,3 %. Mäntän perusterveydenhuollon menot pysyivät korkealla myös vuonna 2003. Tämä johtuu osin ko. vuodelle maksettavaksi koituneista puretun kuntayhtymän eläkeperusteisista maksuista (5 %:n menovaikutus) ja osin vanhustenhuollon järjestelyistä. Mäntän vanhustenhuollon tarvekioidut menot ovat samana aikana pysyneet reaalisesti jokseenkin ennallaan, vaikka yli 75-vuotiaiden määrä on kasvanut runsaasti.

Terveydenhuoltoalueen perustamisen vaikutusten arvioinnin kannalta on tärkeää huomata, että molempien kuntien perusterveydenhuollon menojen nousu 2001–2003 ei pääosin johtunut terveydenhuoltoalueen toiminnasta vaan kansanterveystyön kuntayhtymältä kunnille siirtyneistä taloudellisista rasitteista. Toisaalta luvut myös osoittavat, että Kuoreveden irtautumisesta johtuvaan terveyskeskuksen palvelujen käytön vähenemiseen ei heti kyetty reagoimaan sopeuttamalla perusterveydenhuollon toimintaa vähentynyttä kysyntää vastaavaksi.

8.4.3 Menokehitys 2001–2005

Vuonna 2001 tehdyn terveydenhuoltoalueen perustamispäätöksen jälkeen Mäntän ja Vilppulan terveydenhuollon tarvevakioidut reaalimenot asukasta kohti ovat kasvaneet vuoteen 2005 mennessä 3 % ja 4 %, samanaikaisesti vanhustenhuollon menot ovat nousseet 10 % ja 18 % (taulukko 21). Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlasketut tarvevakioidut reaalimenot asukasta kohti ovat vuoden 2001 jälkeen kasvaneet vuoteen 2005 mennessä Mäntässä 4 % ja Vilppulassa 7 %. Vastaavien menojen kasvuvauhti vuodesta 2001 vuoteen 2005 on ollut Pirkanmaalla ja koko maassa Mänttään verrattuna noin nelinkertainen ja Vilppulaan verrattuna noin kaksinkertainen. Vertailun vuoksi voidaan mainita, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin muiden aluesairaalapaikkakuntien, Valkeakosken ja Vammalan, menokehitys on ollut pääpiirteissään samansuuntainen kuin sairaanhoitopiirissä keskimäärin. Valkeakoskella tarvevakioidut terveydenhuollon reaalimenot asukasta kohti kasvoivat vuosina 2001–2005 runsaat 17 % ja Vammalassa 19 % eli monin verroin nopeammin kuin Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen kunnissa.

Kun Vilppulan terveydenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti olivat ennen terveydenhuoltoalueen perustamista vuonna 2001 noin prosentin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskitasoa korkeammat, olivat ne vuonna 2005 noin 10 % alle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskiarvon (taulukko 21). Vaikka Mäntän terveydenhuollon menojen ero suhteessa Pirkanmaan keskitasoon laski vuosina 2001–2005 noin 15 prosenttiyksikköä, olivat menot vuonna 2005 edelleen noin kolme prosenttia Pirkanmaan keskitasoa korkeammat. Molempien kuntien terveydenhuollon tarvevakioidut menot asukasta kohti alittivat vuonna 2005 koko maan keskitason.

Vilppulan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlasketut tarvevakioidut menot asukasta kohti olivat ennen terveydenhuoltoalueen perustamista vuonna 2001 kolme prosenttia Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskitasoa korkeammat, mutta ne olivat vuoteen 2005 mennessä laskeneet noin 7 % alle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskiarvon (taulukko 22). Kun vastaavat menot Mäntässä ylittivät terveydenhuoltoalueen perustamista edeltävänä vuonna 2001 Pirkanmaan keskitason noin 13 %, olivat ne vuonna 2005 noin prosentin alle sairaanhoitopiirin keskitason. Molempien kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlasketut tarvevakioidut menot asukasta kohti alittivat vuonna 2005 koko maan keskitason.

Taulukko 21. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvevakioitujen reaalimenojen muutos (%) asukasta kohti vuosina 2001–2005 (Lähde: Hujanen ym. 2006, 2007)

	Terveydenhuolto	Vanhustenhuolto	YHTEENSÄ
Mänttä	2,7	10,2	3,9
Vilppula	4,4	18,4	7,3
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	17,7	19,8	18,1
KOKO MAA	13,1	19,8	14,2

Taulukko 22. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioidut menot asukasta kohti vuosina 2001 ja 2005, indeksinä. (Lähde: Hujanen ym. 2006, 2007)

	Terveydenhuolto		Vanhustenhuolto		YHTEENSÄ	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005
KOKO MAA = 100						
Mänttä	109	99	106	98	109	99
Vilppula	94	87	124	123	99	93
Pirkanmaan shp	93	97	114	114	96	100
PIRKANMAAN SHP = 100						
Mänttä	118	103	93	86	113	99
Vilppula	101	90	109	108	103	93
Koko maa	107	103	88	88	104	100

8.5 Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon talousarvioiden toteutuminen

Kunnat toimivat käytettävissä olevien tulojensa puitteissa ja pyrkivät hillitsemään menojen kasvua muun muassa budjettiohjauksella ja esimerkiksi laatimalla palvelujen toteutuneita menoja pienempiä talousarvioita. Ajatus on, että palvelujen tuottajat sopeuttavat toimintansa käytettävissä oleviin kunnan osoittamiin määrärahoihin. Tämä onnistuu palveluissa, joissa käytön määrä ja siten menot ovat helposti ennakoitavissa. Terveyspalvelujen käytön määrää ja siitä kunnalle aiheutuvia menoja on yksittäisen keskisuuren kunnan kuten Mäntän ja Vilppulan kohdalla usein vaikea ennakoida, koska väestön sairastavuuden ja siitä johtuvan palvelujen käytön tarpeen vaihtelua on pienissä väestöpohjissa vaikea ennustaa (Häkkinen ym. 2000, Mikkola 2002, Sintonen ja Pekurinen 2006).

Analysin Mäntän ja Vilppulan kuntien terveydenhuollon sekä terveydenhuollon ja vanhustenhuollon talousarvioiden toteutumista vuosina 1990–2006 kuntien taloustoimistoista saamani talousarvio- ja tilinpäätöstietojen perusteella.

Talousarvioiden toteutumisen tarkastelun perusteella voidaan todeta, että terveydenhuollon toteutuneet menot ovat ylittäneet talousarviossa budjetoidut menot Mäntässä joka vuosi vuodesta 1995 alkaen (pois lukien vuodet 2000 ja 2006) ja Vilppulassa joka vuosi vuodesta 1997 alkaen (kuvio 40). Sama koskee pääpiirteisään myös terveydenhuollon ja vanhustenhuollon yhteenlaskettuja menoja.

Perusterveydenhuollon menojen ennakointi on ollut ongelmallista Mäntässä vuosina 2001–2005, jolloin toiminnon budjetit ovat ylittyneet 16–32 %, ja Vilppulassa vuosina 2001–2003, jolloin talousarvion ylitykset ovat olleet 10–42 %. Talousarvion ylitykset johtunevat Mäntässä vuosina 2001 ja 2002 sekä Vilppulassa vuonna 2002 pääosin kansanterveystyön kuntayhtymä purkautumisesta aiheutuneista,

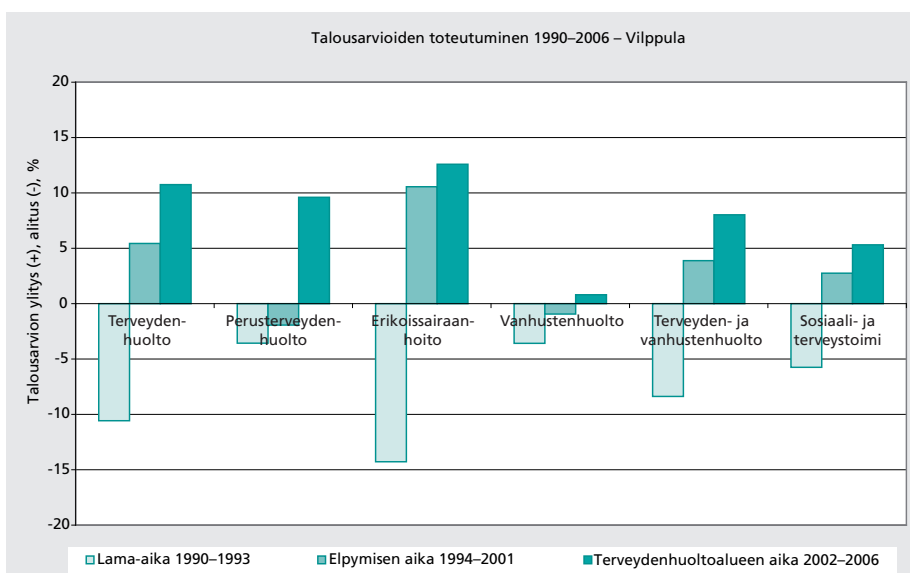
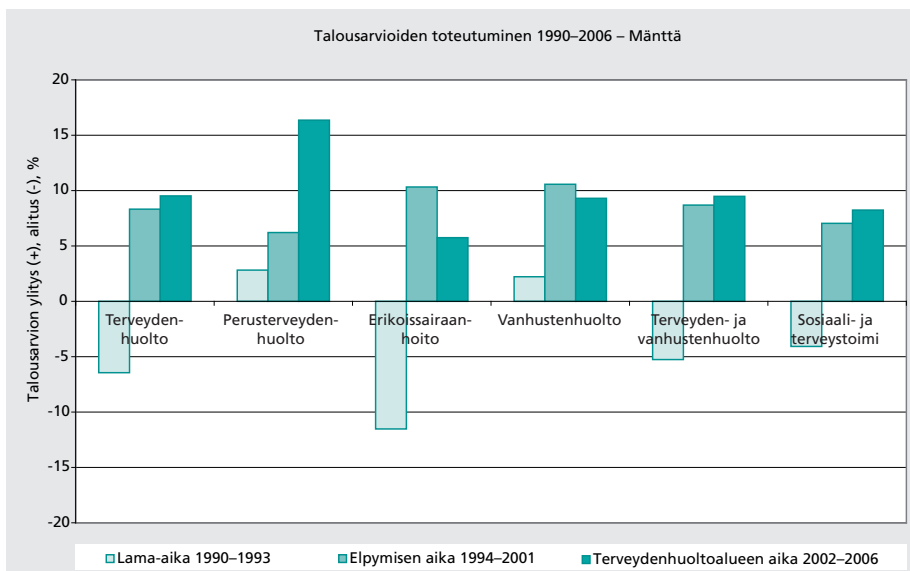
osin ennakoimattomista, lunastuskorvauksista ja eläkevastuista mutta myös kuntien halusta supistaa perusterveydenhuollon kustannuksia varaamalla budjettiin seuraavaksi vuodeksi edellistä vuotta vähemmän rahaa.

Erikoissairaanhoidon menot toteutuivat melko hyvin ennakoidusti Mäntässä vuosina 1999–2003, mutta ylittivät budjetoidut menot lähes viidenneksellä vuonna 2004. Vilppulassa erikoissairaanhoidon toteutuneet menot ovat viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana poikenneet budjetoiduista alle 10 % vain vuosina 2002–2003 ja vuonna 2006. Vuonna 2004 Vilppulan budjetoimat erikoissairaanhoidon menot ylittyivät noin kolmanneksella. Vuoden 2004 merkittävät budjettien ylitykset Mäntässä ja Vilppulassa johtuivat siitä, että kunnat tilasivat erikoissairaanhoidoa alun perin huomattavasti vähemmän kuin edellisinä vuosina. Kunnilla ei ole käytössään keinoja, joilla ne olisivat pystyneet vähentämään hoitoon haakeutumista tai ohjautumista merkittävästi yhden vuoden aikana. Vilppulassa tämä johtui myös ko. vuodelle sattuneista erittäin kalliista hoitajaksoista ja lisääntyneistä psykiatrian läheteistä sekä hoitotakuuseen valmistautumisesta (kaihi- ja tekoniivelleikkaukset).

Vanhustenhuollon toteutuneet menot ovat ylittäneet talousarviomenot keskimäärin noin 10 % Mäntässä vuosina 1993–2005. Vuonna 2004 Mäntän vanhustenhuollon menot olivat noin 16 % budjetoituja menoja korkeammat. Vilppulassa vanhustenhuollon menot ovat toteutuneet pääpiirteissään budjetoidusti vuosina 2000–2005.

Talousarvioiden toteutumista voidaan tarkastella myös ryhmittelemällä tarkastelujakso lamavuosiin 1990–1993, elpymisen aikaan 1994–2001 ja terveydenhuoltoalueen aikaan 2002–2006 (kuviot 40). Lamavuosina talousarviot alittuivat molemmissa kunnissa lukuun ottamatta Mäntän perusterveydenhuoltoa ja vanhustenhuoltoa. Elpymisen ja terveydenhuoltoalueen aikana talousarviot ovat toteutuneet Mäntässä jokseenkin yhtä huonosti ja vain erikoissairaanhoidon talousarvioiden toteutuma on jonkin verran parantunut terveydenhuoltoalueen aikana, talousarvio on siis ylittynyt aikaisempia vuosia vähemmän. Vilppulassa talousarviot ovat toteutuneet selvästi heikommin terveydenhuoltoalueen aikana kuin elpymisen vuosina.

Yhteenvetona talousarvioita ja tilinpäätöksiä koskevasta tarkastelusta voidaan todeta, että kuntien budjetoimat menot ovat useimmiten ylittyneet tässä tarkastelluissa kunnallisissa terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluissa vuosina 1993–2005. Systemaattiset budjettiylitykset voivat periaatteessa johtua kahdesta pääsyyistä: joko terveydenhuollon taloutta on vaikea ennakoida etukäteen tai toimialan menot on johdonmukaisesti budjetoitu todellisiin tarpeisiin nähden liian pieniksi. Olipa syy kumpi tahansa, systemaattiset budjettiylitykset ovat terveydenhuollon talouden ja toiminnan järjestämisen kannalta ongelmallisia.



Kuvio 40. Talousarvioiden toteutuminen Mäntän ja Vilppulan sosiaali- ja terveystoimissa toiminnoittain lamavuosina 1990–1993, elpymisen aikana 1994–2001 ja terveydenhuoltoalueen aikana 2002–2006 (Lähde: Mäntän kaupunki 2007, Vilppulan kunta 2007)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveystalouden ja terveystalouden saatavuuteen?

Terveydenhuollon saatiin Pirkanmaan keskitasolle

Mänttä on vuonna 2005 lähes saavuttanut ja Vilppula on selvästi alittanut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon tarpeisiin suhteutetun menotason. Trendeissä ei näy merkittävää käännettä terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen. Kehitys on hyvin samannäköinen, kun terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoja tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena. Tällöin kuitenkin molempien kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon yhteenlasketut tarvevakioidut menot asukasta kohti ovat olleet kolmena viimeisenä tarkasteluvuotena 2003–2005 Pirkanmaan ja myös koko maan keskitasoa tai niiden alle.

Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut reaaliset kokonaismenot asukasta kohti ovat kasvaneet terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen Mäntässä ja Vilppulassa olennaisesti hitaammin kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tai koko maassa. Menojen kasvuvauhti 2001–2005 on ollut Pirkanmaalla ja koko maassa Mänttään verrattuna noin nelinkertainen ja Vilppulaan verrattuna noin kaksinkertainen.

On kuitenkin tärkeää muistaa, ettei terveydenhuoltoalue organisatorisena muutoksena selitä kaikkia Mäntän ja Vilppulan ja vertailukuntien menokehityksen eroja. Se, että kunnat joutuivat talouskriisinsä syvetessä asettamaan tiukkoja kattoja menokehitykselle, olisi todennäköisesti myös ilman organisatorisia muutoksia voinut aikaansaada vertailualueista poikkeavan kehityksen. Terveydenhuoltoalueen muutos on kuitenkin saattanut mahdollistaa sen, että tiukat menoraamit eivät ole johtaneet sellaisiin palvelujen laadun tai saatavuuden heikennyksiin, joihin ne mahdollisesti olisivat johtaneet ilman organisatorisia muutoksia.

Terveydenhuoltoalue vaikutti kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menokehitykseen monilla tavoilla, joiden erillisvaikutusta ei voida osoittaa

Neljän vuoden seuranta-ajan (2001–2005) lyhydestä johtuen terveydenhuoltoalueen vaikutuksista kuntien terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menokehitykseen ei voi vielä tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Kuten aiemmin

jo totesin, tässä tutkimuksessa ei myöskään ole selvitetty, miten tehdyt yksittäiset muutokset vaikuttivat kustannuksiin.

Terveydenhuoltoalueella toteutettiin useita toimintaa rationalisoivia ja päällekkäisyyksiä poistavia muutoksia, joilla voidaan olettaa olevan terveystalouden kasvua hillitseviä vaikutuksia. Menojen kasvun hidastuminen on monen samaan aikaan vaikuttaneen tekijän yhteisvaikutuksen tulos niin, että mitään niistä ei erikseen voi nimetä tärkeimmäksi kehitykseen vaikuttaneeksi tekijäksi.

Keskeisimmät muutokset, joilla toimintaa rationalisoitiin ja joiden voi olettaa myös vaikuttaneen terveydenhuoltoalueen menokehitykseen alentavasti, voidaan ryhmitellä kolmeen ryhmään: Ensinnäkin sisäistä toimintaa rationalisoitiin muun muassa yhdistämällä vastaanottopalvelut, vuodeosastotoiminnan uudelleen järjestelyillä, yhdistämällä kuntoutustoiminta, toteuttamalla yhteispäivystys, siirtämällä pitkäaikaishoito kuntien tehtäväksi sekä keskittämällä tilojen käyttöä ja mitoittamalla henkilöstö toimintaa vastaavalle tasolle. Toiseksi palveluja keskitettiin sairaanhoitopiiriin sisällä terveydenhuoltoalueen ulkopuolelle muun muassa siirtämällä laboratorio-, apteekki- ja kuvantamispalvelut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin liikelaitoksille sekä siirtämällä lukuisat tukipalvelut yliopistosairaalan vastuulle. Lisäksi palveluja yksityistettiin ulkoistamalla ravintopalvelut.

Muutosten seurauksena henkilökuntamäärä väheni vuoden 2007 alkuun mennessä noin neljänneksellä, mikä vastaa melko hyvin väestöpohjan vähenemistä (Kuoreveden irtaantuminen ja Mäntän ja Vilppulan väestön väheneminen). Henkilöstömäärän vähenemisen vaikutusta kustannuksiin ei tässä tutkimuksessa voi arvioida muun muassa siksi, että osa henkilöstöstä vähentävistä muutoksista merkitsi toimintojen siirtämistä ostopalveluiksi sairaanhoitopiiriin keskitetyimmistä yksiköistä tai yksityisiltä tuottajilta.

Suuri osa rationalisointitoimenpiteistä, joiden oletetaan vaikuttaneen menokehitykseen alentavasti, olisi ollut mahdollista toteuttaa myös ilman terveydenhuoltoaluetta. Yhdistetty organisaatio yhdessä talouspaineiden kanssa loi sille kuitenkin aiempaa huomattavasti paremmat edellytykset.

Kunnat pyrkivät vaikuttamaan menokehitykseen budjetointikäytännöillä

Terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana (2002–2006) perusterveydenhuollon budjettien ylitykset Mäntässä ja Vilppulassa johtunevat pääosin kansanterveys-työn kuntayhtymän purun aiheuttamista kustannuksista ja kuntien halusta supistaa kustannuksia varaamalla aina edellisvuotta vähemmän rahaa perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidon menot toteutuivat melko hyvin ennakkoidusti, kunnes vuonna 2004 menot ylittyivät Mäntässä lähes viidenneksellä ja Vilppulassa noin kolmanneksella. Suuret ylitykset johtuivat siitä, että kunnat yrittivät rahoitusvaikeuksissaan vähentää erikoissairaanhoidon menoja tilaamalla palveluja epärealistisen vähän.

Kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon talousarvioiden ylittyminen näyttää olevan tarkasteltujen kuntien krooninen ongelma. Kuntien pyrkimys hallita menokehitystä asettamalla tiukat raamit menoille ei näytä tilastojen valossa toimivalta ja tehokkaalta menettelyltä. Tulokset korostavat tarvetta suunnitella ja mitoittaa palvelut väestön tarpeiden ja taloudellisten mahdollisuuksien näkökulmasta realistisesti. Ne myös kertovat, että epärealistisesti asetettuja menojen alentamisvaatimuksia ei ole mahdollista toteuttaa. Tiukka raamibudjetointi siis toimii vain, jos se on realistista.

Lähipalveluilla on monenlaisia tulkintoja

Selvitysvaiheessa asetettiin tavoitteeksi, että palvelut saadaan läheltä ja joustavasti. Toimeenpanovaiheen aikana tämä tavoite nousi alueella julkiseen keskusteluun Vilppulan lääkärin vastaanottopalvelujen lopettamisen yhteydessä. Keskustelusta ilmeni, että palvelujen saamisella läheltä ja joustavasti tarkoitetaan näkökulmasta ja tarkoitusteristä riippuen erilaisia asioita. Tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että ylipäätään organisaatioiden yhdistämiseen ja menojen kasvun leikkaamiseen tähtäävät muutokset palvelujen järjestämisessä synnyttävät väestössä epäilyä, että lähipalvelut viedään pois, eli päällimmäisenä on kokemus siitä, että palveluja joutuu hakemaan eri paikasta kuin aiemmin. Tutkimus nostaa myös esille todellisenä ongelmana liikkumisen hankaluuden harvaan asutulla maaseudulla.

Lääkärtilanne saatiin suhteellisen vakaalle pohjalle terveydenhuoltoalueen toimin

Keskeisenä Mäntän sairaalan ongelmana oli ennen terveydenhuoltoalueen perustamista saada osaavia erikoislääkäreitä, jotka olisivat halukkaita myös jäämään paikkakunnalle. Lääkärtilanne saatiin prosessin aikana suhteellisen vakaalle pohjalle sairaanhoitopiirin ja eri tulosalueiden yhteisin järjestelyin, joista tärkeimmät olivat yhteisvirkojen perustaminen yliopistosairaalan eri klinikoiden kanssa ja päivytyksen järjestäminen yksityisen palveluntuottajan kanssa. Näillä toimilla lienee ollut vaikutusta myös siihen, että perusterveydenhuollon lääkäritilanne saatiin paraneamaan.

Väestön mielestä jatkohoitoon pääsy vaikeutui terveydenhuoltoalueella

Väestökyselystä ilmenee, että jatkohoitoon ja jatkotutkimuksiin pääsy on heikentynyt vastaajien mielestä olennaisesti terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että näin todella tapahtui. Perusterveydenhuollon palvelujen taso ei ole olennaisesti muuttunut terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana.

Erikoissairaanhoidon osuus terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kustannuksista on molemmissa kunnissa vuodesta 2001 alkaen ollut Pirkanmaan ja koko maan keskitason alapuolella. Erikoissairaanhoidon kustannusten suhteellisen osuuden pieneneminen saattaa merkitä myös käytön vähenemistä.

9.2 Miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano on toteutunut?

Epäluottamusta aiheutui, kun eri osapuolet ymmärsivät kustannusten tavoitetason omista lähtökohdistaan eri lailla

Vuoden 2000 selvitys (Pekurinen ym. 2000) toteutettiin alueen kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyönä. Lähtökohdista olivat kuntien korkeat terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kustannukset, kuntien rahoitustilanteen heikkeneminen 1990-luvun loppupuolella ja väestön palvelujen turvaaminen. Selvitys paikansi palvelujen tuottamisen ongelmia ja ennakoivat väestön tulevaisuuden palvelutarpeita. Kuntien tahtotilalla ongelmien ratkaisemiseksi konkretisoitui selvityksessä. Uuden toimintamallin tavoitteet asetettiin selvityksen esihin nostamien ongelmien ratkaisemiseksi. Tavoitteiden poliittinen hyväksyminen osoitettiin kuntien ja sairaanhoitopiirin yksimielisillä päätöksillä.

Toimeenpanolle asetettiin terveydenhuoltoalueen perustamispäätöksessä sekä terveystoimien tavoitetasoon että toimeenpanon toteuttamiseen liittyviä tavoitteita (taulukko 6, sarake 2). Pällekkäisyyksien poistamiseen liittyviä tavoitteita voidaan pitää arvioinnin kannalta selkeinä siltä osin kuin ne oli esitetty vuonna 2000 toteutetun selvityksen yksityiskohtaisissa kehittämissuosituksissa. Tavoitteet toiminnan ja henkilöstön mitoittamiseksi tarpeen mukaiselle tasolle koettiin selkeiksi, mutta arvioinnin kannalta ne ovat haasteellisia, koska tarpeen mukaisen tason määräävää mittaria tai normia ei kansallisesti ole saatavilla.

Terveydenhuollon tavoitetasoa ei toimeenpanovaiheessa yksilöity tarkasti. Ohjausryhmässä tavoitetasoa käsiteltiin useaan otteeseen erilaisten selvitysten ja laskelmien pohjalta. Kuntien taholta päätöksen tekoa näytti vaikeuttavan väestön palvelujen tarpeen ottaminen ikä- ja tarvevakioinnin kautta huomioon kustannusvertailussa, koska se nostaa vanhusvoittoisissa kunnissa ”hyväksyttävänä pidettyä” menotaso. Toisaalta ei oltu kovin halukkaita tekemään päätöstä menotavoitteesta, jossa väestön palvelujen tarve olisi sivuutettu. Vuoden 2004 sopimusneuvotteluihin valmistautuessaan kunnat päättivät, että kustannusten tavoitetaso on se taso, jonka kunnat ilmoittavat niillä olevan käytettävissään rahaa terveydenhuoltoon vuonna 2004. Sairaanhoitopiirin johdon näkökulmasta tämä taso oli epärealistinen ja siksi erimielisyys tavoitteesta kärjistyi. Kunnilla ja sairaanhoitopiirillä oli erillinen, omista lähtökohdista tehty tulkinta terveystoimien tavoitetasosta.

