PERUSTERVEYDENHUOLLON KUSTANNUS-VAIKUTTAVUUS


HÄMÄLÄINEN MARIA
Tampereen yliopisto
Sosiaalipoliitikan ja sosiaalityön laitos
Sosiaalipoliitikan pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2005
Tampereen yliopisto

Sosiaalipoliitikan ja sosiaalityön laitos


Pro gradu -tutkielma, 111 s., 22 liites.

Sosiaalipoliitika

Huhtikuu 2005

----------


SISÄLLYS LUETTELO

1 JOHDANTO .......................................................................................................................... 6

2 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSET LAMAN JÄLKEISENÄ AIKANA .............................................................................. 8

2.1 TAUSTALLA HYVINVOINTIVALTION MURROS ................................................................. 8
  2.1.1 Kunnallistalous kulttuurien kehitys ......................................................................... 9
  2.1.2 Kuntien erilaistumiskehityksen mahdollistuminen ............................................... 10

2.2 HALLINNON MUUTOSTUULET ...................................................................................... 12
  2.2.1 Uusliberalismi ja New Public Management ......................................................... 14
  2.2.2 Menettelytapaudistuen omaksuminen kunnissa ................................................... 17
  2.2.3 Uudistukset kriittisen suurennuslaitoksen alla ...................................................... 18

2.3 TEHOKKUUS, TULOKSELLISUUS JA VAIKUTTAVUUS TAVOITTEINA