Myös kuntien sisällä oli erilaisia näkemyksiä terveydenhuollon menojen tavoitetasosta. Yhtäältä kuntien poliitikkojen ja virkamiesten keskuudessa esiintyi tulkintaa, jonka mukaan tavoitteena olisi kunnan terveystenonjen alentaminen eumääräisesti alemmalle tasolle. Toisaalta esiintyi tulkintaa, jonka mukaan vain terveystenonjen kasvun hillintä on mahdollista, ja ensivaiheen investointien vuoksi kustannukset saattaisivat jopa kasvaa alkuvuosina. Samakin henkilö saattoi eri tilanteissa edustaa erilaista tulkintaa.

Muutoksen aikataulu määriteltiin terveydenhuoltoalueen johtajan rekrytoinnin yhteydessä valtuustokauden mittaiseksi. Reunaehdoiksi muutosjohtajalle asetettiin erikoissairaanhoidon säilyminen alueella sekä pidättäytyminen irtisanomisista ja lomautuksista, samalla kun kustannusten odotettiin alenevan merkittävästi.

Tavoite saada terveystenot Pirkanmaan keskitalolle oli epätarkka tavoite myös siksi, että se merkitsi ”liikkuvaa maalia”: Pirkanmaan kustannustason muuttuminen tarkoittaa myös tavoitetason muuttumista. Pirkanmaan kustannustaso nousi vuodesta 2001 vuoteen 2005 mennessä reaalisesti 4 prosenttiyksikköä. Myöskään tästä tavoitteen ominaisuudesta ei kuntapäätäjien ja virkamiesten keskuudessa ollut yksimielistä ja kestävä tulkintaa.

Ohjausryhmällä oli selkeä valtuutus toteuttaa muutos

Sairaanhoitopiirin johtaja toimi valmisteluvuonna ohjausryhmän puheenjohtajana. Terveydenhuoltoalue oli sairaanhoitopiirin tulosityksikkö ja siksi sairaanhoitopiirin johtaja toimi terveydenhuoltoaluetta koskevien päätösten esittelijänä sairaanhoitopiirin hallituksessa. Molemmista kunnista edustajina ohjausryhmässä olivat hallituksen puheenjohtaja ja kunnan/kaupunginjohtaja. Toiminnan käynnistyessä vuonna 2002 kuntien painoarvoa ohjausryhmässä lisättiin: Sovittiin, että puheenjohtajana toimii vuorotellen toisen kunnan johtaja ja että molemmat kunnat saavat ohjausryhmään toisen poliittisesti valitun edustajan. Kunnissa terveydenhuoltoaluetta ohjaava keskustelu ja seuranta toteutuivat ensisijaisesti kunnan/kaupungin hallituksissa. Ohjausryhmän organisointitapa varmisti sekä kuntien että sairaanhoitopiirin vaikutusmahdollisuudet.

Ohjausryhmässä käsiteltävien asioiden valmistelu toteutettiin terveydenhuoltoalueella, valmisteluvuonna johtoryhmän ja työryhmien toimesta, myöhemmin ensisijaisesti johtoryhmän toimesta. Terveydenhuoltoalueen johtaja toimi ohjausryhmässä esittelijänä. Ohjausryhmä linjasi ja seurasi muutoksen toteuttamista sekä valmistelu- että toimeenpanovaiheen aikana tiiviisti. Valmisteluvuoden aikana ohjausryhmä keskittyi ensisijaisesti organisaatioiden yhdistämiseen liittyviin tehtäviin ja päävastuu muutosten suunnittelusta oli terveydenhuoltoalueen johtajalla ja johtoryhmällä. Toiminnan virallisesti käynnistettyä ohjausryhmän ohjaava rooli sekä terveydenhuoltoalueen johdon operatiivinen rooli hämärtyivät osittain. Oh-

jausryhmä ulotti päätöksiä valmistelevan roolinsa hyvin lähelle operatiivista johtamista.

Ohjausryhmä toimi kuntien vaikuttamisen kanavana ja vahvisti kuntien sitoutumista

Ohjausryhmän rooli päätöksiä valmistelevana ja palveluja yhteen sovittavana elementinä poikkeaa merkittävästi kuntalain mukaisen perinteisen luottamuselimen, kuten kuntayhtymän johtokunnan tai hallituksen, päätöksentekoon keskittyvästä roolista. Valmisteluvaiheen (2001) haastatteluissa esitettiin usein näkemys, että päätöksenteko alueen terveydenhuollon asioista siirtyy pois alueelta Tampereelle, kun varsinainen päätöksenteko tapahtuu sairaanhoitopiirin hallituksessa. Tämä pelko osoittautui toimeenpanon aikana ennenaikaiseksi. Ohjausryhmän kautta kunnilla oli mahdollisuus vaikuttaa terveydenhuoltoalueen toiminnan organisointiin ja laajuuteen haluamallaan tavalla sekä asettaa prosessin aikana myös uusia tavoitteita. Tätä edistivät ohjausryhmälle annettu rooli, ohjausryhmän kokoonpano ja sen jo valmisteluvuonna ottama aktiivisesti muutosta edistävän toimijan rooli.

Ohjausryhmää voidaan kuvata päättäjien ja viranhaltijoiden liittoumana, jossa vallitsee vallan tasapaino. Määrällisessä mielessä niin sanotun poliittisen ylivalan tilanteeseen päädyttiin, kun kummastakin kunnasta lisättiin yksi luottamushenkilö ohjausryhmään. Määrällisen ylivalan ei sinänsä tarvitse merkitä poliittista ylivaltaa, mutta voidaan tulkita sitä käytetyn toimeenpanovaiheen aikana esitettävissä tiukkoja supistamisvaatimuksia terveydenhuoltoalueelle. Kuntien taloudellisen tilanteen heikkeneminen heijastui ohjausryhmään jopa kesken vuotta esitettynä supistamisvaatimuksina. Esimerkkinä kuntien painostuksesta ovat päätökset vuodeosastotoiminnan supistamisesta.

Toimeenpanovaiheen aikana ohjausryhmä toimi varsin jännitteisessä roolissa, kun sen tehtäviin kuului muutosprosessin ohjaamisen lisäksi toiminta tilaajien ja tuottajien neuvottelufoorumina. Näiden tehtävien erottaminen toisistaan oli muutosprosessin aikana vaikeaa ja tasapainoilu palvelujen tuottajan, järjestäjän ja saneeraavan muutosjohtamisen välillä oli haastava tehtävä.

Muutoksen ripeä käynnistyminen edisti muutoksen toteuttamista

Terveydenhuoltoalueen toteuttaminen käynnistyi ripeästi kehittämisselvityksen valmistuttua vuoden 2000 lopulla. Päätös toiminnan käynnistämisestä tehtiin alle kahdessa kuukaudessa ja valmistelu-aika ennen toiminnan käynnistymistä jäi alle vuoden mittaiseksi. Oltiin sitoutuneita toteuttamaan muutos, koska muut vaihtoehdot oli arvioitu huonoiksi ja koska vaikeutuva taloudellinen tilanne vaati nopeita toimia.

Muutosprosessin käynnistymistä edisti se, että selvitysvaiheen toteutus haastatteluja ja prosessoimiseminaareja hyödyntäen oli vakuuttanut poliittishallinnollisen eliitin muutoksen tarpeellisuudesta. Haastatteluissa (2001) useimmat kuvasivat päätöstä poliittisesti hyvin yksimieliseksi. Tiukka aikataulu vaikutti mahdollisesti myös siihen, että epäilijöiden, sivuun jääneiden tai vastustajien toiminta ei ehtinyt haitata prosessin etenemistä.

Eräissä muissa muutosarvioinneissa (Laakso ja Möttönen 2000) on todettu, että verkkaisesti kompromissien kautta toteutuvassa muutosprosessissa tulokset voivat jäädä vaatimattomiksi.

Muutosta edisti, että sen toteuttajat olivat mukana jo selvitysvaiheessa

Muutoksen valmisteluprosessi käynnistyi tehdyn selvityksen ja siinä esitettyjen lukuisten kehittämissuositusten pohjalta. Väliaikaista muutosjohtajaa ei nimetty, vaan yhdistettävien organisaatioiden edustajista muodostettu johtoryhmä lähti valmistelemaan muutosta ohjausryhmän ja sairaanhoitopiirin taloushallinnon virkamiesten tuella. Myös muodostettavan terveydenhuoltoalueen henkilökunnan edustajilla oli alusta lähtien mahdollisuus osallistua muutoksen valmisteluun. Muutosjohtaja käynnisti työnsä myöhemmin keväällä, jolloin muutoksen johtamisen rakenteet olivat vielä muotoutumassa.

Muutosprosessiin lähdettiin olemassa olevista rakenteista työstämällä ratkaisuja työryhmissä, joiden työ oli jo käynnistynyt muutosjohtajan aloittaessa työnsä. Valmisteluvaiheessa työryhmillä oli valmistelutehtävän lisäksi suuri merkitys tarjotessaan niihin osallistuville henkilöille mahdollisuuden tutustua toisen organisaation työntekijöihin ja toimintakulttuuriin.

Selvityksen päätösehdotuksissa uusi organisointimalli kuvattiin vain karkeasti: ”paikallinen erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto yhdistetään toimimaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tulosyksikkönä”. Muutosprosessi käynnistettiin pysähtymättä miettimään tulevan organisaation rakenteita. Muutosprosessin toteuttamista olisi helpottanut, jos alussa olisi yhdessä mietitty ja konkretisoitu organisaation tavoitetila sekä laadittu sen toteuttamiseksi konkreettinen toimeenpanosuunnitelma.

Lähtötilanteeseen liittyi perusteetonta optimismia, koska organisaatioiden taloustilannetta ei selvitetty

Muutoksen tarve ja tavoitteet olivat konkretisoituneet keskeisille toimijoille jo kehittämiselvityksen lähtötilanneanalyysissa. Voi kuitenkin päätellä, että käynnistämismuutokseen liittyi ”perusteetonta” optimismia, joka olisi voitu välttää, jos lähtötilanteessa olisi tehty selvitys yhdistettävien organisaatioiden taloudellisesta tilanteesta ja jos kustannusten tavoitetasosta ja saavuttamisen aikataulusta olisi so-

vittu. On kuitenkin mahdollista, että organisaatioiden taloustilanteen selvittäminen lähtötilanteessa olisi aiheuttanut varovaisuutta, joka olisi hidastanut muutoksen toteuttamista.

Muutoksessa onnistuminen edellyttää sen resursointia

Toiminnan uudistaminen muutosprosessissa edellyttää useimmiten myös tilojen käytön uudelleen suunnittelua ja korjaus- tai uudisrakentamista. Terveystoimintojen toteuttamisessa tällaisia uudistuksia olivat muun muassa vuodeosastojen ja poliklinikoiden yhdistäminen sairaalan tiloihin. Muutosvaiheessa myös potilas- ja taloushallinnon prosessit integroitiin sairaanhoitopiiriin kokonaisuuteen. Tätä tuettiin tietojärjestelmäuudistuksella, joka valmistui toimeenpanovaiheen päättyessä. Uudistus liittyi Pirkanmaan aluetietojärjestelmien uudistamiseen, jossa Mäntän seudun terveydenhuoltoalue sai olla pilottina. Perusterveydenhuolto siirrettiin mahdollisimman nopeasti yhtenäisten tietojärjestelmien piiriin. Sairaanhoitopiirillä oli suurena organisaationa mahdollisuus tehdä pitkän aikavälin investointeja toiminnan uudistamista tukeviin hankkeisiin.

Uudistuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaan myös henkilöstöresursseja, joita voidaan saada irrottamalla omaa henkilökuntaa tai palkkaamalla ulkopuolisia asiantuntijoita suunnittelutehtäviin tai hyödyntämällä oman henkilökunnan osaamista suunnitteluryhmissä oman toimen ohella. Terveystoimintojen toimeenpanossa ainoa kokonaan muutoksen suunnitteluun irrotettu henkilö oli muutosjohtaja, jolla valmisteluvuoden aikana ei ollut organisaatioiden johtamiseen liittyviä tehtäviä. Suuri osa uudistusten suunnittelusta toteutettiin johtoryhmän ja työryhmien toimesta normaalina virkatyönä. Käytännössä uudistusten suunnittelu keskittyi päällekkäisten toimintojen karsimiseen. Toiminnan sisällölliselle suunnittelulle ei ollut varattu riittävästi aikaa tai mahdollisuutta. Esimerkiksi sisätautien ja perusterveydenhuollon vuodeosastojen tai vastaanotto toimintojen yhdistämiset eivät johtaneet kovinkaan merkittäviin toimintatapojen uudistuksiin. Kahden erilaisen organisaation toimintojen muuttaminen samoihin tiloihin osoittautui mm. erilaisten kliinisen työn kulttuurien johdosta ongelmallisiksi.

Muutosjohtamisen osaaminen on tärkeämpää kuin muutosjohtajan ammatillinen tausta

Terveystoimintojen johtajaksi valittiin alueen ja yhdistettävien organisaatioiden kannalta ulkopuolinen muutosjohtaja. Valinnan osuvuudesta käytiin alueella keskustelua ja muun muassa haastatteluissa nostettiin esille, että muutosjohtajan olisi pitänyt olla perusterveydenhuollon lääkäri, koska erikoissairaanhoitoa pidettiin lähtötilanteessa hallitsevana kulttuurina. Muutosjohtajan suuri haaste oli saada lääkärikunta sitoutumaan muutokseen, mutta tämä osoittautui vaikeaksi. Toi-

nen suuri haaste oli taloudellisen kehityksen saaminen hallintaan tilanteessa, jossa yhdistettiin kahden erilaisen budjetoinnin ja talousseurannan piirissä olleet organisaatiot ja jossa taloudellisista tavoitteista oli erilaisia käsityksiä. Tämänkään haasteen suhteen ei onnistuttu kovin hyvin.

Ohjausryhmän muutosjohtamiselle oli suuri haaste, että muutosprosessin toteuttamista hallitsi kuntien jyrkästi heikkenevä taloudellinen tilanne. Kunnat yrittivät ohjausryhmän edustajien kautta ratkaista taloudellista ahdinkoaan supistamalla terveydenhuollon menoja, välillä myös kesken suunnitteluvuoden. Erityisesti lähiesimiehet kokivat vaikeana, kun he joutuivat selittelemään henkilökunnalle ohjausryhmän yllättäviä päätöksiä, joiden perusteita eivät aina itsekään tunteneet. Asioiden ennustettavuuden koettiin henkilöstökyselyn perusteella heikentyneen muutoksen tuloksena merkittävästi. Suhtautumiseen muutokseen vaikutti esimerkiksi se, että ohjausryhmän säästösyistä tekemä päätös vuodeosastopaikkojen supistamisesta kesken suunnittelukautta johti siihen, että potilaita jouduttiin hoitamaan ylipaikoilla. Hankala tilanne korjaantui vasta, kun vuodeosastopaikkoja lisättiin.

Työryhmätyöskentely sitoutti henkilökuntaa, mutta hidasti muutoksen valmistelua

Muutosprosessin osahankkeiden toteuttamistavaksi oli valittu alhaalta ylös etenevä prosessi, jossa organisaatio uudistuisi työryhmien työn tuloksena pala palalta. Henkilökunnalle työryhmät tarjosivat vaikuttamisen kanavan ja niitä voitiin pitää myös luottamuksen osoituksena. Johdon kannalta työryhmien käytöllä varmistettiin käytännön toiminnan asiantuntijuus suunnittelussa ja se oli myös keino sitouttaa henkilöstöä. Tutkimuksessa tuli esille seikkoja, jotka viittaavat siihen, että toteuttamistapa ei ollut aivan ongelmaton. Työryhmien oli vaikea hahmottaa työnsä tavoitteita, koska tavoiteltu kokonaisuus ei ollut tiedossa ja koska useimpien työryhmien päätökset riippuivat muiden työryhmien päätöksistä. Asiakirjoista tai haastatteluista ei ilmennyt, miten hyvin työryhmät ohjeistettiin tehtäväänsä.

Asioiden valmistelu työryhmissä johti muun muassa siihen, että muutosjohtajan kädet olivat tavallaan sidotut, kunnes työryhmät olivat saaneet ehdotuksensa valmiiksi. Päätösten valmistelu työryhmissä oli kuitenkin hidasta, muun muassa siksi, että työskentelytapa oli uusi ja useimmissa työryhmissä oltiin tavallaan saneeraamassa omaa toimintaa. Muutosjohtaja joutuikin viemään joidenkin työryhmien valmistelussa olleet asiat päätettäväksi ohjausryhmään ennen työryhmien esitysten valmistumista.

Henkilöstökyselyssä vastaajien näkemykset muutoksen toteutukseen osallistumisesta olivat muuttuneet kriittisemmiksi. Myös kritiikki muutoksen suunnitelmattomuudesta lisääntyi merkittävästi muutosprosessin aikana. Kriittisyys muutoksen toteuttamista ja johtamista kohtaan lisääntyi myös HUS-muutoksessa, jossa

seurantakysely toteutettiin hieman yli kaksi vuotta yhdistymisen jälkeen (Kinnunen ja Lindström 2005).

Palvelujen yhteensovittaminen jäi pääosin rakenteellisten ratkaisujen tasolle

Palvelujen yhteensovittaminen ja saumaton toiminta edellyttävät lääkäreiden, hoitohenkilökunnan ja usein myös vanhustenhuollon asiantuntijoiden yhteistä näkemystä hoitokäytännöistä. Toimeenpanovaiheen aikana toteutetut rakenteelliset ratkaisut loivat puitteita saumattomalle yhteistyölle, mutta yhteisten hoitokäytäntöjen kehittäminen jäi vuoden 2005 haastattelujen mukaan vielä taka-alalle. Tutkimustulosteni mukaan keskeisinä hoitokäytäntöjen kehittämisen esteinä näyttivät olleen puutteellinen johtaminen, hoitokäytäntöjen muutoksen riittämätön resursointi sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden passiivisuus muutoksen toteuttamisessa.

Erikoissairaanhoidon sisäinen työnjako ja hoitokäytäntöjen kehittäminen edistyivät sairaanhoitopiirin prosessiorganisaation ja sopimusohjauksen käytäntöjen vaikutuksesta Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toimintaa vahvistaen. Mäntän sairaalan erikoissairaanhoidon palvelut monipuolistuivat hoitoprosessien järjestelyjen seurauksena ja erikoislääkäripalvelut vakiintuivat.

Julkinen keskustelu vaikutti toimeenpaneivien henkilöiden sitoutumiseen

Muutosprosessi käynnistyi erityisesti aluesairaalan hoitohenkilökunnan keskuudessa positiivisin odotuksin. Terveyskeskuksen henkilökunta suhtautui edessä olevaan muutokseen varauksellisemmin, samoin kuin useimmat terveyskeskuksen ja aluesairaalan lääkärit. Vakinaisen henkilöstön asema oli alusta lähtien turvattu sopimalla, että ketään ei irtisanota muutosprosessin vuoksi.

Myönteistä alkua vauhdittivat selvitysvaiheen perusteella muodostunut tahotila ja käsitys valtuustokauden mittaisesta muutosprosessista. Tilanne muuttui kuitenkin jo ensimmäisen toimintavuoden alussa, kun kunnat alkoivat oman taloudellisen tilanteensa heiketessä vaatia pikaisia säästöjä terveydenhuoltoalueelta. Julkinen terveydenhuoltoalueen toimintaa kyseenalaistava keskustelu kiihtyi, kun toiminnan päällekkäisyyksiä alettiin purkaa ja se vaikutti väestön saamiin palveluihin. Erityisesti Vilppulan lääkärivastaanottojen siirto Mäntän sairaalalle synnytti väestössä vastustusta. Lääkärin vastaanottojen siirtoa ryhtyi julkisesti vastustamaan myös osa säästöjä vaatineista päättäjistä.

Tilanne oli haastava sekä terveydenhuoltoalueen johdon että päätöksiä tehneen ohjauksryhmän kannalta. Henkilökunnan sitoutuminen muutokseen oli onnistumisen kannalta keskeistä. Henkilökunta koki julkisen keskustelun, erityisesti

paikallislehden yleisönosastokirjoittelun hyvin vaikeana. Myös asiakkaiden suullisesti esittämät valitukset, erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotolla, asettivat työntekijät vaikeaan asemaan.

Henkilöstöä koskevia muutoksia toteutettiin runsaasti kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana. Yli puolella henkilöstökyselyn vastaajista oli lähiesimies vaihtunut ja osaamisvaatimukset sekä työkäytännöt muuttuneet. Sairauspoissaolojen määrä nousi terveydenhuoltoalueella toimeenpanovaiheen aikana muita sairaanhoitopiiriin yksiköitä korkeammalle tasolle.

Koko henkilöstöä ei saatu mukaan, vastustajat yritettiin neutraloida

Terveydenhuoltoalueen toteuttamisen vastustusta voidaan tarkastella toimeenpanevien henkilöiden ja toimintaympäristön tasolla. Tässä muutoksen vastustamista tarkastellaan toimeenpanevien henkilöiden näkökulmasta. Toimintaympäristöstä nousevaa vastustusta tarkastellaan myöhemmin tässä luvussa.

Vastustajia ja epäilijöitä on kaikissa muutoksissa, mutta vastustajat tulee tunnistaa, koska muutoksen johtamisessa vastustajiin on kiinnitettävä erityistä huomiota (vrt. Laakso ja Möttönen 2000).

Valmisteluvaiheessa jotkut avainhenkilöt vastustivat muutosta hyvin avoimesti. Haastatteluissa nämä henkilöt kertoivat itse vastustavansa muutosta ja perustelivat myös kantansa. Myös useimmat muutoksen kannattajista nimesivät nämä samat henkilöt muutoksen vastustajiksi. Useimmiten kriittistä kantaa perusteltiin erikoissairaanhoidon ylivallassa muutoksessa, terveydenhuoltoalueen pienellä väestöpohjalla sekä kiireisellä aikataululla. Päätäjien mielestä vastustajilla ei ollut muutosprosessiin vaikutusta, koska päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta oli ollut poliittisesti hyvin yksimielinen. He pitivät vastustajia ennen kaikkea kriittisten kysymysten esittäjinä. Valmisteluvaiheessa vastustus koettiin kuitenkin niin ongelmallisena, että terveydenhuoltoalueen johto päätti olla jatkamatta yhtä päättyvää, valmistelun kannalta keskeistä työsuhdetta.

Kokemus vastustuksen luonteesta sai toimeenpanovaiheen aikana uusia, mahdollisesti myös vaikeammin käsiteltäviä muotoja. Oppositiossa olivat jotkut perusterveydenhuollon lääkärit ja heidän mukanaan myös jotkut perusterveydenhuollon muiden henkilöstöryhmien edustajat. Muutosprosessin aikana ongelmaa hoidettiin sekä ottamalla vastustajia mukaan johtamisen keskiöön että siirtämällä heitä etäämmälle johtamisen keskiöstä. Tutkimus antaa viitteitä siitä, että kumpikaan ratkaisu ei ollut kovin toimiva. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä tai palvelujen yhteensovittamisessa ei edetty kovinkaan pitkälle kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana.

Sairaanhoitopiiri edisti tavoitteiden toteutumista strategiansa mukaisesti

Sopimusohjaus on sairaanhoitopiirille keskeinen keino toteuttaa pitkäjänteistä terveydenhuollon suunnittelua yhteistyössä kuntien kanssa. Myös terveydenhuoltoalueen toiminnan ja tuotannon suunnittelu ohjausryhmässä toteutui pitkälti sopimusneuvottelujen ja niiden seurannan kautta. Terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana sopimusohjauskäytäntöä kehitettiin niin, että sairaanhoitopiiri teki, aiempien sairaalakohtaisten tarjousten sijasta, vain yhden tarjouksen Ylä-Pirkanmaan kunnille. Tällä mahdollistettiin yhteistyö ja työnjako TAYS:n tuottaman vaativan erikoissairaanhoidon ja Mäntän sairaalan peruserikoissairaanhoidon välillä.

TAYS tuki toimintaa Mäntän alueella myös kehittämällä sairaanhoitopiirin strategian mukaisesti erikoissairaanhoidon sisäisiä prosesseja, perustamalla yhteisvirkoja (keskussairaalan lääkäri toimii osan työajastaan terveydenhuoltoalueella) ja suuntaamalla niin kutsutun peruserikoissairaanhoidon toimintaa aluesairaaloihin. Näin terveydenhuoltoalueella tuotettavien erikoissairaanhoidon palvelujen valikoima hieman laajeni ja konsultaatiomahdollisuudet monipuolistuivat. Malli mahdollisti myös kroonisten sairauksien hoidon aluesairaalassa. Mäntän sairaalassa toimivien erikoislääkäreiden näkökulmasta toiminta osana yliopistosairaalaa varmisti osaamisen sekä yhtenäisti työkäytäntöjä ja hoitoprosesseja. Toiminta yhdessä perusterveydenhuollon kanssa loi myös edellytyksiä potilaiden kannalta saumattomien palvelukokonaisuuksien kehittämiseen ja palvelujen vertikaaliseen integrointiin.

Sairaanhoitopiirin strategian mukainen perusterveydenhuollon ja peruserikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittaminen, horisontaalinen integraatio, jäi seuranta-aikana lähes käynnistymättä. Tähän vaikuttivat sekä talouden tiukkuus ja muutoksen tiukka aikataulu että lääkäreiden, erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreiden, vähäinen osallistuminen uudistusprosessiin.

Kuntien taloudellisen tilanteen heikkeneminen sekä edisti että haittasi muutosta

Päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta oli kuntien kannalta strateginen päätös saada terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot sovitun ajan kuluessa Pirkanmaan keskitasolle ja helpottaa siten pitkään vaikeana pysynyttä kuntien taloustilannetta. Sairaalan ja siten myös työpaikkojen säilyminen paikkakunnalla oli kuntien kannalta alun perin tärkeä arvo. Menojen vähentäminen uutta toimintamallia toteuttamalla on kuitenkin pitkän aikavälin tavoite.

Poliittinen vaatimus kustannussäästöjen aikaansaamiseksi tiivistyi jo ensimmäisen toimintavuoden keväällä. Terveydenhuoltoalueelta vaadittiin merkittäviä supistuksia sitä mukaa kuin kuntien rahoitustilanteen heikkenemisestä tuli uutta tietoa. Tämä nopeutti muutoksen toteuttamista merkittävästi. Yhtenä toimin-

tastrategiana säästöjen saamiseksi, vuodeosastotoiminnan supistamisen lisäksi, näytti olevan myös palvelujen hoitaminen mahdollisimman laajasti omana toimintana.

Alun perin valittu, prosessina etenevä muutoksen toteuttamistapa olisi tuonut kustannussäästöjä huomattavasti hitaammin, jos poliittista supistamispainetta ei olisi ollut. Muutosta toteuttavan organisaation kannalta tilanne oli osin hyvinkin hankala, kun muutosta toteutettiin kahdella agendalla: alun perin sovitulla alhaalta ylös etenevällä osallistavalla tavalla ja samalla ylhäältä alas suuntautuvalla käskyttävällä tavalla osin jopa kesken suunnitteluvuotta tehdyin supistamispäätöksiin.

Olisiko vanhustenhuollon pitänyt olla alusta lähtien osa terveydenhuoltoalueen toimintaa?

Vanhustenhuolto jäi terveydenhuoltoalueen ulkopuolelle, vaikka selvitysvaiheessa oltiin laajasti sitä mieltä, että sen tulisi kuulua yhteiseen hallinnolliseen kokonaisuuteen. Vanhustenhuollon mukaan ottamiseen ei ollut tuolloin valmiuksia.

Vanhustenhuollon kehittämistarpeita ei alkuvaiheessa pystytty ohjaus- ja johtoryhmässä täysimääräisesti ottamaan huomioon. Vanhustenhuollon edustajat olivat kuitenkin alusta lähtien mukana esimerkiksi työryhmässä, joka suunnitteli vuodeosastopalvelujen uudistamista. Tätä ei kuitenkaan pidetty riittävänä.

Ohjausryhmä oli myös vaikuttamassa muun muassa siihen, että kunnille laadittiin yhteinen vanhustenhuollon strategia, joka myös käsiteltiin ohjausryhmässä. Muun muassa vuodeosastojärjestelyjen yhteydessä ohjausryhmä teki myös päätöksen siirtää perusterveydenhuollon pitkäaikaishoito kuntien vanhustenhuollon vastuulle. Johtopäätökseni on, että ohjausryhmä tosiasiaa ohjasi myös kuntien vanhustenhuollon kehittämistä ja oli keskeisesti vaikuttamassa myös myöhempään kuntien vanhustenhuollon yhdistymiseen.

Vilppulassa vanhustenhuollon kustannukset nousivat seuranta-aikana samaa tahtia kuin maassa keskimäärin, Mäntässä kustannusten nousu oli hieman maltillisempaa. Molempien kuntien vanhustenhuollon palvelurakenne jäi entisen kaltaiseksi, Vilppulassa se on edelleen hyvin laitosvaltainen, vaikka kotipalvelujen määrää onkin lisätty.

Paikallislehti toimi tiedottamisen kanavana painottaen kuntien ja väestön näkökulmaa

Paikallislehti Kuorevesi-Mänttä-Vilppula (KMV) kirjoitti ilmeisen kattavasti terveydenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon liittyvistä muutoksista Mäntän seudulla. Väestö piti paikallislehden ilmoituksia ja kirjoituksia väestökyselyn mukaan tärkeinä tietolähteinä.

Kirjoituksissaan lehti painotti kuntien ja väestön näkökulmaa. Terveydenhuollon palvelut olivat useimmiten esillä, kun kirjoitettiin kuntien taloudesta. Kirjoitukset olivat luonteeltaan uutisoivia, mutta terveydenhuoltoalueen henkilökunnan näkökulmasta usein syyllistäviksi koettuja. Usein niissä koettiin nostettavan esille, miten juuri terveydenhuollon menojen ylittyminen oli syynä kuntatalouden alijäämään. Vähemmän huomiota koettiin saaneen sen, että kuntien menoylitykset johtuivat osin myös terveydenhuoltoon talousarvioissa varattujen rahojen epärealistisen jyrkästä supistamisesta.

Lehdessä julkaistiin myös runsaasti hyvinkin kipakoita yleisönosastokirjoituksia, useimmat niistä koskivat Vilppulan lääkäripalvelujen lopettamista ja toimivat siten väestölle tärkeänä julkisen keskustelun kanavana.

Terveydenhuoltoalueella oli tehty päätös, että yleisönosaston kirjoituksiin ei vastata, vaan paikallislehteen lähetetään palvelujen uudistamisesta tiedottavia kirjoituksia. Terveydenhuoltoalueen johdon haastatteluisissa tuli kuitenkin esille, että paikallislehti ei näitä kirjoituksia aina julkaissut.

Väestö on tyytyväinen, mutta kriittinen terveydenhuoltoalueen palveluihin

Väestökyselyn mukaan yli puolet, joissakin asioissa 80–90 % vastaajista oli erittäin tai melko tyytyväinen kohteluunsa ja hoitoonsa sekä ennen terveydenhuoltoalueen perustamista että sen jälkeen. Henkilöstön ystävällisyys, lääkityksen saaminen ja asiakassuhteen luottamuksellisuus olivat parantuneet aiemmin korkeasta tasosta terveydenhuoltoalueen toiminnan aikana edelleen. Kouluarvosanalla mitattuna molempien kuntien asukkaiden näkemykset palvelujen laadusta muuttuivat kuitenkin jonkin verran kriittisemmiksi.

Avovastauksissa huono tai välipitämätön kohtelu nousi kuitenkin esille. Useimmiten kommentoitiin lääkäreiden, ennen kaikkea ”keikkalääkäreiden” tapaa kohdella potilasta tai heidän osaamistaan.

Jatkotutkimuksiin ja jatkohoitoon pääsy oli väestön mielestä heikentynyt seuranta-aikana olennaisesti. Mäntän ja Vilppulan asukkaat käyttivät vuonna 2005 kaikkia lääkäripalveluja (pl. työterveyshuolto) 2–5 prosenttia alle maan keskitason. Lääkäripalvelut painottuvat terveydenhuoltoalueella perusterveydenhuoltoon, joka oli ainakin ohjausryhmäkeskustelujen mukaan tavoite, mutta tämä näyttää väestökyselyn valossa johtaneen jatkohoitoon ja tutkimuksiin pääsyn vaikeutumiseen.

Samalle lääkärille pääsyä piti vain noin kolmannes väestökyselyyn vuonna 2005 vastanneista erittäin tai melko hyvänä. Tähän oltiin kysytyistä asioista selvästi vähiten tyytyväisiä. Perusterveydenhuollossa oli jo vuosia ennen terveydenhuoltoalueen käynnistymistä suunniteltu väestövastuujärjestelmään siirtymistä siinä onnistumatta. Myös terveydenhuoltoalueella sitä suunniteltiin, mutta toteutus ajoitui tuoreimman väestökyselyn jälkeiseen aikaan.

Väestö vastustaa erityisesti lääkäripalvelujen muuttamista

Vilppulan lääkärivastaanottojen siirtämistä Mäntän sairaalalle pitivät sekä haastatellut luottamushenkilöt että terveydenhuoltoalueen edustajat välttämättömänä ja hyvänä ratkaisuna. Päätöksiä perusteltiin taloudellisella ja toiminnallisella tehokkuudella ja sitä pidettiin yhtenä keinoina säästöjen aikaansaamiseksi.

Vilppulalaiset pitivät päätöstä lääkärivastaanottojen siirtämistä Mäntän sairaalalle palvelujen huononemisenä, ja sitä vastustettiin vaikuttamalla suoraan poliittisiin päätöksentekijöihin, keräämällä 2200 nimen adressi, järjestämällä mielenosoitus, kirjoittamalla paikallislehden yleisönosastoon sekä tekemällä kaksi kantelua.

Vilppulalaiset olivat väestökyselyn tulosten mukaan sangen tyytyväisiä perusterveydenhuollon palveluihin ennen terveydenhuoltoalueen perustamista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että koko terveydenhuoltojärjestelmää koskevat käsitykset ja arviot perustuvat usein lääkärivastaanotolla saatuihin kokemuksiin (Kekki ja Bergström 1997), näin mahdollisesti myös Vilppulassa, ja siksi lääkäripalvelujen siirto koettiin suurena menetyksenä. Kivisen ja kollegojen (1997) vertailevassa tutkimuksessa tuli esille, että erään kunnan asukkaat olivat naapurikuntaa tyytyväisempiä ajan saantiin terveyskeskuslääkärille, vaikka ajan saaminen kesti lähes kaksi viikkoa ja se kesti naapurikunnassa vain pari päivää. Tutkimuksen mukaan väestön odotukset muodostuvat sen mukaan, millaiseen palvelutasoon kussakin kunnassa on totuttu.

Vilppulalaisilla oli kuitenkin väestötutkimuksen tulosten mukaan myös konkreettisia perusteita vastustaa lääkäripalvelujen siirtämistä Mäntän sairaalalle. Liikeminen ilman omaa autoa on hankalaa melko huonosti toimivien liikenneyhteyksien vuoksi. Sairaalan sijainti neljän kilometrin päässä Mäntän keskustasta hankaloittaa palvelujen käyttöä, etenkin jos julkinen liikenne toimii huonosti.

Ennakkotiedottaminen ja väestön mukaanotto palvelujen suunnitteluun on tarpeellista

Väestölle tiedottamisen kanavina nousevat esille tärkeysjärjestyksessä paikallislehden kirjoittelu, valtuustokeskustelut, joissa väestöä edustavat poliittisesti valitut valtuutetut, sekä muutoksia koskevat tiedotustilaisuudet.

Valmisteluvuonna toteutetussa väestökyselyssä kolmannes vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa edessä olevasta muutoksesta ja kolmannes vastaajista koki tiedon saannin täysin riittämättömäksi. Toimeenpanovaiheen lopulla toteutetusta väestökyselystä ilmeni, että tyytyväisyys tiedon saantiin terveydenhuoltoalueesta ja sen palveluista oli kasvanut merkittävästi.

Tiedottamiseen oltiin toimeenpanovaiheen loppupuolella melko tyytyväisiä, mutta väestön mahdollisuudet vaikuttaa uudistuksiin olivat ilmeisen vähäiset. Tutkimuksessa väestön tarve vaikuttaa palvelujen uudistamiseen tuli esille väestökyse-

lyjen avovastausten sisältämissä ehdotuksissa ja erityisesti silloin, kun ohjausryhmä päätti Vilppulan lääkäripalvelujen siirtämisestä Mäntän sairaalalle.

Ylä-Pirkanmaan kuntien yhteistyö käynnistyi vasta myöhemmin

Ylä-Pirkanmaan kunnat ovat sairaanhoitopiirin perustamisen jälkeen tehneet vähän palvelujen järjestämiseen liittyvää yhteistyötä keskenään. Yrityksiä yhteistyön tiivistämiseksi on ollut useita, mutta konkreettiset tulokset ovat yhteistä tilaajarengasta lukuun ottamatta jääneet vähäisiksi. Sairaanhoitopiirin yksimielisesti, myös näiden kuntien edustajien läsnä ollessa, hyväksytyn strategian mukaan alueen kuntien olisi pitänyt vahvistaa erikoissairaanhoidon toimintaa alueellaan käyttämällä ensisijaisesti Mäntän sairaalan palveluja. Niiden väestön palvelujen käyttö kuitenkin ohjautui terveydenhuoltoalueen perustamisen jälkeen entistä enemmän Tampereen yliopistolliseen keskussairaalaan.

Palvelujen järjestämisen suunnittelu suuremmalla väestöpohjalla yhdessä muiden kuntien kanssa alkoi Ylä-Pirkanmaalla vasta, kun PARAS-lain voimaan tullessa (2007) edellytettiin 20 000 asukkaan väestöpohjaa perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen järjestämiseen. Alkuun lähdettiin keskustelulla kuntien yhdistymisestä, johon erityisesti Mäntällä ja Vilppulalla oli palvelutuotannon yhdistämisen jälkeen hyvät valmiudet. Kuntaliitoshanke, joka olisi onnistuessaan johtanut noin 25 000 asukkaan kunnan muodostamiseen, kaatui kuitenkin Ruoveden ja Virtain vastustukseen. (KMOV 29.5.2007.)

9.3 Mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen?

Terveydenhuoltoalue mahdollisti poliittisen ohjauksen muutoksen

Keskitetyn voimavaroohjauksen aikana, vuoteen 1992 asti kunnat olivat tottuneet suunnittelemaan terveydenhuoltoa rakentamisen ja virkojen perustamisen kautta, koska valtio rahoitti merkittävän osan toiminnan kustannuksista. Uusien virkojen perustamista pidettiin suurimpia valtionosuuksia saavien kuntien talouden kannalta myönteisenä vielä 1990-luvun alun lamavuosina, koska niiden myötä saatiin ”hyviä” veronmaksajia ja virkojen nettokustannukset jäivät kunnille vähäisiksi. Siirtyminen menoperusteisesta laskennallisesta valtionosuuteen vuodesta 1993 alkaen siirsi rahoitusvastuun kunnille. Samalla myös vastuu ja päätäntävalta palvelujen järjestämisestä siirtyivät kunnille. Murrosvaiheessa kunnilla oli niukasti keinoja hoitaa velvoitteitaan. Keinottomuus korostui erityisesti kuntayhtymien toiminnan

ohjaamisessa, ja usein kunnat näkivät ”ainoaksi” vaihtoehdoksi kuntayhtymien, erityisesti kansanterveystyön kuntayhtymien, purkamisen ja niiden vastuulla olleen toiminnan siirtämisen kuntien omaksi toiminnaksi. Tähän kuntia ohjasi myös valtakunnallisessa sosiaali- ja terveyspolitiikassa 1990-luvun alussa ilmaistu vahva pyrkimys yhdistää sosiaali- ja terveydenhuolto yhteisen paikallisen johdon alaisuuteen. Kun sosiaalipalvelut oli rakennettu pääosin kuntakohtaisiksi organisaatioiksi, yhdistämisen edellytyksenä nähtiin yleisesti myös perusterveydenhuollon pienten kuntayhtymien purkaminen (vrt. esim. Kokko ja Lehto 1993).

Terveydenhuoltoalue oli rahoitusvaikeuksiin joutuneille kunnille keino muuttaa terveydenhuollon poliittista ohjausta keskittämällä päätöksenteko- ja ohjausvaltaa kuntapäätäjille ja saattaa terveydenhuollon kokonaisuus yhden päätöksentekoprosessin käsiteltäväksi ja yhden johtajan alaisuuteen. Käytännössä tämä toteutui ohjausryhmässä.

Terveydenhuoltoalueen perustaminen oli selkeä strateginen valinta

Päätöstä terveydenhuoltoalueen toteuttamisesta voidaan pitää kuntien valitsemana *terveydenhuollon kehittämisstrategiana*, joka tarjosi talousvaikeuksissa oleville kunnille mahdollisuuden turvata väestön palvelut ja toteuttaa palvelujärjestelmän välttämättömät rakenteelliset uudistukset valtuustokauden aikana.

Vastuu muutoksen toteuttamisesta kuntien ohjauksessa oli palvelujen tuottajalla, sairaanhoitopiirin tulosityksiköksi muodostetulla terveydenhuoltoalueella. Kunnat olivat haluttomia yksilöimään menotavoitteita tai aikataulua, koska kuntien rahoitusvaikeudet olivat syvenemässä. Sovittu strategia terveydenhuollon uudistamisesta jäi taka-alalle ja tilalle tuli *kuntatalouden tervehtyttämisen strategia*. Terveydenhuollon menojen pikaiset supistamisvaatimukset osoitettiin palvelujen tuottajalle. Kunnille kuuluva palvelujen järjestämisvastuu jäi terveydenhuoltoalueen perustamisen yhteydessä kunnille. Asetelma mahdollisti käytännössä vastuun siirtämisen terveydenhuoltoalueelle ja antoi poliittisille päättäjille mahdollisuuden tarvittaessa vierittää syyt kuntien taloudellisesta ahdingosta terveydenhuoltoalueelle. Tutkimus osoittaa, että terveydenhuoltoalue saavutti asetetut taloudelliset tavoitteet – ainakin parhaiten perusteltavissa olevan tavoitteen tulokinnan mukaan – sovitun ajan kuluessa, ja antaa viitteitä siitä, että tulokset saavutettiin pitkälti päällekkäisen toiminnan karsimisen lisäksi juuri kuntien prosessin aikana asettamien toiminnan supistamisvaatimusten johdosta.

Terveydenhuoltoalue mahdollisti välttämättömien muutosten toteuttamisen

Mäntän seudulle oli omana aikanaan mahdollisesti viisaiden valintojen seurauksena rakentunut päällekkäistä kapasiteettia terveydenhuollon ja vanhustenhuollon

kokonaisuuteen. Terveyskeskuksen perustamisesta lähtien alueen terveystalouden tuottajat olivat olleet eräänlaisessa ”kilpailutilanteessa” keskenään. Kansanterveys-työn kuntayhtymä halusi toimia myös tukipalveluissa omavaraisesti ja aluesairaala olisi halunnut jo tehdyille investoinneille parempaa tuottoa. Myös yhteisten, asiakkaan kannalta sujuvien hoitoprosessien suunnittelu oli vähäistä.

Terveydenhuoltoalue, jossa keskenään kilpailevat organisaatiot yhdistettiin, nähtiin keinona päällekkäisyyksien poistamiselle ja toiminnan yhteensovittamiselle. Yhdistäminen antoi mahdollisuuden puuttua samanaikaisesti molempien organisaatioiden rakenteisiin ja painottaa perustoiminnan kehittämistä taloudellisemmaksi ja asiakkaan prosessia painottaen. Vanhustenhuolto ei kuulunut terveydenhuoltoalueen toimintaan, mutta ohjausryhmätyöskentelyn kautta sen kehittämisen yhteydestä terveydenhuollon suunnitteluun huolehdittiin. Tutkimus antaa kuitenkin viitteitä siihen, että sosiaali- ja terveystalouden yhteissuunnittelussa oli vanhustenhuollon erillisyydestä aiheutuneita ongelmia. Resurssien karsiminen terveydenhuollosta siirsi resursseja vanhustenhuoltoon. Vanhustenhuollon menokehitystä ei tarkastelujaksolla saatu hillittyä, vaan seurantavuosien aikana se noudatti pääpiirteissään koko maan yleistä kehitystä.

Hyvin monet terveydenhuoltoalueen toimintaa tehostavat muutokset, esimerkiksi tukipalvelujen päällekkäisyyksien poistaminen, olisi voitu toteuttaa aluesairaala ja terveystaloudesta yhdistämättä, mutta kuntayhtymien ja niiden eri päättäjien erilaisista intresseistä johtuen siihen ei ollut kyetty ennen organisaatioiden yhdistämistä. Terveydenhuoltoalueella ratkaisuja tehtiin uusista lähtökohdista, periaatteena oli järjestää tukipalvelut niin pitkälle kuin mahdollista ostopalveluina tai osana Pirkanmaan sairaanhoitopiirin muiden yksiköiden toimintaa. Ratkaisu loi myös edellytykset ulkoistaa myös vastuu tukipalvelujen yhtenäistämistä ja rationalisoinnista ja antoi terveydenhuoltoalueen johdolle paremmat mahdollisuudet keskittyä nk. perustoimintaan ja sen kehittämiseen.

Toiminta osana Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä nähtiin mahdollisuutena säilyttää erikoissairaanhoidon palvelut alueella ja varmistaa henkilöstön, erityisesti lääkäreiden saatavuus myös jatkossa. Tutkimustulokseni antavat kuitenkin viitteitä siitä, että sairaanhoitopiirin organisaatio antoi terveydenhuoltoalueelle monipuolisemman tuen, kuin ilman siihen kuulumista olisi ollut mahdollista saavuttaa.

Terveydenhuoltoalue mahdollisti palvelujen yhteensovittamisen ja toimintaprosessien uudistamisen

Raja sen suhteen, mitkä diagnoosien tekemiset ja hoidot kuuluvat erikoissairaanhoidon ja mitkä perusterveydenhuoltoon, on kuin veteen piirretty viiva. Myöskään nk. vaativan erikoissairaanhoidon ja nk. peruserikoissairaanhoidon tai terveydenhuollon ja vanhustenhuollon rajaa ei voida yksiselitteisesti määrittellä. Asiantuntijuslähtöisen sektoroituneen organisaation ongelmia ovat olleet organisaatio-

rajoista ja eri toimintakulttuureista johtuva prosessien sujumattomuus ja toisen organisaation osaamisen heikko arvostus.

Monien asiantuntijoiden mielestä alueellisesti järjestetyn terveydenhuollon pitäisi pystyä vastaamaan väestön perustason erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon sekä vanhustenhuollon palveluista yhtenä kokonaisuutena, mieluiten yhden organisaation tuottamana niin, että vain vaativin osa terveydenhuollosta järjestetään yliopistosairaalassa (vrt. esim. Puro 2007). Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen yhdistäminen samaan organisaatioon voi luoda paremmat mahdollisuudet palvelujen koordinointiin ja palvelujen yhteensovittamiseen päällekkäisyydet ja rajapinnat poistaen. Hoitoprosessin tulisi olla kokonaisuus, jossa asiakas saa tarvitsemiaan eri tason palveluja yhden vastuutahon yhteen sovittamana (vrt. esim. Puro 2007, Pekurinen ym. 2006).

Eräät asiantuntijat ovat esittäneet, että alueellisesti järjestetty terveydenhuolto syntyy luontevasti entisten aluesairaaloiden ympärille joko itsenäisinä tai osana keskussairaaloiden toimintaa. Toiminta osana keskussairaala korostaa terveydenhuoltoa kokonaisuutena, josta osa on vaativaa erityistason osaamista edellyttävää hoitoa, jota tarvitaan harvoin ja jota annetaan keskussairaalassa. Volyyimiltaan valtaosa erikoissairaanhoidosta on perustason osaamista edellyttävää hoitoa ja näitä useammin tarvittavia palveluja tulisi saada alueellisesti. (Vrt. esim. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2002, Pekurinen ym. 2006, Puro 2007.) Tämä tutkimus osoittaa, että toiminta osana keskussairaala mahdollistaa erikoissairaanhoidon hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen. Yhtenä organisaationa toimiminen mahdollistaa myös joidenkin erikoisalojen vastaanottopalvelujen tarjoamisen alueella tai esimerkiksi keskussairaalan ja alueellisen toimintayksikön yhteiset virat.

Terveydenhuoltoalueen edellyttämä väestöpohja

Kansallisessa terveyshankkeessa perusterveydenhuollon seudulliseksi väestöpohjavoitteenksi asetettiin 20 000–30 000 asukasta. Samassa yhteydessä todettiin, että ”aluesairaalat muodostavat terveydenhuoltoalueita yhdessä alueensa perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa”. Kunta- ja palvelurakenne -hanke päättyi esittämään perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalitoimen palvelujen järjestämisen ja tuottamisen muodoksi yhteistoiminta-alueita, jonka väestöpohjan tulisi olla vähintään 20 000 asukasta. KASTE-ohjelmassa sosiaali- ja terveystieteiden tavoiteltavaksi väestöpohjaksi esitetään vähintään 150 000:ta asukasta. Kaikki edellä mainitut väestöpohjat perustuvat asiantuntijamielipiteisiin. Optimaalista tai oikeaa väestöpohjaa Suomen oloihin ei voida määritellä yksiselitteisesti, koska olosuhteet eri alueilla vaihtelevat suuresti ja koska käytettävissä ei ole asiaa koskevaa tutkimustietoa.

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen väestöpohja oli perusterveydenhuollon osalta vuonna 2007 noin 12 000 asukasta ja erikoissairaanhoidon palvelujen

tuottamisen väestöpohja on noin 60 000 asukasta. Tutkimuksen perusteella voi päätellä, että toimintaa on mahdollista muokata ja rationalisoida taloudellisesti myös tällä väestöpohjalla. Se on kuitenkin herkästi haavoittuvaa, koska monet toiminnot ovat riippuvaisia yksittäisistä asiantuntijoista. Malli edellyttää myös tiivistä yhteistyötä keskussairaalan eri klinikoiden kanssa

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toiminnan jatkuvuuden ja taloudellisuuden sekä palveluprosessien sujuvuuden kannalta olisi tärkeää saada laajennettua väestöpohjaa kahdella tavalla: ensinnäkin siten, että terveydenhuoltoalue vastaisi useampien kuntien terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta, ja toiseksi siten, että vastaavien kuntien vanhustenhuollon palvelut olisivat osa terveydenhuoltoalueen toimintaa. PARAS-hankkeen väestöpohjasuosituksen viittaavat siihen, että tähän suuntaan Mäntän alueella tullaan menemään ja että siinä yhteydessä voidaan mahdollisesti ratkaista perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuoltoon liittyviä väestöpohjaongelmia.

Innovatiivisuus

Terveydenhuollon *sosiaalisella innovaatiolla* tarkoitetaan yksilön, ryhmän tai yhteisön luovan toiminnan tuloksena syntynyttä uutta ideaa, joka johtaa lisäarvoa tuotavaan tulokseen yksilön tai yhteisön hyvinvoinnissa, terveydessä tai palvelujärjestelmässä. *Systeeminen innovaatio* voi kohdistua koko terveydenhuoltojärjestelmään tai yksittäiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen. Systemisellä innovaatiolla on vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän eri osa-alueille, kuten lainsäädäntöön, ohjauksjärjestelmään sekä palvelujen järjestämiseen kansallisesti, alueellisesti, seudullisesti ja paikallisesti. (Kivisaari ym. 2004, Saranummi ym. 2005, Taipale ja Hämälinen 2007.)

Ajatus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokoamisesta yhteen nousi keskusteluun ensimmäisen kerran 1990-luvun alussa, kun valtionosuus uudistuksen loppuvalmistelujen yhteydessä esitettiin, että terveydenhuollon tulisi muodostaa yhtenäinen kokonaisuus. Myöhemmin ajatus esitettiin systemaatisemmin nimellä ”Terveydenhuollon UNELMA -malli” (Häkkinen ym. 1996).

Terveydenhuoltoalueen perustaminen merkitsi sitä, että sairaanhoitopiiri otti Suomessa ensimmäistä kertaa vastattavakseen tietyn maantieteellisen alueen perusterveydenhuollon palvelut yhteen sovittaen niitä perustason erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palvelujen kanssa. Terveydenhuoltoalueella lähdettiin erillisistä laeista (kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki) huolimatta toteuttamaan terveydenhuoltoa sopimuksenvaraisesti yhtenä kokonaisuutena palveluita yhteen sovittaen. Terveyskeskuksen ja aluesairaalan palveluja oli yhdistetty aiemminkin, lähinnä ratkaisuna aluesairaaloiden ongelmiin. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue poikkeaa muista perusterveydenhuollon ja aluesairaaloiden yhdis-

tämisistä siinä, että palvelujen yhteensovittaminen oli alusta pitäen tavoitteena ja että yhdistäminen tapahtui sairaanhoitopiirin organisaation sisään.

Myös tapa organisoida ja varmistaa kuntien vaikutusmahdollisuudet *ohjausryhmätyön* kautta oli kuntayhtymien tai niiden kaltaisten organisaatioiden ohjauksen välineenä uusi. Se poikkesi kuntalain (§ 82) määrittämästä toimielimestä. Tämä antoi mahdollisuuden muodostaa ohjausryhmä kuntien kannalta tarkoituksenmukaisesti johtavista poliitikoista ja virkamiehistä. Tutkimustiedon valossa näyttää siltä, että ohjausryhmätyöskentely antoi kunnille muutosvaiheessa uudenlaisen tavan huolehtia kuntien tavoitteiden toteutumisesta. Terveydenhuoltoalueen toimintamalli tuotti myös innovatiivisia *ratkaisuja eräillä osa-alueilla*. Tällaisia ovat ainakin lääkärin yhteiskäyttö yliopistosairaalan klinikoiden ja Mäntän sairaalan välillä. Terveydenhuoltoalueen tukipalvelujen ulkoistaminen ja yhtenäistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja sen liikelaitosten kanssa edustavat myös toistaiseksi poikkeuksellista hallinnollista mallia.

Innovatiivisuutta osoittaa myös se, että Mänttä on *nostettu osin esikuvaksi* ja osin *tärkeäksi referenssiksi* terveydenhuollon uudistuksia suunnitteleville koko Suomessa. Tosin aivan samankaltaisia uudistuksia ei toistaiseksi ole muualla tehty. Saranummi ja kollegat (2005) ovatkin tiivistäessään havaintoja suomalaisista innovaatioista nostaneet esille, että Suomessa ei heidän tutkimustensa perusteella tunnu olevan kovin suurta kiinnostusta kerran tehtyjen ratkaisujen hyödyntämiseen.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen arviointi

Toimeenpanoteorian käyttö viitekehystenä

Tutkimuksessa kysyin: 1) Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveystoimintoihin ja palvelujen saatavuuteen, 2) miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano on toteutunut ja 3) mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiselle? Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen pyrin vastaamaan hyödyntäen valtakunnallista tilasto- ja rekisteriaineistoa. Toiseen tutkimuskysymykseen pyrin vastaamaan haastattelujen, niitä tukevien paikallislehti- ja asiakirja-analyysin sekä väestö- ja henkilöstötutkimuksen avulla. Kolmanteen tutkimuskysymykseen hain vastausta omasta analyysistani ja muista vastaavista tutkimuksista sekä viimeaikaisista valtakunnallisista terveydenhuollon kehittämislinjauksista. Tutkimukseni lähestymisnäkökulma ja teoreettinen viitekehys muotoutuivat vähitellen tutkimuksen edetessä, mikä on hyväksyttävää laadullisessa tutkimuksessa (Alasuutari 1995). Tutkimuksessa teoria, van Meterin ja van Hornin sekä Sabatierin ja Mazmanianin esittämät toimeenpanon analyysimallit, antaa viitekehksen, jossa tutkimuksen aineistoja ja aikaisempia tutkimustuloksia käytetään kuvaamaan kohdetta ja jonka perusteella tehdään päätelmiä (Eskola ja Suoranta 1998, Eskola 2001). Tutkimusteoria ohjasi minua suhtautumaan kriittisesti alkuperäiseen oman esiyymmärryksen kautta nousseeseen teoreettiseen kehykseen.

Menetelmät

Tutkimuksessani hyödynsin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksessa olen pyrkinyt valitsemaan kunkin tutkimusongelman kuvaamiseen parhaiten soveltuvat menetelmät. Tutkimus painottuu kuitenkin laadulliseen tutkimukseen ja tilastotietojen hyödyntämiseen tulkintojen apuna.

Laadullisen tutkimuksen kattavuudella tarkoitetaan menetelmällistä kokonaisuutta, joka muodostuu aineiston koosta, sen käsittelystä, analyysin ja tulkinnan onnistuneisuudesta sekä tutkimusraportin kirjoittamisesta (Eskola ja Suoranta 1998). Tämän tutkimuksen aineisto oli monipuolinen ja sisälsi useita erilaisia näkökulmia. Laajan aineiston etuna on, että sen avulla on mahdollista saada monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta aineiston rikkautta ei käytännössä ole mahdollista kaikilta osin hyödyntää yhden tutkimuksen kokonaisuudessa.

Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoalueen toteuttamisen avainhenkilöhaastatteluilla kartoitettiin, mitä toimeenpanovaiheen aikana tapahtui, mitkä te-

kijät edistivät tai estivät tavoitteiden toteutumista. Haastattelua suositellaan tutkimusmetodiksi muun muassa silloin, kun halutaan selvittää, miten toimeenpaneva verkosto toimii ja mitkä tekijät vaikuttavat toimeenpanon onnistumiseen (vrt. Sabatier 1986, Kettunen 1995). Haastattelut muodostavat laadullisen tutkimusaineistoni perustan, ja sitä voidaan pitää laajana, koska haastattelut toteutettiin kuuden vuoden aikana kolme kertaa (pitkittäisaineisto), ja toisaalta suppeana, koska haastateltaviksi valittiin avainhenkilöitä rajatusti. Haastattelujen riittävyttä voidaan kuvata saturaatio- eli kylläntymispisteenä. Tällä tarkoitetaan, että aineiston keruun voi lopettaa silloin, kun uudet haastattelut eivät tuo enää mitään uutta tietoa. (Eskola ja Suoranta 1998, Pyörälä 1995.) Tässä tutkimuksessa esimerkiksi tiedonkeruu muutosprosessin aikaisista tapahtumista ei ollut haastattelujen keskiössä, koska ne varmistettiin analyysia tehtäessä asiakirja-aineistolla. Haastatteluisa mielenkiinnon kohteena olivat eri toimijaryhmien (kuntien poliittiset päättäjät, virkamiehet, terveydenhuoltoalueen johto ym.) näkemykset ja suhtautuminen muutosprosessiin sekä tavoitteiden toteutumiseen. Vaikka toimijaryhmiä oli useita, niin saturaatiopiste saavutettiin, eli haastattelujen määrä oli riittävä kattamaan avaintoimijoiden näkökulman. Vaihtelu olisi saattanut lisääntyä, jos haastattelujen kohderyhmää olisi laajennettu esimerkiksi työntekijöiden tai palvelujen käyttäjien suuntaan.

Paikallislehden kirjoitukset ja asiakirja-aineistot muodostavat laadullisen tutkimusaineiston toisen osan. Haastattelujen perusteella tehtyä analyysia syvennettiin ja havainnollistettiin poiminnolla paikallislehden kirjoituksista ja asiakirja-aineistoista. Tutkimuksen analyysin kannalta on tärkeää, että minulla oli prosessin aikana mahdollisuus osallistua joihinkin terveydenhuoltoalueen ohjausryhmän ja johtoryhmän kokouksiin, henkilökunnalle järjestettyihin tilaisuuksiin sekä Mäntän ja Vilppulan valtuustojen kokouksiin. Niissä oli mahdollisuus tehdä havainnointia, joka on tukenut minua tulosten tulkinnessa. Kaikki tutkimuksessa hyödynnetyt pöytäkirjat oli laadittu erittäin huolellisesti ja informatiivisesti. Niiden avulla oli mahdollista varmentaa tapahtumien kulkua ja toimeenpanon osapuolien erilaisia näkökulmia ja perusteluja. Havainnoinnin avulla saatoinkin kuitenkin tulkitta asioita syvemmin, koska kokouksen ilmapiiri tai vastakkainasettelujen luonne ei välity huolellisestikaan laaditusta pöytäkirjasta. Esimerkiksi osallistuin valmisteluvaiheen (2001) syksyllä ohjausryhmän kokoukseen, jossa kunnat esittivät taloutensa heikkenemisestä johtuen terveydenhuoltoalueen valmistelun lopettamista. Asiasta käytiin monipolvinen ja melkoisen kipakka keskustelu. Pöytäkirjaan kirjattiin, että kokouksessa ”käytiin periaatekeskustelua hankkeen tavoitteista, sitoutumisesta ja toimenpiteistä”.

Triangulaatiolla tarkoitetaan ”erilaisten aineistojen, teorioiden ja menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa” (Eskola ja Suoranta 1998, Yin 1994). Useiden aineistojen käyttö tässä tutkimuksessa oli perusteltua, koska muutosprosessista on vaikea saada kattavaa kuvaa yksittäisellä tutkimusmenetelmällä tai aineistolla.

Tutkijat ovat nostaneet esille neljä tapaa, miten triangulaatiota voi hyödyntää tutkimuksessa. Ne ovat aineisto-, tutkija-, teoria- ja menetelmätriangulaatio. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineisto- ja menetelmätriangulaatiota, jotka ovat hyvin lähellä toisiaan. Aineistotriangulaatiolla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa yhdistetään useammanlaisia aineistoja keskenään, kuten tässä tutkimuksessa on tehty hyödyntämällä mm. haastatteluja, kyselyjä ja tilastoja tutkimusaineistona. Menetelmätriangulaatiossa tutkimuskohdetta tutkitaan useilla eri aineistoilla ja menetelmillä. Tässä tutkimuksessa tutkimusmenetelminä käytettiin asiakirjojen ja haastattelujen sisällönanalyysejä, havainnointia sekä kysely- ja tilastoaineistojen ristiintaulukointia.

Yleistettävyyys

Yin (1994) määrittelee tapaustutkimuksen empiiriseksi tutkimukseksi, jossa tutkitaan nykyajassa tapahtuvaa ilmiötä sen omassa ympäristössä. Tapaustutkimus valitaan tutkimusmetodiksi yleensä silloin, kun halutaan vastauksia, ”miten” ja ”miksi” ilmiö on toteutunut. Tapaustutkimus kohdistuu yleensä vain yhteen tapaukseen, jolloin tutkimuskohteen valintaan vaikuttavat sen kiinnostavuus ja oletus, että se on keskeisiä tutkimuksen kiinnostuksen aiheita jotenkin tyypillisellä tavalla edustava tapaus. Tapaustutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että sen avulla on mahdollisuus ottaa huomioon tutkimuskohteen moniulotteisuus. (Yin 1994.)

Tapaustutkimus on usein laadullista tutkimusta, mutta jotta yleistettäviä päätelmiä voidaan tehdä, tarvitaan *monipuolinen, analyysin kannalta hyödyllinen aineisto*, joka kattaa tutkittavan alueen. Tutkimuksessa yleistykset tehdään paikallisen aineiston selittämisen pohjalta muodostetuista tulkinnoista. (Eskola ja Suoranta 1998, Alasuutari 1995, Uusitalo 1991.) Tässä tutkimuksessa monipuolinen aineisto ja myös tilastolliset analyysit koskevat yhtä tapausta, joten niidenkin osalta yleistäminen tehdään tapaustutkimuksen periaatteiden mukaisesti paikallisen aineiston selittämisen pohjalta muodostetuista tulkinnoista.

Yleistettävyyttä parantaa laajan ja tutkimuksen kannalta hyödyllisen aineiston lisäksi *tulosten vertaaminen* muihin vastaaviin tapauksiin tai muihin tutkimustuloksiin tai tulkintoihin. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan vain harvoin muodostaa vertailuasetelmaa, joten vertailu tehdään suhteessa muiden tutkimusten tuloksiin. Tämän tutkimuksen tulosten yleistämiseen muihin tutkimuksiin vertaamalla on ollut vain niukasti mahdollisuuksia, koska vastaavantyyppisistä prosesseista ei ole tehty tutkimusta ja koska useimmat organisaatioiden yhdistämistä koskevista tutkimuksista on tehty henkilöstön näkökulmasta ja perustuvat henkilöstökyselyihin.

Yleistämisellä voidaan tarkoittaa myös *siirrettävyyttä*, jolla tarkoitetaan tutkimuksen havaintojen sijoittamista toiseen toimintaympäristöön tai toiseen tapaukseen. Tällöin yleistettävyyys syntyy tutkimukseen perehtyneen lukijan toimesta. Tässä tutkimuksessa kuvataan yksityiskohtaisesti ja havainnoidaan kahden or-

ganisaation yhdistämistä, toimintojen supistamista ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista. Samanlaisia prosesseja on parhaillaan käynnistymässä eri puolella Suomea. Vertaamalla niiden kokemuksia ja tuloksia tässä raportoituun tutkimukseen on tulevaisuudessa mahdollista päästä laajempiin yleistyksiin.

Tutkijan rooli

Tutkija on laadullisessa tutkimuksessa keskeinen tutkimusväline ja luotettavuuden kriteeri. Oma taustani kehittämisselvitysten tekijänä ja tutkijana vaikuttaa tämän tutkimusaiheen valintaan ja tapaan käsitellä tutkimusongelmaa. Olen ollut mukana monissa kehittämisselvityksissä, joissa palvelujärjestelmää on uudistettu merkittävästi ja joista tässä tutkimuksessa arvioitu on yksi. Olen ollut mukana tässä selvityksessä etsimässä toimintamallia yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa ja suunnittelemassa toimintamallia, jolla kuntien asettamia tavoitteita toteutetaan.

Tutkijan esiympäristö tutkimuskohteesta tulee hyödyntää voimavarana. Vaarana on, että tutkija käyttää sitä ennakkokäsityksenä tai ideologisena arvostuksena ja tutkimuksesta tulee puolueellinen. Tätä vaaraa olen pyrkinyt välttämään vertaamalla omia havaintojani ja tuloksiani aiemmin julkaistuihin tutkimuksiin. Myös tutkimuksen tilastolliset analyysit ovat auttaneet minua välttämään puolueellisia johtopäätöksiä.

Tutkija on laadullisessa tutkimuksessa osa sitä kontekstia, jota hän tutkii. Teema-haastattelun tekijä ja havainnoija tulee osalliseksi tutkimansa yhteisön elämää ja Peräkylän (1995) mukaan väistämättä myös osaksi tutkimansa yhteisön ristiriitoja ja intressien kamppailua. Tutkittava yhteisö antaa tutkijalle roolin suhteessa omaan, tutkimuksen kohteena olevaan toimintaan. (Peräkylä 1995.) Minkälaisen roolin avaintoimijat minulle antoivat? Olin tullut prosessin aikana tutuksi, koska suuri osa haastateltavista oli ollut mukana jo selvitysvaiheessa. Haastattelut olivat hyvin avoimia ja on mahdollista, että haastateltavat ottivat tutkijan oman asiansa edistäjänä ja ainakin tuntuivat pitävän tutkimuksen tekemistä myös heidän toimintansa arvostamisena. Myönteisyyteen haastatteluissa saattoi myös vaikuttaa se, että haastatteluteemat oli laadittu terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden mukaisiksi, joita useimmat haastateltavat olivat olleet laatimassa. Haastatellut siis arvioivat, miten heidän itsensä asettamat tavoitteet tulevat toteutumaan. Positiivisuutta saattoi myös lisätä se, että olin ollut mukana laatimassa tavoitteita ja että haastateltavat halusivat mahdollisesti myötäillä oletettua haastattelijan myönteistä näkemystä terveydenhuoltoalueuudistusta kohtaan.

Haastatteleamalla useaan kertaan samoja henkilöitä ja olemalla mukana ohjausryhmän ja johtoryhmän sekä kuntien valtuustojen kokouksissa olen saanut mahdollisuuden myös havainnointiin. Tätä kautta olen päässyt sisälle toteuttamiseen liittyviin tahtotiloihin, odotuksiin, ristiriitoihin ja vaikeuksiin huomattavasti monipuolisemmin kuin huolellisestikaan laaditut pöytäkirjat voivat tietoa välittää. Prosessin aikana minulla on ollut mahdollisuus havaita, miten yksittäinen

henkilö pystyy osoittamalla tinkimätöntä tahtotilaa vaikuttamaan prosessin onnistumiseen, vaikka muut olisivat valmiita vaikeuksissa luovuttamaan. Tai miten yksittäinen henkilö pystyy hankaloittamaan muutoksen toteuttamista ja luomaan epävarmuutta koko organisaatioon. Oltuani mukana joissakin ohjaus- ja johtoryhmän kokouksissa havaitsin, että päätösten tekeminen prosessin etenemisestä on usein ollut monin verroin vaikeampaa kuin pöytäkirjojen niistä kertoma.

Arvioinnin ajankohdan tärkeys tutkimuksen luotettavuudelle

Tutkimusten luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon aineistojen keruun ja arvioinnin ajankohta suhteessa toteutettuun muutokseen. Uudistuksen alullepanijoilla on usein halu osoittaa muutoksen vaikutukset nopeasti ja siksi myös arviointi tehdään pian toteutetun uudistuksen jälkeen. Arvioinnin ajankohdan määrittämisessä tulee huomioida, minkälaisesta muutoksesta on kyse ja kenen näkökulmasta tai minkälaisen tiedonkeruun perusteella arviointi tehdään. Sabatier (1986) on nostanut esille, että valtiollisten tai laajojen ohjelmien tuloksellisuutta voidaan arvioida vasta noin 5–10 vuoden kuluttua. Toisaalta mitä pidempi aika muutoksen toteuttamisesta on, sitä vaikeampaa voi olla arvioinnissa todeta, mikä oli muutoksen aiheuttama vaikutus ja mikä on sen jälkeisten muiden tapahtumien vaikutus.

Mäntän terveydenhuoltoalueen toteutumisen alustava arviointi (Junnila 2005) tehtiin toimeenpanovaiheen päättyessä vuoden 2004 lopulla ja 2005 alkupuolella. Silloin kertyneet henkilöstö- ja väestötutkimusten aineistot sekä haastatteluaineistot ovat myös tämän tutkimuksen aineistona. Tilastotarkastelut on tehty tätä tutkimusta varten uudelleen ja aineistona käytettiin syksyllä 2007 käytössä olutta tuoreinta tilastoaineistoa.

Tutkimuksen henkilöstökyselyn toinen vaihe tehtiin ajankohtana, jolloin uudistuksen eniten henkilökuntaan vaikuttaneet muutokset olivat juuri tapahtuneet. Muutostilanteen vaihe saattoi vaikuttaa sekä vastaushalukkuuteen että myös vastauksissa esitettyihin mielipiteisiin. Esimerkiksi Laakso ja Möttönen (2000) toteivat henkilöstökyselyyn perustuvassa tutkimuksessaan viisi vuotta yhdistymisen jälkeen, että organisaatio tarvitsee rauhoittumisvaiheen, jolloin vasta voidaan tehdä päätelmiä muutoksen onnistumisesta. Myös Buono ja Bowditch (1987) ovat todenneet, että yhtenäisen kulttuurin saavuttamista voidaan arvioida vasta viiden vuoden kuluttua. On mahdollista, että myös väestökysely tehtiin ajankohtana, jolloin esillä oli enemmän kielteisiä kuin myönteisiä muutkokokemuksia. Tämän tutkimuksen henkilöstö- ja väestökyselyjen tulokset kertovat kuitenkin siitä, miten henkilöstö tai väestö on kokenut käynnissä olleen muutoksen kyselyhetkellä, toimeenpanovaiheen päättyessä.

Toimeenpanoprosessin aikaisia tapahtumia analysoitiin tässä tutkimuksessa useilla aineistoilla: selvitysvaiheessa sekä toimeenpanon valmistelu- ja päättymisvaiheessa kerätyillä aineistoilla (haastattelut, henkilöstö- ja väestökyselyt), muu-

tosprosessin aikana kertyneellä aineistolla (asiakirjat, paikallislehden kirjoitukset) sekä tilastoaineistolla. Toimeenpanovaiheen lopussa kerätyllä aineistolla ei vielä voi tehdä lopullisia päätelmiä muutoksen myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista. Aineiston monipuolisuus mahdollistaa kuitenkin päätelmien tekemisen muutosprosessin toteuttamista edistäneistä ja haitanneista tekijöistä. Tilastotarkastelun avulla voidaan tarkastella muutoksen keskeisimmäksi tavoitteeksi muodostuneen menotason alentamisen saavuttamista.

10.2 Mitä muutosprosessista voisi oppia

Muutosprosessi tulee käynnistää nopeasti sen jälkeen, kun yhteisymmärrys tavoitteista on saavutettu

Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen edellyttää huolellista taustavalmistusta, koska muutoksesta päättäminen ja sen toteuttaminen ovat käytännössä monien erilaisten intressien ja tahtotilojen yhteensovittamista. Muutoksen osapuolilina ovat tavallisesti kunnan tai useiden kuntien poliittiset päättäjät ja virkamiehet ja muutoksen kohteena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation ammattilaiset ja eri ammattiryhmät. Moniin muutoksiin liittyy myös alueellinen toimija, kuten sairaanhoitopiiri tai maakunta. Uudistusprosessi tavallisesti käynnistetään, kun on olemassa konkreettinen ongelma, joka halutaan ratkaista toimintaa muuttamalla. On mahdollista, että eri osapuolet näkevät ongelman ja sen ratkaisumahdollisuudet omasta näkökulmastaan hyvin eri tavoin, ja siksi yhteisymmärryksen saavuttamiseksi tarvitaan perusteellinen tilannekartoitus ja lähtötilanteen analyysi. Yhteinen tahtotila on todennäköisesti mahdollista saavuttaa paremmin, jos ongelmat konkretisoidaan monipuolisella ja perusteellisella analyysillä, eri vaihtoehtojen etuja ja haittoja punnitaan huolellisesti ja valittava etenemistie sovitaan prosessin tuloksena yhdessä. Päätökset muutosprosessin käynnistämisestä tulisi tehdä ripeästi sen jälkeen, kun tavoiteltavasta uudistuksesta ja sen päämääristä on päästy riittävään yksimielisyyteen. Samalla tulisi myös päättää muutoksen aikataulusta ja seurannasta, jotta kaikki osapuolet ja toimijat tietäisivät, milloin sovittu muutosprosessi on ohi ja he saisivat palautteen asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta.

Mäntän seudulla terveydenhuoltoalueen perustamispäätöksen huolellinen ja laajassa yhteistyössä toteutettu valmistelu johti yhteisymmärrykseen tavoitteista ja sen toteuttamistavasta sekä mahdollisti nopean päätöksenteon ja muutosprosessin käynnistämisen. Viivyttely päätöksenteossa olisi mahdollisesti nostanut vasta-argumentteja ja vesittänyt päätöksen. Käytännön asiat ja ongelmat ratkotaan muutoksen toteuttamisen aikana. Aikaa kuluu, jos kaikki muutoksen toteuttamiseen liittyvät asiat pyritään ratkaisemaan etukäteen ja hakemaan niihin konsensusta. Lisäksi uudistuksen vastustajat ehtivät koota rivinsä. Kuntien taloudellinen tilanne heikkeni valmisteluvuoden aikana merkittävästi ja on mahdollista, että terveyden-

huoltoalue olisi jäänyt perustamatta, jos kuntien päätöksenteko olisi jätetty esimerkiksi valmisteluvuoden loppupuolelle. Nopea päätös terveydenhuoltoalueen perustamisesta on ollut kuntien kannalta terveydenhuollon kustannusten kasvua hillitsevä ja palvelut turvaava päätös. Myös kokemukseni monista muista kehittämiss Hankkeista on osoittanut, että päätösten tekeminen ja muutosprosessin käynnistäminen viiveettä sen jälkeen, kun tahtotila on selvillä, johtavat usein parempaan tulokseen kuin päätösten ja muutoksen käynnistämisen viivyttely.

Muutoksessa tarvitaan tahto-asianajaja

Suurten muutosten toteuttamisessa tarvitaan johtajaksi uudistaja, jolla on selkeä tahtotila ja joka uskoo asiaan ja vie muutosta tavoitteellisesti ja määrätietoisesti eteenpäin. Johtajalla tulee olla myös vaikutusvaltaa ja kyky ottaa koko organisaatio ja sen hankalimmatkin henkilöt mukaan muutoksen toteuttamiseen. Muutosta toteuttavien joukossa on aina epäileviä ja vastustavia henkilöitä. Esimiehillä voi olla omat intressinsä varjella omia etujaan ja henkilöstö vastustaa muutosta joka tapauksessa. (Vrt. esim. Laakso ja Möttönen 2000.) Oleellista on, miten muutosjohtaja onnistuu ottamaan myös vastustajat ja epäilijät mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen ja hyödyntämään heitä yhtenä käyttövoimana. Terveydenhuoltoalueen toteuttamisessa oli vähintäänkin kolme muutosjohtajatahoa: sairaanhoitopiirin johtaja, kuntien ohjausryhmän edustajat ja terveydenhuoltoalueen johtaja sairaanhoitopiirin johdon tukemana.

Sairaanhoitopiirin johtaja toimi erityisesti muutoksen alkuvaiheessa tahto-asianajajana ja suunnan näyttäjänä. Hän myös mahdollisti sairaanhoitopiirin asiantuntemuksen hyödyntämisen valmisteluvaiheessa sekä välitti sairaanhoitopiirin sitoutumisen hankkeeseen kuntien epäilyistä huolimatta. Myöhemmässä vaiheessa terveydenhuoltoalueen johtaja toimi tahto-asianajajana. Selkeitä perusteluja ja jatkuvaa suunnan näyttämistä tarvittiin erityisesti, kun terveydenhuoltoalue joutui perustelemaan kustannusten karsimiseksi tehtyjä palvelujen muutoksia. Perusteluja tuli esittää väestölle, poliittisille päättäjille (joiden valitsevat edustajat olivat itse olleet päättämässä muutoksista) ja henkilökunnalle. Tahto-asianajajana voidaan pitää myös ohjausryhmää, joka toimi sitoutuneesti muutoksen edistäjänä kuntien ja sairaanhoitopiirin ainakin eräissä suhteissa erilaiset intressit yhteen sovittamalla saavutetun yhteistahdon mukaisesti ja terveydenhuoltoalueelle asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. Toimeenpanovaiheen aikana ohjausryhmä omaksui jossain määrin myös operatiivisen johtajan roolin kuntien säästövaatimusten toteuttajana. Toiminnan supistamisista päätettiin välittämättä organisaation muutoksen sietokyvystä tai jäljelle jäävän toiminnan järkevyydestä.

Epäilijät, vastustajat ja sivuutetut hidastavat muutosprosessia tai toimivat sen käyttövoimana

Suuriin muutoksiin liittyvä epäily on luonnollinen osa sen toteuttamista. Epäilevät kysymykset ovat käyttövoima, joka auttaa muutoksen johtajia korjaamaan tehtyjä valintoja prosessin aikana. Muutoksessa on kuitenkin usein myös vastustajansa, jotka voivat toimillaan haitata ja hidastaa prosessin etenemistä riippuen heidän roolistaan ja asemastaan organisaatiossa. Muutosjohtajan haasteena on erottaa todelliset vastustajat epäilijöistä ja etsiä keinoja sekä epäilijöiden että vastustajien ottamiseksi mukaan.

Terveystenhoitoalueen perustamiselle oli epäilijöitä ja vastustajia. Muutamat henkilöt esittivät epäilyjä tavoitteiden saavuttamisesta valituilla keinoilla ja vastustivat siksi uudistusta. Monet vastustajista olivat keskeisessä roolissa terveydenhuoltoalueen suunnittelussa ja toteuttamisessa ja hankaloittivat omilla toimillaan muutosprosessia. Muutosjohtamisen haasteena oli, miten muutoksen epäilijöihin, mutta etenkin vastustajiin olisi yksittäisissä tilanteissa pitänyt suhtautua: pitäisikö heidät ottaako mukaan muutoksen toteuttamisen keskiöön vai jättää sivummalle. Usein ratkaisut ovat tapauskohtaisia, mutta oleellista on, että asia käsitellään epäilijöiden ja vastustajien kanssa henkilökohtaisesti ja kerrotaan muutosjohtajan heihin kohdistamat odotukset, joiden toteutumista seurataan.

Muutoksesta tiedottaminen, huolellisestikin hoidettu, koetaan usein riittämättömäksi. Terveystenhoitoalueen valmistelu- ja toimeenpanovaiheen aikana järjestettiin henkilökunnalle useita tiedotus- ja keskustelutilaisuuksia. Joihinkin oli mahdollista lähettää myös kysymyksiä etukäteen. Tilaisuuksia ei pidetty kovin onnistuneina, koska melko yleisesti koettiin, että esitettyihin kysymyksiin ei saatu vastauksia. Tutkimuksissa on todettu (esim. Taskinen 2005, Saxén ja Vuori 2005), että erityisesti epävarmuus omasta tulevaisuudesta nostaa esille epäileviä ja kriittisiä kysymyksiä. Usein ne koskevat asioita, jotka pystytään ratkomaan vasta muutosprosessin kuluessa. On kuitenkin mahdollista, että epäonnistuneetkin tiedotustilaisuudet olivat terveydenhuoltoalueen muutoksen johtamisen kannalta merkittäviä ja niissä käyty keskustelu ja ”vastausta vaille jääneet kysymykset” vaikuttivat myöhemmin muutosprosessin aikana tehtyihin valintoihin.

Uudistuksessa voidaan myös sivuuttaa joitakin muutoksen toteuttamisen kannalta avainasemassa olevia henkilöitä tai ryhmiä joko epähuomiossa tai tarkoituksella. Terveystenhoitoalueen toteuttamisessa sivuutettuina voidaan pitää joitakin vilppulalaisia avainpäättäjiä ja lääkärikuntaa kokonaisuutena. Muutoksen keskiössä olleet henkilöt muodostivat ”eliitin”, joka päätti kunnan ja terveydenhuoltoalueen edustajina prosessin etenemisestä. Vilppulassa mielipiteet terveydenhuoltoalueesta jakaantuivat kahtia, kun ”eliitin” ulkopuolelle jääneet, kunnan valtuustoon keskeiset vaikuttajat, vastustivat äänekkäästi tehtyjä ratkaisuja ja valmistelivat vaihtoehtoisia malleja terveydenhuollon järjestämiseksi. Kunnan valtuustoon keskeisten vaikuttajien ”joutuminen sivuraiteelle” ohjausryhmästä ta-

pahtui sovittujen valintaperusteiden mukaisesti, mutta sivuuttamista on vaikea pitää tarkoituksellisena.

Lääkärikunnan sivuuttaminen tapahtui osin lääkäreiden omien valintojen, osin epäonnistuneen johtamisen seurauksena. Useat lääkärit ilmaisivat, että muutos ei heidän työtään juuri koskenut. Tätä voidaan myös pitää passiivisena muutoksen vastustamisen muotona, hiljaisesti varmistetaan, että kaikki jää ennalleen. Muutosta koskeviin yleisiin tiedotus- ja keskustelutilaisuuksiin lääkärit eivät juuri osallistuneet ja lääkäreiden muutosprosessiin keskittyviä keskinäisiä kokouksia ei valmistelu- ja toimeenpanovaiheen aikana pidetty. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtoryhmässä oli pitkään terveydenhuoltoalueen johtajan lisäksi ainoana lääkäriedustajana muutosta vastustava henkilö. Tämä tutkimus ei antanut selitystä siihen, miksi lääkäreiden annettiin jäädä muutosprosessin ulkopuolelle tai miten lääkärit pystyivät olemaan näinkin ulkopuolisessa roolissa muutoksen aikana. Idänpään-Heikkilän (2007) tutkimuksessa tuli esille, että lääkäreitä ei osata motivoida riittävästi kehittämistyöhön.

Rakenteellisten muutosten suunnittelu tulisi aloittaa ”puhtaalta pöydältä”

Rakenteellisten muutosten toteuttamisen suunnittelu olisi suotavaa käynnistää ”puhtaalta pöydältä”, niin että olemassa olevat rakenteet, resurssit, toimitilat tai toimintatavat eivät asettaisi rajoitteita uudistuksen suunnittelulle. Kun yhteisymmärrys muutoksen perusteista on saavutettu, tulisi seuraavaksi konkretisoida tavoitteita: millaista toimintamallia ja uusia toimintatapoja tavoitellaan ja millaista osaamista tarvitaan. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen muutoksiin usein liittyvä tavoite kustannusten alentamisesta tulisi konkretisoida eri osapuolien kesken yhtäpitävästi heti alkuvaiheessa. Lähtötilanteen taloudellinen tilanne ja kustannukset muutoksen kohdeorganisaatioissa tulisi selvittää tarkasti, jotta vaadittavan muutoksen suuruus olisi muutosprosessia suunnittelevien tiedossa.

Toteuttamissuunnitelmassa ratkaistaan, miten olemassa olevat rakenteet, toimintatavat ja osaaminen muunnetaan asteittain prosessin kuluessa tavoitteen mukaisiksi. Selkeä toteuttamissuunnitelma parantaa muutoksen onnistumisen edellytyksiä, epäselvä suunnitelma hidastaa ja hankaloittaa muutoksen toteutusta tarvittavien muutosaskelten kuvausten jäädessä epämääräisemmiksi.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimeenpanon toteuttaminen käynnistyi olemassa olevista rakenteista ja niiden muuttamisesta prosessin kuluessa. Strategiana oli käynnistää suunnittelu mahdollisimman nopeasti ja ottaa mahdollisimman moni mukaan uudistusten suunnitteluun. Valittu strategia osoittautui kuitenkin liian hitaasti prosessia edistäväksi. Työryhmien suunnitelmat eivät olleet kovin konkreettisia, koska niiltä puuttui tieto, minkälaisen kokonaisuuden osaksi työryhmä toimintaa suunnittelee. Valittu strategia johti myös tilanteeseen, jossa supistamis- päätöksiä jouduttiin tekemään pakon edessä kesken suunnitteluvuotta. Taloudellisesta tilanteesta johtuen tukipalvelujen rationalisointi olisi pitänyt tehdä heti

terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistyessä, eikä vasta noin kaksi vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen.

Tutkimuksen tulosten mukaan on myös ilmeistä, että perustoiminnan ja tukipalvelujen suunnittelu on hyvä uudistusprosessin käynnistyessä erottaen selkeästi toisistaan. Tutkimuksen mukaan voi päätellä, että perustoiminnan suunnittelu kärsi tukipalveluja koskevien päätösten viivästyessä. Tämä osaltaan vaikutti siihen, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittaminen ei edennyt toimeenpanon alkuvuosien aikana kovin pitkälle. On mahdollista, että näin menetettiin tilaisuus merkittävien toiminnallisten muutosten toteuttamiseen. Toiminnallisten muutosten toteuttaminen on kehittämishankkeista saamani kokemuksen mukaan monin verroin vaikeampaa, jos niitä ei toteuteta organisaatioiden tai toimintojen yhdistyessä.

Muutoksen toteuttamista pitää resursoida riittävästi

Muutoksen toteuttamisessa onnistuminen edellyttää sen riittävää resursointia. Resursseja tarvitaan toiminnan uudistamisen suunnitteluun, uusia toimintoja tukeviin tilajärjestelyihin, tietojärjestelmien ajanmukaistamiseen ja henkilökunnan kouluttamiseen. Terveyspalvelujen uudistaminen poikkeaa esimerkiksi teollisen tuotantoprosessin uudistamisesta, koska toimintaa ei voi keskeyttää tai olennaisesti hidastaa muutosprosessin aikana. Siksi toiminnan sisällöllisten ja prosesseja uudistavien muutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen tulee irrottaa ja vapauttaa henkilökuntaa tavanomaisista tuotannollisista tai hallinnollisista tehtävistään. Tarvittavien sijaisjärjestelyjen toteuttaminen edellyttää usein myös erillisrahoitusta.

Tutkimus tuo selkeästi esille tarpeen irrottaa muutoksen toteuttamisen suunnitteluun riittävästi asiantuntijoita. Terveidenhuoltoalueen valmisteluvuoden aikana muutosjohtaja oli ainoa muutoksen toteuttamiseen irrotettu henkilö, jolla ei ollut muita organisaatioiden johtamiseen liittyviä tehtäviä. Muutoksen suunnittelu toteutettiin käytännössä lukuisissa johtoryhmän ja työryhmien kokouksissa, joihin käytetty aika otettiin perustehtävien, erityisesti paljon valmisteluvastuita saaneiden esimiesten perustehtävien hoitamisesta. Näin mahdollisesti molemmat tehtävät, sekä terveyskeskuksen ja aluesairaalan perustyö että terveydenhuoltoalueen suunnittelu, tulivat heikommin hoidetuiksi kuin olisi ollut suotavaa. Tämä koetteli ilmeisesti myös henkilöstön jaksamista, minkä voi päätellä tämän tutkimuksen henkilöstötutkimusosuuden tuloksista.

Suuri ja taloudellisesti vahva organisaatio pystyy toteuttamaan uudistuksen vaatimat välttämättömät alkuinvestoinnit paremmin kuin pieni ja taloudellisesti heikko organisaatio. Tämä vahvistaa uuden organisaation pitkän aikavälin kestävät toimintaedellytykset. Sairaanhoidopiiri tuki terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistämistä investoimalla tilajärjestelyihin, kouluttamalla henkilökuntaa muutoksen läpivientiin ja tarjoamalla organisaatioiden käyttöön yhdistämisen käytännön järjestelyissä tarvittavaa asiantuntemusta. Myös potilastietojärjestelmät ja

johdon raportointijärjestelmät uusittiin terveydenhuoltoaluetta palveleviksi ja sairaanhoitopiirin tietojärjestelmien kanssa yhteensopiviksi. Sairaanhoitopiiri mahdollisti käynnistämismuutoksen investointituen terveydenhuoltoalueelle niin, että kulut kuoletetaan useamman vuoden aikana. Vastaavien investointien toteuttaminen olisi ollut todennäköisesti vaikeampaa, jos yhdistyminen olisi toteutettu perustamalla kuntien omistama kuntayhtymä ja toteuttamalla perinteinen terveyskeskus- aluesairaala fuusio.

10.3 Tilastotietojen käyttö paikallispoliittisessa terveydenhuollon päätöksenteossa

Kunnilla on poliittisen päätöksenteon tueksi käytettävissä runsaasti kansallista ja omasta toiminnasta kertyvää tilasto- ja muuta tietoa, jonka avulla toimintaa voidaan tarkastella kehityskulkuina tai vertailemalla muiden samanlaisten kuntien vastaavanlaiseen toimintaan.

Kunnat hyödyntävät julkisia ja myös omia tilastojaan puutteellisesti päätöksenteossa. Yleisemminkin pätevä esimerkin omien tietojen puutteellisesta hyödyntämisestä tarjoaa tämän tutkimuksen luvussa 6 kuvattu sosiaali- ja terveydenhuollon talousarvioiden suunnittelukäytäntö. Kuntien budjetoimat sosiaali- ja terveydenhuollon menot ylittyivät joka vuosi 1990-luvun jälkipuolelta lähtien. Kunnat pyrkivät heikkenevästä taloudellisesta tilanteesta johtuen säästämään menoissa varaamalla rahaa palveluihin edellisiä vuosia vähemmän. Näin siitä huolimatta, että tiedot väestön palvelutarpeiden ja käyttötottumusten muutoksista viittasivat pikemminkin tarpeeseen varata aiempaa enemmän rahaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen. Terveydenhuoltoalueen perustaminen voidaan nähdä yhtenä kuntien yrityksenä ratkoa rahoitusmahdollisuuksien ja kasvavien palvelutarpeiden ristiriitaa. Taloudellista ratkaisua olisi voitu lähteä etsimään kuitenkin jo useita vuosia aiemmin edellyttämällä erityisesti kansanterveystyön kuntayhtymän talouden tervehdyttämistä.

Väestön näkökulmasta on tärkeää, että sosiaali- ja terveyspalvelut suunnitellaan väestön palvelujen tarve huomioiden. Alueilla, joissa väestö on keskimääräistä iäkkäämpää ja sairaampaa, kuten Mäntän seudulla, väestö tarvitsee runsaasti terveydenhuollon palveluja. Palvelujen resursoinnin riittävyttä tulee siis tarkastella ja arvioida suhteessa väestön palvelujen tarpeeseen. Esimerkiksi terveydenhuollon asukaskohtaisten kustannusten vertailu kuntien kesken antaa usein aivan erilaisen tuloksen, kuin jos kustannuksia verrataan tarvekioidusti, väestörakente, sairastavuus ym. palvelutarpeisiin vaikuttavat tekijät huomioiden. Kunnalla on palvelujen järjestämisvelvollisuus ja väestön suhteellisen palvelutarpeen arviointi on mahdollista tehdä luotettavasti hyödyntämällä julkisesti saatavilla olevia tutkimustietoon perustuvia tarvekertoimia. Kunnat myös saavat valtionosuutta sosiaali-

li- ja terveystalvelujen järjestämiseen karkeasti arvioitujen väestön palvelutarpeiden perusteella.

Terveydenhuollon kustannusten karsiminen edellyttää toimintojen rationalisointia ja palvelujen uudelleen järjestelyjä. Tämä synnyttää luontevaa, mutta osin myös tarkoitushakuista vastustusta eri tahoissa. Tämän tutkimuksen kohdekunnissa vilppulalaiset vastustivat lääkäreiden vastaanottopalveluja koskevaa muutosta monin kansalaisten käytössä olevin keinoin. Esimerkiksi samat poliitikot, jotka olivat äänekkäimmin vaatineet kustannusten karsimista, vastustivat lääkäreiden vastaanottopalvelujen keskittämistä sairaalalle. Terveydenhuoltoalueen johto ja ohjausryhmässä päättäji en toivomaa päätöstä tehneet poliitikot jäivät puolustamaan supistamisvaatimusten edessä tehtyä päätöstä.

Toimeenpanovaiheen aikana terveydenhuoltoaluetta vastustettiin monista muista kehittämistä ja muutoshankkeista tutuilla argumenteilla. ”Terveydenhuolto vie meiltä kaikki rahat” ja terveydenhuolto ”kuristaa” sosiaalipalveluja. Väittämiä pitikin tässä tutkimuksessa tarkastellussa tapauksessa tavallaan paikkansa, koska alimitoitetuista budjettivarouksista johtuen terveydenhuollolle budjetoidut menot ylittivät vuosittain. Kuvaavan esimerkin omasta ennakko-odotuksesta luopumisen vaikeudesta tarjoaa toimeenpanovaiheen arvioinnin tulosten esittely Mäntän valtuustolle marraskuussa 2005. Vaikka terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menokehitys oli Mäntässä huomattavasti maltillisempaa kuin muualla maassa, niin valtuutetut eivät puheenvuoroissaan huomioineet Mäntän kannalta positiivisia tuloksia. Puheenvuorojen viesti oli edelleen se, että ”terveydenhuolto ja vanhustenhuolto vievät kaikki kunnan rahat”.

Kunnallisen päätöksenteon tavoitemallina voidaan pitää (Möttönen 1996) poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden liittoutumista, tasapainoista yhteistyötä, jossa molemmat osapuolet pyrkivät sovittamaan intressit yhteen väestön parhaaksi. Tasapainomallissa poliitikot hyödyntävät viranhaltijoiden osaamista ja keräämää tietoa päätöksenteon perustana, asettavat tavoitteita ja seuraavat niiden toteutumista. Tilastotiedon hyödyntäminen kunnallisen päätöksenteon perustana näyttää kuitenkin olevan vähäistä.

10.4 Faktoja ja fiktioita terveydenhuollon julkisessa keskustelussa

Terveydenhuollon järjestämisestä käytävään keskusteluun liittyy paljon sellaisia tosiasioita ja uskomuksia, joita toistellaan välittämättä niiden todenperäisyydestä tai saamatta asioiden tilaa paremmaksi. Taustalla vaikuttanevat vuonna 1993 toteutettu valtiosuuslainsäädäntö, joka määritteli kunnan vastuulliseksi terveystalvelujen järjestämisestä, sekä Suomen pirstaleinen kuntarakenne. Kansanterveyslain myötä (1972) maahan rakennettiin terveyskeskusjärjestelmä. Silloin valtion

rahoituksen ehtona oli, että perusterveydenhuolto organisoidaan vähintään 10 000 asukkaan väestöpohjalla, tätä pienempien kuntien tulisi muodostaa kuntainliittoja. Suuri osa kansanterveystyön kuntainliitosta purettiin valtionosuusuudistusta seuranneina vuosina, koska rahoitusjärjestelmän muuttuessa kunnat halusivat itse päättää palvelujen järjestämisestä ja niiden kustannuksista. Tämän kehityksen myötä perusterveydenhuollon palvelut järjestetään kansallisesti ja kansainvälisesti arvioituna suurelta osin erittäin pienillä väestöpohjilla. Järjestämisvastuun myötä pieniltäkin kunnilta edellytetään asiantuntemusta suunnitella terveydenhuollon palvelut taloudellisesti niin, että myös niiden saatavuus on varmistettu.

Erikoissairaanhoito jyrää perusterveydenhuollon

Terveydenhuolto on Suomessa järjestetty porrasteisesti, millä tarkoitetaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vaativan erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa, joka voi käytännössä toteutua hyvinkin eri tavoilla eri puolilla Suomea. Perusterveydenhuollon ja joissain tapauksissa myös osan erikoissairaanhoidon palveluista kunnat järjestävät joko omana toimintana tai omistamansa kuntayhtymän kautta. Vaativa erikoissairaanhoito järjestetään yksinomaan kuntien välisenä yhteistyönä erikoissairaanhoidon kuntayhtymissä, sairaanhoitopiireissä. Perusterveydenhuollon ensisijaisuus hoitomuotona on hoidon porrastuksen keskeinen periaate. On kuitenkin väitetty, että palvelujärjestelmän sisällä kehitys painottuu liiaksi erikoissairaanhoitoon perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon kustannuksella.

Keskustelu erikoissairaanhoidon ylivallasta perustuu moniin erilaisiin näkökulmiin ja perusteisiin. Erikoissairaanhoidon ylivaltaa on muun muassa perusteltu sillä, että erikoissairaanhoidossa on enemmän lääkäreitä. Lisäksi julkisessa keskustelussa korostuu perusterveydenhuollon lääkäripula.

Väitettä erikoissairaanhoidon ylivallasta perustellaan myös kuntatalouden näkökulmasta: kunnalla on vähemmän mahdollisuuksia vaikuttaa erikoissairaanhoidon menotason kuin omana palveluna tuotettuun perusterveydenhuoltoon. Tässä tutkimuksessa tulivat myös esille erot kunnan ja erikoissairaanhoidon talouden suunnittelujärjestelmissä. Sairaanhoitopiirillä on alueellinen näkökulma ja velvoitteet tuottaa tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut. Kunnalla on velvoite kuntatason budjettirahojen riittävydestä. Erikoissairaanhoidon ylivalta -keskustelussa lienee pohjimmiltaan kyse siitä, mihin kunta voi suoraan vaikuttaa.

Erikoissairaanhoidon osuus yhteenlasketuista terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kustannuksista on sairaanhoitopiirien perustamisesta, vuodesta 1993 lähtien ollut hieman yli 50 %. Erikoissairaanhoidon osuus kustannuksista ei ole myöskään kasvanut hoitotakuun vaikutuksesta (Pekurinen ym. 2007).

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suhdetta voi tarkastella myös tiedollisen ylivallan asettelmana. Perustasolla toimiva yleislääkäri konsultoi erikoissairaanhoidon lääkäriä tai lähettää potilaan hoitoon erikoissairaanhoitoon,

kun perustason osaaminen ei ole riittävä potilaan hoitamiseksi. Sujuvan hoidon porrastuksen näkökulmasta myös erikoissairaanhoidon pitäisi konsultoida perusterveydenhuoltoa erityisesti silloin, kun on kyse jatkohoidon suunnittelusta. Molempiin suuntiin toimiva konsultaatiokäytäntö tukee myös näkemystä perusterveydenhuollon ensisijaisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.

Myös organisaatioiden koko ja niille asetetut erilaiset tehtävät vaikuttavat tiedollisen ylivallan asetelmaan. Erikoissairaanhoidon organisaatiot ovat suuria ja joutuvat uudistumaan koko ajan. Tähän vaikuttaa omistajakuntien vaatimusten lisäksi kansainvälinen lääketieteen ja teknologian kehitys. Erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevilla on useimmiten vakava sairaus, jota halutaan hoitaa niin hyvin ja nopeasti kuin mahdollista. Perusterveydenhuollon tehtävänä ovat ehkäisevä toiminta, kroonisten sairauksien hoito, kuntoutus ja muut perustason palvelut. Huomattavasti useammat tarvitsevat perusterveydenhuollon palveluja kuin erikoissairaanhoidon palveluja.

Erikoissairaanhoidon yksiköt ovat tavallisesti huomattavasti suurempia kuin perusterveydenhuollon yksiköt suurten kaupunkien perusterveydenhuollon yksiköitä lukuun ottamatta. Suurella organisaatiolla on mahdollisuus suunnitella taloutta, toimintaa ja henkilöstön kehittämistä eri lähtökohdista kuin pienellä organisaatiolla. Terveyskeskus järjestää toimintansa professionaalilähtöisesti, lääkäreiden valta on suuri ja kehittämis- ja kouluttautumisresurssit ovat vähäiset. Toiminnan suunnittelua ohjaavat resurssit. Myös tässä tutkimuksessa tulivat esille yhdistyvien organisaatioiden erilainen toimintakulttuuri ja kehittyneisyyden aste.

Tutkimuksen perusteella voi myös päätellä, että koko terveydenhuollon järjestäminen lähipalveluna, mutta yhtenä kokonaisuutena vaativan erikoissairaanhoidon kanssa tarjoaa toimivan ratkaisun, päinvastoin kuin usein on esitetty, painottaa peruspalveluja ja vähentää erikoissairaanhoidon osuutta palvelutuotannossa ja menoissa.

Päätöksenteko siirtyy kauaksi

Kunnat ovat vastustaneet kuntayhtymiä niistä saamiensa huonojen kokemusten myötä. Keskitetyn ohjauksen aikana kuntayhtymät olivat edullisia niiden sijaintipaikkakunnille, koska sitä kautta nämä kunnat saivat lisää työpaikkoja ja verotuloja. Terveyskeskuskuntayhtymät olivat kuitenkin riittäviä ja monet niistä järjestivät palvelut kullekin kunnalle erillisinä, ensisijaisesti vain hallinto oli yhteistä (ml. Mäntän seutu). Valtionosuusuudistuksen myötä kuntayhtymien rahoitus muuttui kokonaan kuntien päätösten kautta kanavoitavaksi ja samalla suuri osa kunnan taloudesta oli riippuvaista kuntayhtymien taloudesta. Terveyskeskuskuntayhtymiä purkaantui, koska erityisesti pienet kunnat halusivat saada päätöksenteon ja kunnan verotulot paremmin hallintaansa perustamalla omia terveyskeskuksia. Näin syntyi entistä enemmän väestöpohjaltaan pieniä terveyskeskuksia, joiden toimin-

nan jatkuvuus on paljolti kiinni yksittäisistä työhönsä ja paikkakuntaan sitoutuneista ammattilaisista.

Ajatusmalli toiminnan ”edullisuudesta” kunnan omana toimintana ja sen kalteudesta muiden järjestämänä elää sitkeästi edelleen. Tämä tuli esille myös Mäntän seudun terveydenhuoltoalueella kuntien talouden heikentymisen myötä. Osa terveydenhuoltoalueen toiminnasta (erityispalvelut) olisi haluttu ottaa omaksi toiminnaksi, koska arveltiin sen tulevan niin halvemmaksi.

Myös terveydenhuoltoalueen valmisteluvaiheessa esitettiin pelkoja kuntien vaikutusmahdollisuuksien heikkenemisestä, kun viralliset terveydenhuoltoalueita koskevat päätökset tulitisiin organisaatiomallin mukaisesti tekemään Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin hallituksessa Tampereella. Ohjausryhmän rooli päätöksiä valmistelevana elimenä kuitenkin osoitti, että kuntayhtymän toimintaan on mahdollista vaikuttaa. Terveydenhuoltoalueella paikallista muutosta valmisteltiin ja toteutettiin ohjausryhmän asettamien tavoitteiden mukaisesti ja vain sairaanhoitopiiriin perussopimuksen mukaiset päätökset tehtiin sairaanhoitopiiriin hallituksessa tai valtuustossa. Kuntien keskeisten virkamiesten ja poliittisten päättäjien kuuluminen ohjausryhmään mahdollisti kuntien tavoitteiden toteutumisen terveydenhuoltoalueen ohjauksessa.

Terveydenhuoltoalueella toimivaksi koettu ohjausryhmämalli on mahdollista siirtää myös muihin yhteyksiin, esimerkiksi parhaillaan eri puolilla Suomea rakentuvien yhteistoiminta-alueiden ja sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymien käyttöön.

Lähipalvelut katoavat

Lähipalvelut ovat nousseet julkiseen keskusteluun sen jälkeen, kun kansallisen terveyshankkeen ehdotuksiin liitettiin tavoitteita terveydenhuollon lähipalvelujen järjestämisestä seudullisina kokonaisuuksina ja riittävä suurille väestöpohjille. Pienen väestöpohjan kuntia pidettiin haavoittuvina erityisesti henkilöstön saatavuuden ja palvelujen laatutason säilyttämisen vuoksi. PARAS-hankkeen puitelaisissa kuntia edellytettiin järjestämään terveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvät sosiaalitoimen palvelut vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjalla. Keskustelua lähipalveluista on käyty myös kaikilla niillä alueilla, joilla sosiaali- ja terveystieteiden palveluja on uudistettu alueellisesti: esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteidenhankkeiden alueilla (esim. Kainuu, Itä-Savo, Päijät-Häme, Etelä-Karjala) on käyty vilkasta julkista keskustelua lähipalvelujen säilymisestä kunnissa. Lähipalvelu ymmärretään leimallisesti kunta-kohtaisena palveluna.

Lähipalvelu-käsitettä käytetään julkisessa keskustelussa hyvinkin erilaisten asioiden perusteluna. Lähipalvelu tarkoittaa yksinkertaisimmillaan sitä, että palvelut saadaan läheltä. Läheltä saamisella voidaan kuitenkin tarkoittaa keskusteluissa hyvinkin erilaisia asioita, kuten sitä, että palvelu on kävelytäisyydellä, omassa kylässä tai kaupunginosassa, omassa kunnassa tai kaupungissa, omalla alueella jne.

Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että julkisen liikenteen palvelut ja luonnollinen asioimissuunta ovat sidoksissa siihen, miten väestö ymmärtää lähipalvelut ja haluaa niitä järjestettävän. Tutkimus antaa myös viitteitä, että muutos sinänsä, erityisesti perusterveydenhuollon lääkäripalveluissa, synnyttää ainakin alkuvaiheessa väestölle kokemuksen lähipalvelujen viemisestä etäälle (hankalasti saavutettavaksi). Väestö tuntuu ymmärtävän lähipalvelun sekä hyvin käytännöllisesti että arvona sinänsä.

Kansallinen terveyshanke määritteli terveydenhuollon lähipalveluiksi ehkäisevän terveydenhuollon, äkillisesti sairastuneiden hoidon järjestämisen, avohoidon vastaanottopalvelut, pääosan kroonisten sairauksien hoidosta, osan kuntoutukselta, hammashuollon, vanhustenhuollon, mielenterveystyön avopalvelut sekä työterveyshuollon ja sen, että lähipalvelut tulisi järjestää 20 000–30 000 asukkaana väestöpohjalla.

Kansallisessa terveyshankkeessa ja PARAS-hankkeessa ehdotettujen uudistusten tarkoituksena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut sekä taloudellinen, voimavaroja tehokkaasti hyödyntävä palvelurakenne. Tämä varmistamiseksi palvelut tulisi organisoida alueellisina kokonaisuuksina keskitetyksi ja tarjota lähipalveluna väestön asuminen, kulkusuunnat ja työssä käyminen huomioiden. Palvelujen järjestämisen väestöpohjan kasvattamista on vastustettu muun muassa sillä, että arvellaan sen tarkoittavan automaattisesti myös palvelujen keskittämistä ja lähipalvelujen katoamista.

Tutkimus antaa viitteitä siitä, että alueellisen palvelujärjestelmän tulisi kattaa kaikki sellaiset palvelut, joita väestö tarvitsee ja käyttää usein ja joiden järjestäminen on järkevää suunnitella yhtenä palvelukokonaisuutena. Tällaisia usein tarvittavia palveluja ovat perusterveydenhuollon ja ns. peruserikoissairaanhoidon palvelut, valikoidusti erikoissairaanhoidon konsultaatiopalvelut sekä vanhustenhuollon palvelut. Palvelujen tulisi myös muodostaa eheä kokonaisuus sekä toiminnallisesti että palvelujen järjestämisen kannalta, mutta varsinkin palvelujen tarvitsijan kannalta.

Lähteet

- Aberbach J, Putnam R ja Rockman B (1981): *Bureaucrats and Politicians in Western Democracies*. Harvard University Press. Massachusetts.
- Ahonen P (1985): *Hallinnon arvioinnin lähestymistapoja*. Helsinki: Valtionvarainministeriö. Järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus.
- Airaksinen J, Jäntti A ja Haveri A (2005): *Siniset ajatukset – sanoista tekoihin*. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Alueiden kehittäminen. Sisäasiainministeriön julkaisuja 37/2005. Helsinki.
- Alasuutari P (1995): *Laadullinen tutkimus*. Tampere. Vastapaino.
- Anttiroiko A-V, Haveri A, Karhu V, Rynänen A ja Siitonen P (toim.) (2003): *Kuntien toiminta, johtaminen ja hallintasuhteet*. Kunnallistutkimuksia. Tampereen yliopisto. Kunnallistieteen laitos. Tampere: Tampere University Press.
- Anttiroiko A-V, Kallio O ja Rönkkö P (toim.) (1993): *Systeemitteoria kunnallistieteellisen tutkimuksen lähestymistapana*. Kunnallistieteiden laitos, julkaisusarja 4/1993. Tampereen yliopisto.
- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka, T, Klavus J, Lehtonen R ja Aro S (1998): *Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö*. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. KEELA, Kansaneläkelaitos. STV Terveys 1998:5. Helsinki.
- Buono A ja Bowditch J (1989): *The Human Side of Mergers and Acquisitions. Managing Collisions Between People, Cultures and Organisations*. Jpssey-Bass Publisher, San Francisco.
- Dye T (1987): *Understanding Public Policy*. 6. painos. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Dunsire A (1978): *The Execution Process Volume I: Implementation in a Bureaucrasy*. Oxford: Martin Robertson.
- Elmore R (1978): *Organizational Models of Social Program Implementation*. *Public Policy* 26: 2, 185-228.
- Elmore R (1985): *Forward and Backward mapping: Reversible logic in the Analysis of Public Policy*. Teoksessa Hanf K ja Toonen T (toim.): *Policy Implementation in Federal and Unitary Systems*. Martinus Nijhoff. Dordrecht.
- Elovainio M ja Lindström K (1993): *Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen toimivuus Suomessa*. Stakes. Raportteja 113. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Eskola J ja Suoranta J (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere vastapaino.
- Eskola J (2001): *Laadullisen tutkimuksen juurrustajat*. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltoila J ja Valli R (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. PS-kustannus. Gummeruksen kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Field J ja Peck E (2003): *Mergers and Acquisitions in the Private Sectors: What Are the Lessons for Health and Social Services?* *Social Policy & Administration* 37 (7), 724-755.
- Goggin M, Bowman A, Lester J ja O'Toole L (1990a): *Studying the Dynamics of Public Policy Implementation: A Third-Generation Approach*. Teoksessa Palumbo D ja Calista D (toim.): *Implementation and the Policy Process: Opening up the Black Box*. New York, Greenwood Press.
- Goggin M, Bowman A, Lester J ja O'Toole L (1990b): *Implementation Theory and Practice. Toward a Third Generation*. Harper Collins Publishers.
- Goggin M, Bowman A, Lester J ja O'Toole L (1987): *Theory Construction and testing in implementation research: A comparative state diachronic analysis*. A proposal submitted to National Science Foundation. Washington DC.
- Grönroos M (2003): *Johdatus tilastotieteen*. Kuvailu, mallit ja päättely. Oy Finn Lectura Ab. Helsinki.
- Harisalo R, Rajala T ja Ståhlberg K (1992): *Kunnallispolitiikka*. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Harisalo R ja Stenvall J (2002): *Luottamus ja epäluottamus kunnanhallituksen päätöksenteossa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Harrinvirta M, Uusikylä P ja Virtanen P (1998): *Arvioinnin tila valtionhallin-*

- nossa. Tutkimukset ja selvitykset 7/1998. Valtionvarainministeriö. Helsinki.
- Hietaniemi-Virtanen N (2002): Onko suomalaisissa kunnissa supistumispolitiikkaa? Kuntien perusopetusmenojen supistamistavoitteet ja niiden toimeenpano valituissa tapauksunnissa 1990-luvulla. Acta Wasaensia. No 96. Hallintotiede 6. Vaasa.
- Hill M ja Hupe P (2002): Implementing Public Policy. SAGE Publications Inc.
- Hirsijärvi S ja Hurme H (2002): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hjern B ja Porter D (1981): Implementation structures: A New Unit of Administrative Analysis. *Organizational Studies* 2:211–227.
- Hjern B (1982): Implementation Research – the Link Gone Missing. *Journal of Public Policy* 2(3): 301–8.
- Hoikka P (toim.) (1998): Kunnat 2000-luvun kynnyksellä. Tampere. Tampereen yliopisto.
- Hujanen T, Pekurinen M ja Häkkinen U (2006): Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Stakes, Työpapereita 2006, 11. Helsinki.
- Hujanen T, Pekurinen M ja Häkkinen U (2007): Terveydenhuollon ja vanhusten hoivan menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2005. <http://groups.stakes.fi/CHESS/FI/tilastotuotteet/index.htm>, luettu 20.7.2007
- Häkkinen U, Valtonen H, Niemelä J ja Laine J (2000): Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskriteereistä. *Stakes Aiheita* 33/2000.
- Häkkinen U (2004): Kuntien terveysmenojen tarvekartoitus. Teoksessa Mäntyrinta T, Elonheimo O, Mattila J ja Viitala J (toim.): *Terveyspalveluiden suunnittelu*. Duodecim. Gummeruksen kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Häkkinen U, Keskimäki I, Linnakko E ja Pekurinen M (1996): Terveydenhuollon unelmamalli. Teoksessa Rissanen P, Valtonen H (toim.): *Terveystaloustiede*. Stakes, Aiheita 1/1996. Helsinki.
- Idänpään-Heikkilä U (2007): Sopimusohjaus ohjausmenettelynä sairaanhoitopiirin ja terveyskeskusten yksiköissä ja niiden lääkäreiden työssä. Stakes. Tutkimuksia 159. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski
- Ihalainen R (2007): Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Acta Universitatis Tampereensis 1234.
- Jenkins-Smith H ja Sabatier P (1994): Evaluating the Advocacy Coalition Framework. *Journal of Public Policy*. 14/2. 175–203.
- Juuti P ja Lindström K (1995): Postmoderni ajattelu ja organisaation syvällinen muutos. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 4. JTO-tutkimuksia, Sarja 9. Työterveyslaitos. Johtamistaidon opisto. Helsinki.
- Kaitalo H ja Walls G (1978): Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaprofiilit. Sopukka 2. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 49. Tampere.
- Kaitalo H (toim.) (1979): Kuntatason sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta. Sopukka 4. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 54. Tampere.
- Karila A (1998): Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos: Perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kauppinen M (2003): Kainuun malli kuntien uutena yhteistyörakenteena. *Kunnallistieteen aikakauskirja* 2003/3. 171–188.
- Kekki P ja Bergström T (1997): Potilaiden kokemus lääkäreiden vastaanottotyön laadusta. *Suomen Lääkärilehti* 1997:5/52. 477–481.
- Kettunen P (1993): Toimeenpanotutkimus umpikujassa, kuinka selvitä ulos? *Politiikka* 35/2/1993. 137–143.
- Kettunen P (1995): Toimeenpano pluralistiset piirteet: dilemma hallinnon tutkimuksessa. *Hallinnon tutkimus* 2/1995. 89–99.
- Kinnunen J ja Lindström K (toim.) (2005a): Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopio.
- Kinnunen J ja Lindström K (2005b): Tutkimushankkeen tausta, lähtökohdat ja arviointitutkimuksen asetelmat. Teoksessa Kinnunen J ja Lindström K (toim.): *Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopio.

- Kivinen T, Kinnunen J, Niiranen V ja Hyvärinen S (toim.) (1997): Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalouteen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 45. Kuopio.
- Kivinen T, Sinkkonen S, Laitinen A ja Kinnunen J (1998): Lääkärivastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 51. Kuopio.
- Kivisaari S, Saranummi N ja Väyrynen E (2004): Knowledge-intensive service activities in health care innovations. Case Pirkanmaa. VTT Research Notes 2267.
- Knöpfel P ja Weidner H (1982): A Conceptual Framework for Studying Implementation. Teoksessa Downing P ja Hanf K. (toim.) The Implementation of Pollution Control Programs. Tallahassee: Policy Sciences Program.
- Kokko S ja Lehto J (1993): Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Sta- kes, raportteja 96, Helsinki.
- Laakso K ja Möttönen S (2000): Henkilöstön osallistuminen onnistuneen muutoksen edellytys – tapaustutkimus Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä. Kunnallistieteen aikakaus- kirja 3/2000. 205–219.
- Laamanen R, Palta A, Simonsen-Rehn N ja Suominen S (2005): Karjaan luottamus- henkilöt: Folkhälsan on hoitanut pe- rusterveystalouden hyvin. Kuntalehti 13/2005. s. 61.
- Lane J (1983): The Concept of implementati- on. Statsvetenskaplig Tidskrift 86/1983. 17–40.
- Lehto J, Ashorn U, Solin P ja Teevonen-Gon- calves L (2006): Terveystalouden tutki- muksesta tiedettä. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2006/43. 85–87.
- Leskinen H (2001): Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne- politiikan toimeenpano ja sen arviointi. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveys- hallinnon ja -talouden laitos. Acta-väi- töskirjasarja 1/2001.
- Majone G ja Wildavsky A (1979): Implemen- tation as Evolution. Teoksessa Pressman J ja Wil-davsky A (toim.): Implementa- tion. University of California Press. Sec- ond expanded edition.
- Mauno S ja Virolainen M (1996): Työnteki- jät organisaatiomuutoksessa. Muutosten kokeminen, epävarmuus ja hyvinvoin- ti neljässä työorganisaatiossa. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan työpa- pereita No. 95. Jyväskylä.
- Mazmanian D ja Sabatier P (toim.) (1981): Ef- fective Policy Implementation. Lexing- ton Books. Toronto.
- Mielonen M (2000): Psykiatrinen hoito: mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan muutok- sen historia ja sen arviointi. Acta Univer- sitatis Ouluensis, Medica D 618, Psykiat- rian klinikka, Oulun yliopisto, Oulu.
- Mikkola H (2002): Empirical studies on Fin- nish hospital pricing methods. Helsinki School of Economics. Acta Universitatis Oeconomicae Helsingiensis. Vol. A-203. Helsinki.
- Mustonen A, Sinkkonen S ja Niiranen V (1993): Vanhustyö sosiaali- ja terveyden- huollon yhteistyöalueena kunnissa: Yh- distettyjen ja erillisten hallintokuntien henkilöstön käsityksiä ja kokemuksia yhteistyöstä ja hallintokuntien yhdistä- misestä. Teoksessa Sinkkonen S (toim.): Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja tervey- denhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopi- on yliopiston julkaisuja E. Yhteiskunta- tieteet 9.
- Mönkkönen M (1992): Mäntän historia 1860– 1947. Gummeruksen kirjapaino Oy. Jy- väskylä.
- Mönkkönen M (1998): Mäntän historia 1948– 1992. Gummeruksen kirjapaino Oy. Jy- väskylä.
- Möttönen S (1996): Poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden problemaattinen suhde kunnallishallinnossa. Kunnallistieteen aikakauskirja 24/1/1996. 66–72.
- Möttönen S (1997): Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viran- haltijoiden välisessä suhteessa. Kunnalli- sen tulosjohtamisen poliittisten päätök- sentekijöiden ja viranhaltijoiden välistä tehtävänjakoa koskevat tavoitteet, niiden merkitys osapuolten väliseen valtasuh- teeseen sekä tavoitteiden toteutuminen ja toteutumismahdollisuudet valtasuh- teen näkökulmasta. Suomen Kuntaliitto. Acta nro 86. Helsinki.
- Ojala A, Vataja P ja Vinturi A (1976): Kansan- terveystyö. Suomen Kunnallislitto. Kun- nallispaino, Vantaa.

- Palumbo D ja Calista D (toim.) (1990): *Implementation and the Policy Process: Opening up the Black Box*. Greenwood Press. New York.
- Pekurinen M (2007): *Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot 1993–2005*. Teoksessa Pekurinen M, Finne-Soveri H (toim.): *Karjaan kaupungin terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menot 1993–2005 sekä laitoshoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu*. Stakes – Alue- ja kuntapalvelut, Kehittämismisselvityksiä 33/2007. Helsinki
- Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U ja Wahlbeck K (2006): *Terveyspiiri – eräs sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli*. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.
- Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U (2000): *Terveydenhuoltoalue – uusi, innovatiivinen ja tehokas palvelujärjestelmä Mäntän seudun asukkailla*. Mäntän seudun terveydenhuollon kehittämisselvityksen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 2/2001. Tampere.
- Peruspalveluohjelman ministerityöryhmä (2005): *Kunta- ja palvelurakennemuutos*. Peruspalveluohjelmaa valmistelleen ministerityöryhmän linjaukset aluevaiheeseen. Muistio 28.9.2005.
- Peräkylä A (1995): *Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmiskuva*. Teoksessa Leskinen J (toim.) *Laadullisen tutkimuksen risteysasema*. Kuluttajatutkimuskeskus.
- Pikkala S (1997): *Pystynkö vaikuttamaan? Luottamushenkilöt ja viranhaltijat vastaavat*. Teoksessa Pikkala S (toim.): *Kunnat ja päättäjät*. Kuntasuomi 2004 -tutkimuksia nro 9. Acta 85. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Pressman J ja Wildavsky A (1984, alkuperäinen 1973): *Implementation*: University of California Press.
- Puro M (2007): *Miten yhdistetty perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon toimii – esimerkkinä Forssan malli*. Suomen lääkäri-lehti 4/2007.
- Pyörälä E (1994): *Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1994/31. 4–14.
- Pyörälä E (1995): *Kvalitatiivisen tutkimuksen metodologia*. Teoksessa Leskinen, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen risteysasema*. Kuluttajatutkimuskeskus.
- Ranta E (2003): *Vilppulaa kehittämässä*. M-Print Oy. Mänttä.
- Rintala T, Elovainio M ja Heikkilä M (1997): *Osiensa summa – Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoisista ja vaikutuksista*. Stakes. Tutkimuksia 75.
- Rissanen S, Laitinen-Junkkari P, Hirvonen R ja Sinkkonen S (1999): *Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997*. Arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksista kotihoidon laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Gerontologia* 13 (2) 71–81.
- Sabatier P ja Mazmanian D (1980): *A Framework of Analysis*. *Policy Studies Journal* 8. 538–560.
- Sabatier P ja Mazmanian D (1981): *The Implementation of Public Policy: A Framework for analysis*. Teoksessa Mazmanian D ja Sabatier P (toim.): *Effective Policy Implementation*. Lexington Books. Toronto.
- Sabatier P (1986a): *Top-Down and Bottom-Up Approaches to implementation Research*. A Critical analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy* 6/1. 21–48.
- Sabatier P (1986b): *What can we learn from the implementation research?* Teoksessa Kaufman F, Majone G, Ostrom V ja Wirth W (toim.): *Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector*. The Bielefeld interdisciplinary Project. New York. Berlin: Walter de Gruyter. 313–325.
- Sabatier P ja Mazmanian D (1983): *Policy implementation*. Teoksessa Nagel, S. (toim.) *Encyclopedia of Policy Studies*. Marcel Dekker, Inc. New York.
- Saranummi N, Kivisaari S, Väyrynen E ja Hyppönen H (2005): *Terveydenhuollon uudistaminen*. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. *Teknologiakatsaus* 180/2005. TEKES. Helsinki.
- Savonen S, Apajalahti A, Carpén J, Salmi T ja Wartiovaara T (1945): *Maalaiskuntain yleisen terveydenhoidon käsikirja*. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Saxén K ja Vuori J (2005): *Sisäinen viestintä ja organisaatioiden sitoutuminen sairaalaorganisaatioiden fuusiossa*. Teoksessa Kinnunen J ja Lindström K (toim.): *Ra-*

- kenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopio.
- Sillanaukee P (2004): Kokemuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistävän terveydenhuoltoalueen johtamisesta. Teoksessa Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J ja Viitala J (toim.): Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim. Gummeruksen kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Silverman D (1985): *Qualitative methodology and sociology*. Gower, Aldeshot.
- Sinisalmi M (1999): Suomen kaupunkien keskushallinto 1927–1998. Tutkimus kaupunkien keskushallinnon järjestämisestä sekä valtasuhteiden muutoksesta demokratian ja päätöksenteon näkökulmasta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Sinkkonen S (1993): Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö kunnissa – tutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Sinkkonen S (toim.): Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö kunnissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9.
- Sinkkonen S ja Kinnunen J (1994): Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Kuopio.
- Sinkkonen S ja Niemelä P (1998): Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen Kuopiossa. Yhdistämisen etenemisen ja vaikutusten seuranta tutkimusten tiivistelmä. Moniste. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. 31.1.1998.
- Sintonen H ja Pekurinen M (2006): Terveystaloustiede. WSOY, Helsinki
- Sisäasiainministeriö (2005): Kunta- ja palvelurakennemuudistus -hankkeen asettaminen. Asettamis päätös 11.5.2005. SM043:00/2005.
- Sisäasiainministeriö (2006): Kunta- ja palvelurakennemuudistus, I vaiheen loppuraportti. Kunnat. Sisäasiainministeriön julkaisuja 54/2006.
- Sohlberg T (1992): Terveyspalvelujen laatu kuntalaisten arvioimana ja sen yhteydet vapaakuntakokeiluihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön. Opinnäytetutkimus. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveydenhuollon koulutusohjelma, terveydenhuollon hallinto. Kuopio 1992.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001): Kansallinen projekti terveydenhuollon turvaamiseksi. Asettamis päätös 13.9.2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002): Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2002:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto (2008): Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008): Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:28. Helsinki
- Stakes (2008): SOTKANet-verkkopalvelut. www.sotkanet.fi, luettu 12.2.2008
- Taipale V ja Hämäläinen H (2007): Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista. Stakes. Helsinki.
- Taskinen H (2005): Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveystalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kuopio.
- Taskinen H, Sinkkonen S ja Kinnunen J (1995): Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen alkuvaiheet Kuopiossa. Työntekijöiden kokemuksia ja arviointeja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 33. Kuopio.
- Taskinen H, Sinkkonen S ja Kaitalo H (1993): Hallintokuntien yhdistäminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa: Vuosien 1978 ja 1992 tilanteiden vertailu. Teoksessa Sinkkonen S (1993) (toim.): Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9.
- Teittinen T (1985): Julkisten toimintaohjelmien ominaisuudet ja toimeenpano-organisaatio. Toimeenpanoanalyysin käsitteellistä kehittäjä ja tapaustutkimus Kuopion yliopistollisesta keskussairaalarasta sairaanhoidon valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanosta suunnitelma-kausilla 1974–1978–1983–1987. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäis-tutkimukset 1/1985. Terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Teperi J (2005): Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa? Teoksessa Heikkilä M,

- Kautto M ja Teperi J (toim.): Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005.
- Tilastokeskus (2008a): Väestö iän ja sukupuolen mukaan alueittain 1990-2007. http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=050_vaerak_tau_104_fi&ti=V%E4est%F6+i%E4n+%281%2Dv%2E%29+ja+sukupuolen+mukaan+alueittain+1980+%2D+2007&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi, luettu 10.2.2008
- Tilastokeskus (2008b): Kunnallisen terveydenhuollon hintaindeksi. http://tilastokeskus.fi/til/jmhi/2007/01/jmhi_2007_01_2007-06-04_tau_002.xls, luettu 9.2.2008
- Uusitalo H (1991): Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY, Juva.
- Valtee P (1999): Organisaation muutos ja henkilöstö. Henkilöstön kokemuksia Uudenmaan erikoissairaanhoidon piirissä toteutetuista organisaatiomuutoksista. Kyselyyn perustuva analyysi.
- Valtee P (2002): Uhkista mahdollisuuksiksi: organisaatiomuutosten toteuttaminen työyhteisön haasteena. Työturvallisuuskeskus, Helsinki.
- Van Meter D ja van Horn C (1975): The Policy implementation process, A Conceptual Framework. *Administration & Society*, Vol. 6 No. 4. 445–488.
- Van Raak A, Mus-Veeman I, Brian H ym. (toim.) (2003): Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries. Elsevier, Maarssen.
- Vartiainen P (1996): Yhteensaatetut erilaiset. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö vaasalaisesta näkökulmasta. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 15. Vaasa.
- Winter S (1990): Integrating Implementation Research. Teoksessa Palumbo D ja Calista D (toim.): *Implementation and the Policy Process: Opening up the Black Box*. Greenwood Press, New York.
- Virkkunen J (1994): Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen uhkana ja mahdollisuutena. Tutkimus muutosta koskevista ajatusmalleista. Hyvinvoinnin tukiverkostot julkaisuja 1/1994. Hakapaino, Helsinki.
- Virnes E-L (1996): Kuntien sosiaali- ja terveystoimen hallinto. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Virtanen T (1994): Implementaation käsite ja implementaatiotutkimus. Kohden organisaatioteoriaa? *Politiikka* 1994/36. 240–260.
- Wilson W (1992, alkuperäinen 1887): *The Study of Administration*. Teoksessa Shafriitz J ja Hyde A (toim.): *Classics of Public Administration*. Wadsworth Publishing Company, Belmont, California.
- Yin R (1994): *Case study Research. Design and methods*. Second Edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Sage, London, New Delhi.

Lait ja asetukset

- Kansanterveyslaki 1972 (66/72).
Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007 /169.

Julkaisemattomat lähteet

- Junnila M (2005): Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toteutumisen arviointi – Kolme ensimmäistä vuotta.
- Karila A (2005): Mäntän seudun terveydenhuollon talous 2002–2005. Mäntän seudun terveydenhuollon ohjausryhmä 25.8.2005.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (1998): Mäntän aluesairaalan kehittämiselvitys 31.3.1998.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (1999): Mäntän aluesairaalan toimintojen kehittäminen 2000-luvun alkuvuosina. Työryhmäraportti 3.12.1999.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2001): Projektisuunnitelma 12.9.2001. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen muodostamis- ja käynnistämiprojekti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus 17.9.2001. 192 § liite 4.

Muut lähteet

- Mauri Heinonen 12.10.2007, Vilppulan kunnanjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto.
Kauko Koivisto 25.9.2007, Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perusterveyden-

- huollon vastuualueen johtaja, ylilääkäri, henkilökohtainen tiedonanto
- Kaisa Kaihlaniemi-Liukko 25.9.2007, Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen vs. johtava hoitaja, henkilökohtainen tiedonanto
- Mäntän sairaala 1997, juhlapuhe sairaalan 45-vuotisjuhlissa
- Kuorevesi-Mänttä-Vilppula -lehti (KMV): Vuosikerrat 2000–2007
- Mäntän kaupunki (2001): Kaupunginhallituksen pöytäkirjat (MÄN KH) 17.12.2001.
- Mäntän kaupunki (2003): Kaupunginvaltuuston pöytäkirjat (MÄN KV) 17.11.2003.
- Mäntän kaupunki (2004): Sosiaalilautakunnan pöytäkirjat (MÄN SL) 16.6.2004.
- Mäntän kaupunki (2007): Kaupungin talousarviot ja tilinpäätökset 1990–2006.
- Mäntän seudun terveydenhuoltoalue (2001): Johtoryhmän pöytäkirjat (JR) 20.2.2001, 7.8.2001, 28.8.2001.
- Mäntän seudun terveydenhuoltoalue (2001–2006): Ohjausryhmän pöytäkirjat (OHJ) 29.1.2001, 15.2.2001, 26.3.2001, 18.4.2001, 10.5.2001, 11.6.2001, 17.8.2001, 5.2.2002, 29.2.2002, 31.5.2002, 25.6.2002, 29.8.2002, 3.9.2002, 7.11.2002, 30.4.2003, 19.9.2003, 7.8.2003, 19.9.2003, 12.2.2004, 1.4.2004, 12.5.2004, 22.6.2004, 24.8.2004, 14.4.2005, 1.12.2004, 31.5.2005, 6.6.2006.
- Mäntän seudun terveydenhuoltoalue (2007). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairaansijojen määrät 2001, 2005, 2007.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (1997): Perussopimus.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2001): Valtuuston pöytäkirjat (VALT) 14.12.2001.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2001–2006): Hallituksen pöytäkirjat (HALL) 23.1.2001, 20.8.2001, 17.9.2001, 26.11.2001, 26.9.2005, 17.10.2005, 22.5.2006.
- Alli Ruuhilehto 25.9.2007. Mäntän ja Vilppulan vanhustyön johtaja, henkilökohtainen tiedonanto.
- Vilppulan kunta (2001–2003): Kunnanvaltuuston pöytäkirjat (VIL KV) 18.6.2001, 22.9.2003.
- Vilppulan kunta (2004): Kunnanhallituksen pöytäkirjat (VIL KH) 5.7.2004.
- Vilppulan kunta (2007): Kunnan talousarviot ja tilinpäätökset 1990–2006.

Liite 1. Haastattelurungot

HAASTATTELURUNKO 2000

Selvitys Mäntän seudun terveystalousta

Haastattelupäivä, haastateltavat, haastattelijat

- 1 Miten toiminta on organisoitu?
- 2 Nykyiset ongelmat (talous, toiminta, henkilöstö, voimavarat, saatavuus, laatu, ym.)?
- 3 Nykyiset vahvuudet?
- 4 Tulevaisuuden palvelutarpeet?
- 5 Kunnan erityispiirteet?
 - väestö
 - sosioekonomia
 - rahoitusmahdollisuudet
- 6 Miten toimintoja tulisi kehittää?
- 7 Miten palvelut tulisi organisoida?
- 8 Mahdolliset toimintamallit?
- 9 Valmiudet uusiin ratkaisuihin?
- 10 Parannettavat ja säilytettävät asiat?
 - Asiat joiden tulisi parantua
 - Asiat jotka eivät saa heikentyä / tulisi säilyttää
- 11 Mitä muuta?

HAASTATTELURUNKO 2001 ja 2005

Toimiiko terveydenhuoltoalue?

Tärkeimpien toimijoiden ja taustavaikuttajien haastattelut

Päiväys, haastateltava, haastateltavan tausta

1. Miten kuvaisit Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toimintamallia?
 - Millä tavalla malli poikkeaa aikaisemmasta toimintamallista?
2. Miten muutosprosessin toteuttamisessa on onnistuttu?
 - Prosessin organisointi: muutosjohtaja, ohjausryhmä, johtoryhmä, vastuuhenkilöiden valinnat, henkilöstön osallistuminen
3. Miten arvioisit tehtyjä ratkaisuja muutoksen toteuttamiseksi?
 - Onko tehty oikeita toimia/valintoja muutoksen toteuttamiseksi
 - Pahimmat virheet, suurimmat puutokset
 - Mitä on tehty erinomaisesti, mitä vielä pitäisi tehdä, että muutos toteutuu hyvin?
4. Miten arvioisit muutoksen toteuttamistapaa?
 - Avoimuus, systemaattisuus, tiedotus (avoin, riittävä, oikea-aikainen), henkilöstön osallistuminen, koulutuksen riittävyys
5. Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on terveystalouteen?
6. Mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on ollut palvelujen saatavuuteen?
7. Miten ratkaisut ovat vaikuttaneet erikoissairaanhoidon säilymiseen alueella?
8. Miten ratkaisu on vaikuttanut alueen kuntien yhteistyöhön?
9. Mitä vaikutuksia ratkaisulla on lääkäreiden saatavuuteen alueelle ja koulutetun terveydenhuoltohenkilöstön pysymiseen paikkakunnalla?

10. Miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö ja työnjako toteutuu terveydenhuoltoalueella?
 - Mitä vaikutuksia mallilla on hoidon porrastukseen ja hoitoketjujen toimivuuteen?
11. Miten terveydenhuoltoalue -malli vaikuttaa voimavaroja käyttöön?
12. Mikä merkitys on sillä, että terveydenhuoltoalue on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tulosityksikkö?
13. Mikä on terveydenhuoltoalueen merkitys uutena tapana järjestää harvaan asuttujen alueiden palvelut?
14. Miten hyvin terveydenhuoltoalue -mallin toteutumisessa on onnistuttu?
Arvioi kouluarvosanalla 4–10:
 - Minkä arvosanan antaisit tällä hetkellä?
 - Mikä olisi arvosana viiden vuoden kuluttua?
 - Vertailun vuoksi, mikä olisi ollut arvosana, jos terveydenhuoltoaluetta ei olisi lähdetty toteuttamaan
15. LOPUKSI:
 - Onko olemassa joku taho, joka on erityisesti vastustanut terveydenhuoltoalueen perustamista tai sen toteuttamisen onnistumista?

Liite 2. Haastatellut henkilöt

SELVITYS MÄNTÄN SEUDUN TERVEYSPALVELUISTA (Pekurinen ym. 2000)

Selvitysvaiheen haastattelut / kevät 2000

Haastattelu- päivämäärä	Organisaatio/ Haastateltu henkilö	Tehtävänimike
	Jokilaakson sairaala	
29.5.2000	Jussi Wirta	Johtava lääkäri
	Juupajoen kunta	
9.6.2000	Hannu Koski	Kunnanjohtaja
9.6.2000	Juha Leppänen	Terveyskeskuslääkäri
	Keuruun kaupunki	
29.5.2000	Osmo Kärkkäinen	Kaupunginjohtaja
29.5.2000	Markku Puro	Ylilääkäri
	Kuoreveden kunta	
9.4.2000	Pentti Asunmaa	Kunnanjohtaja
12.4.2000	Rauno Salomäki	Kunnanvaltuutettu
8.5.2000	Sirkka Muuriaisniemi	Sosiaalijohtaja
8.5.2000	Armi Neulaniemi	Kodinhoitaja
8.5.2000	Pekka Seppälä	Kunnanvaltuutettu
8.5.2000	Veli-Matti Silvan	Kunnanhallituksen pj
8.5.2000	Aila Vigren	Vanhustyön vastaava hoitaja, vanhainkodin johtaja
	Kurun kunta	
29.5.2000	Kalle Heinänen	Ylilääkäri
29.5.2000	Sten Varila	Kunnanjohtaja
	Luottamusmiehet	
12.4.2000	Marja-Liisa Viita	TNJ:n pääluottamusmies
	Mäntän aluesairaala	
11.4.2000	Markku Kiviluoto	Röntgenylilääkäri
11.4.2000	Tapio Mustonen	Gynekologian ylilääkäri
11.4.2000	Ismo Pirttiniemi	Sisätautien ylilääkäri

11.4.2000	Heidi Sihvo	Kirurgian ylilääkäri, vt.
12.4.2000	Arvo Lehtovirta	Johtava lääkäri
12.4.2000	Sirpa Miettunen	Johtava ylihoitaja
12.4.2000	Jussi Mäkinen	Hallintojohtaja
12.4.2000	Sirpa Repo	Toimistonhoitaja
18.4.2000	Seppo Kentala	Kemisti
18.4.2000	Rita Ruohomäki	Osastonhoitaja, henkilöstöedustaja
8.5.2000	Kalevi Kaukola	Johtokunnan pj

Mäntän kaupunki

11.4.2000	Sirkka-Liisa Anttila	Kaupunginvaltuuston pj, Pirkanmaan shp:n hallitus, Mäntän seudun ktky:n hallitus
11.4.2000	Leo Koskinen	Kaupunginvaltuuston II vpj, sosiaalilautakunnan pj
12.4.2000	Paula Kuulusa	Kaupunginhallituksen I vpj, Mäntän seudun ktky:n hallitus
12.4.2000	Alli Ruuhilehto	Sosiaalijohtaja
18.4.2000	Pauli Eteläniemi	Kaupunginsihteeri, Mäntän seudun ktky:n hallitus, pj
18.4.2000	Marita Keurulainen	Kaupunginkamreeri
18.4.2000	Ilkka Nikmo	Kaupunginjohtaja
20.4.2000	Kristiina Kalliovalkama	Vanhainkoti / päiväkeskus
20.4.2000	Pirjo Mikkonen	Kotipalvelun ohjaaja
20.4.2000	Tero Rönni	Kaupunginhallituksen pj., kansanedustaja
8.5.2000	Kyllikki Lahtinen	Kaupunginhallituksen varajäsen, Mäntän alue-sairaalan yhteistyötoimikunnan sihteeri

Mäntän seudun terveyskeskus

18.4.2000	Hannu Ampuja	Talusojohtaja
18.4.2000	Kauko Koivisto	Johtava ylilääkäri
18.4.2000	Tuula Savolainen	Johtava hoitaja
8.6.2000	Marita Hietala	Hammaslääkäri
8.6.2000	Simo Kurppa	Vastaava hammaslääkäri, Vilppulan ta
8.6.2000	Ulla Ruoko	Vastaava hammashoitaja, Kuoreveden ta

Oriveden kaupunki

29.5.2000	Hannu Kontiala	Ylilääkäri
29.5.2000	Tapani Venho	Kaupunginjohtaja

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

25.5.2000	Ossi Auvinen	Johtajaylilääkäri
25.5.2000	Rauno Ihalainen	Sairaanhoitopiirin johtaja

	Ruoveden kunta	
29.5.2000	Sari Mäkinen	Ylilääkäri
29.5.2000	Markku Raiskinmäki	Kunnanjohtaja
	Vilppula kunta	
11.4.2000	Esa Mikkola	Kunnanhallituksen vpj
11.4.2000	Vappu Pohjasmäki	Sosiaalijohtaja
11.4.2000	Riitta Tuominen	Avohuolto
12.4.2000	Tauno Mäkelä	Kunnanvaltuuston pj., Mäntän seudun ktky:n hallitus
12.4.2000	Heikki Rosenström	Kunnanjohtaja
19.4.2000	Terttu Nieminen	Vanhainkoti
19.4.2000	Mirjami Raami	Peruspalvelulautakunnan pj
19.4.2000	Laila Sinisalo	Kotipalvelu
8.5.2000	Anneli Raatikainen	Kunnanhallituksen pj
	Virtain kaupunki	
29.5.2000	Kalevi Saloranta	Ylilääkäri
	Ylöjärven kunta	
29.5.2000	Ulla Mattelmäki	Ylilääkäri
29.5.2000	Pentti Sivunen	Kunnanjohtaja

MÄNTÄN SEUTU

Tärkeimpien toimijoiden haastattelut / marras-joulukuu 2001

Haastattelu-päivämäärä	Organisaatio/ Haastateltu henkilö	Tehtävänimike
	Mäntän sairaala	
6.11.2001	Seppo Kentala	Kemisti
6.11.2001	Riku Rissanen	Röntgenylilääkäri, vt
6.11.2001	Jorma Viitanen	Sisätautien ylilääkäri
8.11.2001	Kaisa Kaihlaniemi- Liukko	Johtava ylihoitaja, vt
8.11.2001	Jussi Mäkinen	Hallintojohtaja
8.11.2001	Rita Ruohomäki	Osastonhoitaja, henkilöstön edustaja
9.11.2001	Tapio Mustonen	Gynekologian ylilääkäri
9.11.2001	Sirpa Repo	Hallintojohtaja, vt
9.11.2001	Heidi Sihvo	Kirurgian ylilääkäri, vt
16.11.2001	Päivi Sillanaukee	Terveydenhuoltoalueen johtaja
	Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymä	
7.11.2001	Hannu Ampuja	Talusojohtaja
7.11.2001	Matti Kari	Vastaava hammaslääkäri
7.11.2001	Simo Kurppa	Hammaslääkäri, Vilppulan ta
8.11.2001	Kauko Koivisto	Johtava ylilääkäri
8.11.2001	Tuula Savolainen	Johtava hoitaja
9.11.2001	Kaija-Riitta Lahtinen	Johtava ylihoitaja, tha johtoryhmä, vt
15.11.2001	Riitta Viilo	Apulaisylilääkäri
	Mäntän kaupunki	
6.11.2001	Kalevi Kaukola	Aluesairaalan johtokunnan pj
7.11.2001	Ilkka Nikmo	Kaupunginjohtaja, ohjausryhmä
9.11.2001	Sirkka-Liisa Anttila	Kaupunginvaltuuston pj, Pirkanmaan shp:n hallitus, Mäntän seudun ktky:n hallitus
9.11.2001	Alli Ruuhilehto	Sosiaalijohtaja
15.11.2001	Pauli Eteläniemi	Kaupunginsihteeri
15.11.2001	Leo Koskinen	Sosiaalilautakunnan pj. Kaupunginvaltuuston II vpj
16.11.2001	Auli Välimäki	Kaupunginhallituksen pj, ohjausryhmä
13.12.2001	Tero Rönni	Kansanedustaja

	Vilppula kunta	
8.11.2001	Tauno Mäkelä	Kunnanvaltuuston pj
15.11.2001	Vappu Pohjasmäki	Sosiaalijohtaja
15.11.2001	Anneli Raatikainen	Kunnanhallituksen pj, ohjausryhmä
15.11.2001	Heikki Rosenström	Kunnanjohtaja, ohjausryhmä
16.11.2001	Pertti Nurmi	Peruspalvelulautakunnan pj
	Luottamusmiehet	
8.11.2001	Ulla Ylinen	TNJ, pääluottamusmies, TK
19.12.2001	Leena Pekkarinen	AKAVA, pääluottamusmies, MAS
21.12.2001	Maire Setälä	TNJ, pääluottamusmies, MAS
	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	
5.11.2001	Heikki Oksa	Sisätautien ylilääkäri, tulosyksikönjohtaja, TAYS
7.11.2001	Erkki Kujansuu	Naistentautien ylilääkäri, tulosyksikönjohtaja, TAYS
21.12.2001	Ossi Auvinen	Johtajaylilääkäri
21.12.2001	Rauno Ihalainen	Sairaanhoitopiirin johtaja, ohjausryhmä
21.12.2001	Isto Nordback	Kirurgian ylilääkäri, tulosyksikönjohtaja, TAYS

MÄNTÄN SEUTU

Tärkeimpien toimijoiden haastattelut / joulukuu 2004–huhtikuu 2005

Haastattelu- päivämäärä	Organisaatio/ Haastateltu henkilö	Tehtävänimike
Mäntän seudun terveydenhuoltoalue		
4.1.2005	Heikki Raatikainen	Terveydenhuoltoalueen johtava lääkäri
5.1.2005	Kaisa Kaihlaniemi- Liukko	Johtava ylihoitaja, vt
5.1.2005	Sirpa Repo	Hallintojohtaja, vt
14.2.2005	Kyllikki Lahtinen	Toimistos sihteeri, tha:n henkilöäkunnan edusta- ja ohjausryhmässä
14.2.2005	Tuula Savolainen	Terveydenhuoltoalueen johtaja, vt.
14.2.2005	Heidi Sihvo	Kirurgian ylilääkäri
24.2.2005	Ismo Perttiniemi	Sisätautien ylilääkäri
24.2.2005	Tuija Pihlainen	Henkilöstön edustaja terveydenhuoltoalueen johtoryhmässä
30.3.2005	Leena Pekkarinen	Naistentautien ylilääkäri
30.3.2005	Sirpa Rintala	Anestesiaylilääkäri
30.3.2005	Riitta Vanha-Jaakkola	Erityispalvelujan vastuuyksikkö
14.4.2005	Kauko Koivisto	Työterveyshuollon vastaava lääkäri
14.4.2005	Päivi Sillanaukee	Ent. terveydenhuoltoalueen johtaja
Mäntän kaupunki		
7.12.2004	Pauli Eteläniemi	Vt. kaupunginjohtaja, ent. Mäntän seudun kty:n hallitus, pj
4.1.2005	Alli Ruuhilehto	Sosiaalihoitaja
4.1.2005	Auli Välimäki	Kaupunginhallituksen pj, ohjausryhmän jäsen
5.1.2005	Sirkka-Liisa Anttila	Ent. kaupunginvaltuuston pj. Pshp hallitus, Mäntän seudun kty:n hallitus
5.1.2005	Leo Koskinen	Sosiaalilautakunnan pj. Kaupvaltuuston II vpj
5.1.2005	Tero Rönni	Kansanedustaja
14.2.2005	Heikki Nikander	Mäntän kaupungin luottamushenkilö, ohjaus- ryhmän jäsen
24.2.2005	Kalevi Kaukola	Ent. aluesairaalan johtokunnan pj, valt. vara- jäsen
Vilppula kunta		
3.1.2004	Kaija-Riitta Lahtinen	Vilppulan vanhustyönjohtaja
3.1.2004	Tauno Mäkelä	Ent. kunnanvaltuuston pj, ent. Mäntän seudun kty:n hallitus
7.12.2004	Mauri Heinonen	Kunnanjohtaja, ohjausryhmän jäsen

3.1.2005	Riitta Heinonen	Sosiaalijohtaja
3.1.2005	Pertti Nurmi	Peruspalvelulautakunnan pj
3.1.2005	Seija Tervonen	Kunnanvaltuuston pj
4.1.2005	Anneli Raatikainen	Kunnanhallituksen pj, ohjausryhmän jäsen
14.2.2005	Esa Mikkola	Vilppulan kunnan luottamushenkilö, ohjausryhmän jäsen, kunnanhallit. vpj

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

1.4.2005	Rauno Ihalainen	Sairaanhoitopiirin johtaja, ohjausryhmän jäsen
1.4.2005	Pertti Kirkinen	Naistentautien ylilääkäri, tulosyksikönjohtaja, TAYS
1.4.2005	Kari Pietilä	Sisätautien ylilääkäri, tulosyksikönjohtaja, TAYS
1.4.2005	Teuvo Tammela	Kirurgian ylilääkäri, tulosyksikön johtaja TAYS

Liite 3. Valmisteluvuoden ratkaisut

2001	
Tammikuu	Terveydenhuoltoalueen valmisteluvaihe käynnistyy
Helmikuu	<p>Ohjausryhmä määrittelee Mäntän seudun terveyskeskuksen ja aluesairaalan johtoryhmien edustajat toimimaan terveydenhuoltoaluetta valmistelevana johtoryhmänä. Terveyskeskuksen johtava lääkäri toimii johtoryhmän puheenjohtajana kunnes terveydenhuoltoalueen johtaja on nimetty</p> <p>Terveydenhuoltoaluetta valmisteleva johtoryhmä käynnistää ohjausryhmän toimeksiannosta toteuttamissuunnitelman valmistelut. Periaatepäätökset tulee olla tehtävissä vuoden 2001 loppuun mennessä. Uuden mallin vakiinnuttaminen ja toteuttaminen tapahtuu vuosina 2002-2004.</p> <p>Juupajoen, Jämsän, Keuruun, Keuruun-Multian kansanterveystyön kuntayhtymän, Kurun, Längelmäen, Multian, Oriveden, Ruoveden ja Virtain vastaukset ohjausryhmälle, että eivät ole kiinnostuneita käymään jatkokeskusteluja mahdollisesta liittymisestä terveydenhuoltoalueeseen</p> <p>Terveydenhuoltoalueen johtajan viranhakuilmoitus julkaistaan 16.2.2001, virka täytetään ensimmäisessä vaiheessa 31.12.2004 asti (valtuustokausi). Terveydenhuoltoalueen johtaja tulee sairaanhoitopiiriin johtajan alaisuuteen ja toimii ohjausryhmän esittelijänä</p>
Maaliskuu	<p>Alatyöryhmät (12), niiden kokoonpano ja tehtävät päätetään terveydenhuoltoaluetta valmistelevassa johtoryhmässä (20.2.2001 § 6) Alatyöryhmien suunnitelmien tulee olla valmiita 15.5.2001</p> <p>Sairaanhoitopiiriin valtuusto päätti terveydenhuoltoalueen johtajan viran perustamista sairaanhoitopiiriin hallituksen esityksestä. (HALL 20.2.2001 § 36, VALT 16.3.2001 § 11)</p> <p>Terveydenhuoltoalueen johtajan virka esitetään perustettavaksi sairaanhoitopiiriin valtuuston kokouksessa 16.3.2001 ja täytetään hallituksen kokouksessa 27.3.2001.</p> <p>Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa sairaanhoitopiiriin pyytämänä lausunnossaan (12.3.2001), että Mäntän seudun terveydenhuoltoalue voidaan perustaa nykyisen lainsäädännön perusteella. (OHJ 260301 § 14)</p> <p>Terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä valitsee johtajan (OHJ 26.3.2001)</p>
Huhtikuu	<p>Muutosjohtaja käynnistää työnsä</p> <p>Sairaanhoitopiiriin hallitus määrittelee ohjausryhmän tehtävät ja jäsenet (HALL 17,2,2001 § 105)</p> <p>Sairaanhoitopiiriin hallitus merkitsee tiedoksi hankkeen valmisteluvaiheen ja projektisuunnitelman</p>
Toukokuu	<p>Esimiesjärjestelyt: Taloudellinen ja toiminnallinen vastuu lääkäri-hoitaja työparille TARKISTA</p> <p>Mäntän sairaalan laboratoriotoiminta ja henkilökunta siirtyi TAYS:n laboratorioliikelaitokselle.</p> <p>Mäntän seudun kansanterveystyön kuntayhtymän toiminta siirtyy terveydenhuoltoalueen tehtäväksi, kuntayhtymä päätetään purkaa samalla kun terveydenhuoltoalue perustetaan (OHJ 10.5.2001 §4)</p> <p>Terveydenhuoltoalueen ohjausryhmä päättää, että perusterveydenhuollon vuodeosasto ja päiväaikainen päivystys tullaan siirtämään Mäntän sairaalan tiloihin. Tilojen korjaushankkeet suunnitellaan osana sairaanhoitopiiriin investointisuunnitelmaa, tavoitteena että tilat käytössä 2003 alusta. (OHJ 10.5.2001 § 6)</p>
Elokuu	<p>Terveyskeskuksen laboratoriotoiminta ja henkilökunta siirtyy TAYS:n laboratorioliikelaitokselle kansanterveystyön kuntayhtymän hallituksen päätöksellä (15.6.2001).</p> <p>Kansanterveystyön kuntayhtymän ympäristöterveydenhuoltoa ja terveysvalvontaa koskevat tehtävät ja henkilöstö siirretään Vilppulan kunnan tehtäväksi ja ympäristölautakunnan alaisuuteen</p>

Lokakuu	Perusterveydenhuollon ylihoitajasta tulee molempien organisaatioiden ylihoitaja
	Käynnistetään molempien organisaatioiden yhteiset osastonhoitajakokoukset
	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapiayksiköt yhdistyvät perusterveydenhuollon toiminnaksi
Marraskuu	Sairaanhoitopiirin hallitus päättää perusterveydenhuollon henkilöstön (132) siirtymisestä PSHP:n henkilöstöksi vanhoina työntekijöinä 1.1.2002. (HALL 26.11.2001 § 239, Toiminta- ja taloussuunnitelma 2002 - 2004 ja talousarvio 2002)
	Perusterveydenhuollon yöpäivystyksen lääkäripalvelut ulkoistetaan
	Päätetään, että Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen puhelinvaihte liitetään sairaanhoitopiirin puheverkkoon
Joulukuu	Sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyy perussopimukseen muutokset terveydenhuoltoalueen perustamisesta (VALT 14.12.2001 § 25)
	Perusterveydenhuollon taloushallinto muuttaa sairaalan tiloihin
	Sairaanhoitopiirin hallitus päättää siirtää terveydenhuoltoalueen puhelinvaihteen sairaanhoitopiirin verkkoon (HALL 14.12.2001)

Liite 4. Kolmen ensimmäisen toimintavuoden ratkaisut

2002	Terveydenhuoltoalueen toiminta käynnistyy
Tammikuu	<p>Ympäristöterveydenhuolto siirtyy Vilppulan kunnalle (OHJ 5.2.2002 § 9)</p> <p>Terveyskeskuksen ja aluesairaalan taloushallinnot yhdistetään</p> <p>Ohjausryhmä käsittelee selvitystä vanhustenhuollon järjestämisestä kunnissa ja yhteistyössä tha:n kanssa. Asia liittyy vuodeosastohoidon järjestelyyn, jossa perusterveydenhuollon pitkäaikaishoito siirtyy vanhustenhuollon vastuulle. Molemmilla kunnilla on selkeä kanta, että vanhustenhuolto on kuntien omaa toimintaa ja että kuntien välistä yhteistyötä lisätään vanhustenhuollossa. (OHJ 5.2.2002 § 4)</p> <p>Sopimusohjausta varten Ylä-Pirkanmaan tilaajarengas muodostetaan vuodelle 2003 OHJ 5.2. §6</p> <p>Ohjausryhmän paikallisen edustuksen vahvistamiseksi ohjausryhmään nimitetään kaksi luottamushenkilöä kustakin kunnasta. Ohjausryhmän tehtävämääritystä tarkennetaan lisäyksellä "kehittää ja yhteen sovittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintoja terveydenhuoltoalueella" (OHJ 5.2.2002 § 8 ja HALL 15.2.2002 § 36)</p> <p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkehuolto yhdistyvät toimimaan terveydenhuoltoalueen erikoissairaanhoidon tulosyksikössä Yksi lääkekeskus (OHJ 27.11.02 § 81)</p>
Helmikuu	<p>Sairaanhoitopiirin hallitus hyväksyy ohjausryhmän kokoonpanon muutoksen, toinen poliittinen luottamushenkilö molemmista kunnista. Kunnanjohtaja puheenjohtajaksi. (Hall 12.2.2002 § 36)</p> <p>Terveydenhuoltoalue käynnistää perusterveydenhuollon tuotteistuksen valmistelun.</p>
Maaliskuu	<p>Päiväaikainen päivystys siirtyy terveysasemilta sairaalan tiloihin Yksi päivystyspiste. Ilta-, yö- ja viikonlopun yhteispäivystys (Mänttä, Vilppua, Ruovesi, Orivesi, Juupajoki, Keuruu, Multia)</p>
Huhtikuu	<p>Ohjausryhmä esittää kantanaan, että tha:n tarjoutua on saatava Mäntän ja Vilppulan osalta pienennettyä tilauksien mukaiseksi. (OHJ 10.4.2002 § 26)</p>
Toukokuu	<p>Vilppulan vanhustyönjohtaja (0,5 aikainen) myös terveydenhuoltoalueen työntekijä ja johtoryhmän jäsen.</p> <p>Vuoden 2002 1-4 toteuman tarkastelu: Tulot eivät tule toteutumaan, syynä lääke- ja rivaje. Lisäksi psykiatrian hoitokustannukset ylittyvät. OR: Lääkärilanteen parantamiseksi pitää tehdä kaikki mahdollinen, vaikka se aiheuttaisi lisäkustannuksia. Psykiatrisen hoidon jatkohoitajajärjestelyitä ja hoitoon ohjautumisen seurantaa on tehostettava.(OHJ 31.5.2002 § 32)</p> <p>Sairaanhoitopiirin johtoryhmä edellyttää, että THA tekee hallitukselle selvityksen Mäntän seudun terveydenhuolto-alueen välitilinpäätöksen johdosta tehtävistä toimenpiteistä. (Välitilinpäätöksen perusteella tehty ennuste näyttää Mäntän seudun terveydenhuoltoalueelle 1,7 milj. euron alijäämää, siitä 0,3 milj. euroa kohdistuisi erikoissairaanhoidon ja 1,4 milj. euroa perusterveydenhuoltoon.) Päätetään kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteisen terveydenhuoltoa koskevan seminaarin järjestämisestä kesäkuussa. (OHJ 31.5.2002 § 33)</p> <p>Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnalle (Mänttä ja Vilppula) ja erikoissairaanhoidon poliklinikoille yksi yhteinen osastonhoitaja</p>

Elokuu	<p>Perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidon (vanhustenhuollon) paikkoja päätetään vähentää ohjausryhmän päätöksellä 40:stä 25:een. Tavoitteena että terveydenhuoltoalue vastaa akuuttihoidosta ja vanhustenhuolto pitkäaikaishoidosta. Ohjausryhmä pitää tärkeänä, että vanhustenhuollon asioiden valmistelussa on mukana aina molempien kuntien sosiaalityö sekä terveydenhuoltoalue. (OHJ 29.8.2002 § 50)</p> <p>Sairaanhoitopiirin hallitus päättää terveydenhuoltoalueen ja Tays:n sisätautiklinikan virkojen järjestelystä sisätautitoiminnan turvaamiseksi Mäntän seudun terveydenhuoltoalueella (Hall 26.8.2002)</p>
Lokakuu	<p>Sisätautien sairaansijamäärää vähennetään 30:stä 25:een 1.10. lähtien (OHJ 29.8.2002 § 50)</p> <p>Väli tilinpäätös 31.8. THA:n toimintakäytötavoite ei ole toteutunut. Suurin syy on lääkäri-vaje ja kesän sulut. THA:n johtaja antaa selvityksen konkreettisista toimenpiteistä ja niiden kustannusvaikutuksista sairaanhoitopiiriin hallitukselle. (OHJ 11.10.2002 § 63)</p>
Marraskuu	<p>Kuntien tilaukset vuodelle 2003 ovat pienemmät kuin ennustettu vuoden 2002 toteuma. Terveydenhuoltoalueen on tehtävä toiminnallisia muutoksia palveluiden saatavuuden turvaamiseksi väestölle. OR päättää, että kunnat tiedottavat yhdessä tha:n kanssa väestölle terveydenhuollon palvelujen järjestelystä. (OHJ 7.11.2002 § 72)</p>

2003	
Tammikuu	<p>Terveydenhuoltoalueen lääkekeskus siirtyy TAYS:n sairaala-apteekin osaksi (OHJ 27.11.02 § 81)</p> <p>Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotot keskitetään Mänttään Sarapihan vastaanottotiloihin</p> <p>Perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidon (vanhustenhuollon) paikkoja vähentää 40:stä 30:een</p>
Helmikuu	Vilppulan kotisairaanhoido ja työterveyshuolto siirretään Vilppulan terveysasemalle
Toukokuu	<p>Kolme projektia erikoissairaanhoidon ja vastaanotto toiminnan kehittämiseksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Konservatiivisen toiminnan yhteistyömalli Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen ja TAYS:n välillä – Operatiivisen toiminnan yhteistyömalli Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen ja TAYS:n välillä. – Vastaanottojen kehittäminen (OHJ 22.5.03 § 35, OHJ 190903 § 46)
Elokuu	<p>Lastenlääkäri (20%) lastenneuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon</p> <p>Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vuodeosastot yhdistetään sairaalan tiloihin. Perusterveydenhuollon pitkäaikaishoidon (vanhustenhuollon) paikkoja vähentää 30:stä 25:een.</p>
Lokakuu	<p>Lääkärin vastaanotto toiminnan ja päivystyksen sairaanhoitohenkilökunnan yhteiskäyttö (OHJ 190903 § 48)</p> <p>Sisätautien paikkamäärä vähennetään 25:stä 15:een. (THA-tieto)</p> <p>Kirurgian toiminta muutetaan viikko-osastoksi ja pienennetään 17:sta 9:ään sairaansijaan ja siihen yhdistetään 10 päiväkirurgian paikkaa (OHJ 120204 § 3)</p> <p>Naistentautien paikkamäärä vähennetään 6:sta 3:een</p> <p>Terveydenhuoltoalueen taloudellista asiantuntemusta vahvistetaan: Terveydenhuoltoalueen johtaja ja PSHP:n talousjohtaja vastaavat yhdessä terveydenhuoltoalueen taloudesta vuoden 2004 loppuun. (HALL 20.10.2003)</p>
Marraskuu	<p>Psykiatristen akuuttipotilaiden hoito siirtyy Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Jurikkaniemen sairaalasta TAYS:n Pitkäniemen sairaalaan (OHJ 041203 § 62)</p> <p>Päiväkirurginen yksikkö siirretään kirurgian osaston tiloihin (OHJ 190903 § 48)</p> <p>Perusterveydenhuollon tuotteet ja hinnat vuodelle 2004 merkittiin tiedoksi ja esitettäväksi sairaanhoitopiiriin hallitukselle. Perusterveydenhuollossa siirrytään sopimusohjauksen mukaiseen laskutusperiaatteeseen vuonna 2004. (OHJ 4.12.03 § 65)</p> <p>Perusterveydenhuollon päivystyssopimuksesta tarjous Ylä-Pirkanmaan kunnille (OHJ 020604 § 23) Kaikki kunnat eivät sopimusta allekirjoittaneet (OHJ 220604 § 30)</p>

2004	
Tammikuu	<p>Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotot ml. Mäntän työterveyshuolto siirtyvät sairaalan uusittuihin vastaanottotiloihin – Kaikki vastaanottopalvelut samassa paikassa</p> <p>Mäntän terveysaseman laboratoriopalvelut sairaan tiloihin – Terveysterveystoimintatilaalla vain yksi laboratoriopiste</p> <p>Sisätautien sairaansijamäärä nousee 15:sta 20. Dialyysi-yksikkö yhdistetään sisätautiosaston yhteyteen – henkilökunnan käyttö joustavammaksi (OHJ 190903 § 48 ja 12.2.04 §3)</p>
Helmikuu	<p>Erityistyön yksikkö, mielenterveys- ja päihdetyö sekä äitiys ja lastenneuvolapalvelut Mäntän terveysasemalle Sarapihaan – Erillisistä vuokratiloista luovutaan. – Yhteistyö mielenterveystoiminnan, kotisairaanhoidon, kasvatus- ja perheneuvolan, äitiys- ja lastenneuvolan ja hammashuollon kesken tehostuu, kun toimitaan samoissa tiloissa. (OHJ 120203 §3)</p>
Huhtikuu	<p>Taloushallinto osaksi sairaanhoitopiirin taloushallintoa (4 työntekijää), omana toimintana palkanlaskenta (2 työntekijää), shp:n toimintana paikallisesti potilaslaskutus ja laskentapalvelut. Yksi työntekijä Mäntän kaupungille. OHJ 120204 § 5)</p> <p>Hallitus myöntää terveydenhuoltoalueen johtajalle virkavapaan ajalle 1.5.-31.5.2004 muiden tehtävien hoitamista varten, sijaiseksi johtajan varahenkilö (HALL 19.4.2004 §73)</p> <p>Puhelinvälitys siirtyy osaksi TAYS:n puhelinvälitystä (OHJ 12.0204 § 5)</p>
Kesäkuu	<p>Vilppulan kunnanjohtaja esittää kirjeessään ohjausryhmälle, että terveydenhuoltoalueen toiminta arvioidaan kehittämisselvityksen ehdotuksen mukaisesti vuonna 2005. (OHJ 2.6.2004 § 25)</p>
Heinäkuu	<p>Perusterveydenhuollon paikkoja lisätään heinäkuuksi 10:llä, jotta mm. TAYS:n kesäsupistuksista selvitään (OHJ 010404 § 11). Päätös vahvistetaan tarkistusneuvottelussa (OHJ 220604 § 30)</p> <p>Vilppulan kunnanhallitus päättää, että se ottaa sosiaalihuoltolain alaiset toiminnot (kasvatus- ja perheneuvolatoiminta ja päihdehuolto) kunnan omaksi tehtäväksi. Päätös perustuu kunnan rahavaikeuksiin, palveluihin ollaan tyytyväisiä. (VIL KH 050704 § 219) Esitys raukeaa myöhemmin.</p>
Elokuu	<p>Sisätautien vuodeosastotoimintaa jatketaan 12 -paikkaisena 1.8.2004 lähtien vuoden 2004 loppuun saakka ja henkilöstö mitoitetaan sen mukaan. (OHJ 22.6.2004 § 30)</p> <p>Ohjausryhmä tekee ehdotuksen sairaanhoitopiirin hallitukselle, että se perustaisi ohjausryhmän alaisuuteen neuvottelukunnan suunnittelemaan ja kehittämään alueen erikoissairaanhoidon ja jossa olisi edustus jokaisesta Ylä-Pirkanmaan kunnasta. (OHJ 240804 §43)</p>
Syyskuu	<p>Terveydenhuoltoalueen röntgenosaston toiminta ja palveluksessa olevat (ylilääkäri, kolme rtg-hoitajaa ja kaksi osastonsihteeriä) siirtyvät alueellisen kuvantamiskeskukseen palvelukseen 1.9. (OHJ 020604 § 24)</p>
Lokakuu	<p>Juupajoen kunnan esitys sopimuksesta terveyskeskuslääkäripalvelujen ostamisesta terveydenhuoltoalueelta (OHJ 201004 § 52)</p>
Marraskuu	<p>Äitiyspoliklinikan lääkäri (20%) äitiysneuvontaan</p> <p>Ruokapalvelujen ulkoistaminen (Hall 22.11.2004), tarvike- ja vaatelogistiikan yhdistäminen sekä tekniikan palvelujen siirto TAYS:iin 1.1.2005 alkaen (OHJ 201004 § 51)</p> <p>Sairaanhoitopiirin hallitus käsittelee terveydenhuoltoalueen johtajan ilmoituksen palvelusuhteen päättymisestä 30.11.2004 lukien. Johtajan varahenkilö määrätään jatkamaan ma. Johtajana 30.9.2005 asti, kunnes terveydenhuoltoalueen toimivuuden arvioinnin tulokset valmistuvat (Hall 13.12.2004)</p>

Joulukuu	Sairaanhoitopiiri käynnistää Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen arvioinnin kevään 2005 aikana
	Päätetään että sisätautien sairaansijamäärä nostetaan 12:sta 15:sta ja perusterveydenhuollon sairaansijamäärä lisääntyy 25:stä 26:een vuoden 2005 alusta lähtien (OHJ)
2004–2005	TIETOHALLINTOUUDISTUKSET (OHJ 240804 § 42) <ul style="list-style-type: none"> – Potilastietojärjestelmät (myös kuntien sosiaalityö ottaa käyttöön saman järjestelmän) – Yhteinen tietovarasto sairaanhoitopiirin kanssa – Johdon raportointijärjestelmä

Liite 5. Kuorevesi-Mänttä-Vilppula (KMV) -lehden kirjoittelua

VUOSI 2002

Koko päivystys siirtyy sairaalalle (22.2.)

Puheterapeuttia paitsi jo pitkään (22.2.)

Paljon turhaa tehdään, kun tieto ei kulje aukottomasti - Sosiaali- ja terveydenhuollon saumaton palveluketju Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen tavoitteena (12.3.)

Päivystyksen keskittäminen sairaalalle saa kiitosta (27.3.)

Yhteistyö TAYSin kanssa toi vihdoin ratkaisun Mänttään: Lisää lääkäreitä ja puheterapeutti (27.8.)

Sarapihan vuodeosasto pienenee jo lokakuun alusta. Muutto sairaalalle keväällä (3.9.)

Vilppula perää tarkkaa selvitystä - perusterveydenhuollon hallintokustannuksissa ei uudistuksesta huolimatta säästetty (10.9.)

Onko Vilppulan huhussa perää? Vilppulan terveysasema suljetaan - Päivi Sillanaukee vastaa: Erilaisia rakenteellisia uudistuksia on mietitty. Budjettimme pienee. Pohdimme onko lääkärin vastaanottoa järkevä pitää näin monessa pisteessä. (1.11.)

Lääkäreiden vastaanotot yhteen pisteeseen. Ensín Sarapihaan, ensi syksystä sairaalalle. (12.11.)

Vilppula otti aikalisän. Lääkäripäätös ennen maaliskuun puoliväliä (29.11.)

Lääkärit Sarapihaan jo joululta. Vilppulan terveysasema toimii toki edelleen (10.12.)

Vilppulan kunnalle jätettiin yli 2200 nimen listat. ”Vastustamme jyrkästi lääkäripalvelujen siirtämistä!” (13.12.)

Kaikki kiinni rahasta. Lääkäripäivystyksen siirto Vilppulasta Mänttään herätti tunteita yleisessä keskustelutilaisuudessa Vilppulan urheilutalolla. (Terveydenhuoltoalueen johtaja sai kovaa kritiikkiä yleisöltä. Kunnan ja sairaanhoitopiiriin edustajat kertoivat muutoksen taustoista. Kyse on rahasta. Hoitotoimenpiteet kalliimpia kuin ennen. Lisäksi väestön ikääntyminen, palvelutarpeen kasvu ja muutto kasvukeskuksiin rasitteina. Uudistusten myötä on mahdollista saada pienemmällä rahalla laadukkaampaa palvelua.) (20.12.)

VUOSI 2003

Vilppulalaiset tapaavat lääkärinsä Sarapihassa. (KMV 14.1.)

Terveyspalveluiden muutos hämmentää. Vain lääkärit Mäntässä, kaikki muu lähes ennallaan Vilppulassa. (21.1.)

Mäntän valtuusto kyseli terveydenhuollosta. Kaupunginvaltuuston istunnossa keskusteltiin terveydenhuollon järjestelyistä ja menoista. Vastaajina terveydenhuoltoalueen johtaja, johtava lääkäri ja hoitaja. (31.1.)

Terveydenhuoltoalueen antama selvitys kelpasi Vilppulan kunnanhallitukselle. (31.1.)

Vilppula ja Kolho saivat lisäpalveluja. Terveydenhuoltoalueen toiminnot tehostuvat, muutokset valmiita 2004 lopussa. (14.3.)

Miljoonan euron remontti valmis. Mäntän sairaalan sisätautiosasto ja Sarapihan vuodeosasto siirtyvät sairaalan remontoituihin tiloihin. (25.7.)

Terveydenhuollon muutokset jatkuvat. Säästöjäkin jo nähtävissä. (12.9.)

Lääkärien ”kotipesä” sairaalalle. Neuvolat Rimin yläkerrasta Sarapihalle. (12.9.)

Tehtävät ja vastuut muuttuvat. Melkoista myllerrystä. (12.9.)

Sairaanhoitajillekin vastaanotto. Hoitoon pääsemistä halutaan helpottaa ja nopeuttaa. (26.9.)

Perusterveydenhuollon budjetti notkahti rajusti. Mänttä ja Vilppula neuvottelevat kuntien tilaussopimukset uusiksi. Terveydenhuoltoalueen johto ilmoitti uusista lukeamista: perusterveydenhuollosta Mäntälle 600 000 ja Vilppulalle 500 000 euroa miinusta. Vilppulassa myös erikoissairaanhoidon käyttö ylitetään n. 315 000 eurolla. (24.10.)

Terveydenhuoltoalue hioo päivistyskäytäntöjä. Kustannukset uusjakoon. (24.10.)

Mänttä ja Vilppula ottivat aikalisän perusterveydenhuollon järjestelyissä. Päivistykset halutaan pitää alueella. (31.10.)

”Miten jaketaan, miten käy hoidon laadun?” Mäntän hoitajat huolissaan. (2.12.)

Raha riittää ensi vuonna vain kahdeksalle kuukaudelle. Sairaalan käyttö vähenee. (12.12.)

Lähilääkärit täydentävät julkisia palveluita. Yksityinen lääkäriasema Lähilääkärit Oy on elokuun alusta lähtien täyttänyt terveyskeskuslääkärien vastaanoton lopettamisen synnyttämää aukkoa Vilppulassa. Yritys perustettiin paikallisten lääkäreiden toimesta. Heillä on vastaanotot iltaisin ja viikonloppuisin. (12.12.)

Muutto Sarapihasta vuoden vaihteessa. Lääkärin vastaanotot ja laboratorio sairaalalle. (16.12.)

VUOSI 2004

Neuvolat muuttopuuhissa. Terveysneuvolat ja mielenterveystoimisto Sarapihan lääkäreiden vastaanotolta vapautuviin tiloihin. Ennestään paikalla on kotisairaanhoito, fysioterapia, apuvälinelainaamo, diabeteshoitaja ja hammashoitola. Asiakkaille palvelut samasta paikasta vauvasta vaariin. (30.1.)

Kaksi lisävuorokautta sairaalalle. Julkiset liikenneyhteydet Mäntän keskustasta sairaalalle paranevat. (30.1.)

Mäntän valtuusto jyräsi terveydenhuoltopalveluista. Rönni vaatii vastuullisia tilille. Kaupunginvaltuutetut tyytymättömiä terveydenhuoltopalveluihin alueella. Lääkä-

ripalvelut riittämättömät. Jonot pitkiä. Terveysthuollon menot liian suuret. Terveysthuoltoalueen johtajan eroa vaadittiin. (6.2.)

Kuntien budjetoimat varat riittävät vain puoleksi vuodeksi. Sisätautiosasto suljetaan? (20.2.2004)

Muutosvauhti uuvuttanut hoitajat. (20.2.)

Miten hoituu matka toukokuun jälkeen? Sairaalaan kulku hiertää. Bussilla matkustaminen hankalaa. Vilppulasta tulijat joutuvat yleensä vaihtamaan bussia Mäntän keskustassa. Kesällä vuorot harvenevat. Monet turvautuvat taksiin tai tuttavien kyteihin. (2.4.)

Terveysthuoltoalue sai uudet johtajat. Terveysthuoltoalueelle uudeksi johtajaksi Tuula Savolainen, Ohjausryhmän puheenjohtajaksi Mauri Heinonen. Sillanaukee jatkaa terveysthuoltoalueen osa-aikaista johtamista vuoden loppuun asti. Hän uskoo kuntien olevan tyytyväisiä terveysthuoltoalueeseen: kustannusten kasvu hidastunut ja Mäntän sairaalan asema vahvistunut. (20.4.)

Mäntän sairaalan sisätautiosaston vuodepaikat vähenevät puoleen. Puolittuminen johtuu siitä, että kunnat eivät ole lisänneet palvelujaan. Päätöksestä johtuen sijais-työvoimaa joudutaan karsimaan, mutta vakituiselle henkilökunnalle järjestetään muuta työtä. Tärkeintä pohtia miten vuodepaikat riittävät, koska kunnilla on velvollisuus järjestää hoito. (24.6.)

Mäntän sairaalan päivystyksen rahoitus yhä kysymysmerkki. Orivesi, Keuruu ja Multia aikoo vetäytyä Mäntän aluesairaalalle suunnitellusta yöpäivystysjärjestelystä. Tämä merkitsee Mäntälle ja Vilppulalle mahdollisesti päivystyksen siirtoa Mäntästä Tampereelle. (13.8.)

Sairastuneet ensi vuonna Tampereelle? Mäntän sairaalan yö- ja viikonloppupäivystys veitsenterällä. Kunnat asettavat jatkuvasti uusia ehtoja, eikä asioita saada päätökseen. Eteläniemi huomauttaa, että Mäntän päivystyskustannukset vähenisivät 200 000€ ja Vilppulan 150 000 - 200 000 €, mikäli päivystys siirtyy TAYS:iin. Ongelmana on valmiusmaksu, joka määräytyy käyntimäärästä riippumatta. Orivesi on pyytänyt päivystystarjousta myös Jämsältä. (27.8.)

Päivystys säilyy Mäntässä, myös Keuruu päätyi lopulta ostamaan palvelun. (3.9.)

Ohjausryhmän puheenjohtaja Mauri Heinonen: Erinomainen lopputulos. Viikonloppupäivystyksen jatkuminen on hyvä esimerkki seudullisesta yhteistyöstä. Tämä varmistaa myös sairaalan pysymisen sairaalana viikonpäivästä ja vuorokaudenajasta riippumatta. Ratkaisu päivystyksen jatkamisesta syntyi neuvottelutuloksena kesäkuun lopulla, viimeinen muistutusten jättöpäivä oli heinäkuun 12. Kuitenkin elokuussa saatiin tietää, että neuvottelutulos ei kaikille kelpaakaan. (3.9.)

Sairaanhoidopiiriin jonot puretaan ensi vuonna omana työnä. Mäntän sairaalaan potilaita leikkauksiin myös Tampereelta. (2.11.)

Sairaalan ateriat Amicalle. (23.11.)

Kirurgian osastolla valoa näkyvissä. Tänä vuonna osasto on kiinni 16 viikkoa, kun rahoja on vain kahdeksalle kuukaudelle. Ensi vuonna rahoja on paremmin, kun TAYS purkaa jonoja myös Mäntän sairaalassa. Myös lääkäritilanne on parantunut ja potilailta saatu palaute on pääsääntöisesti positiivista. (26.11.)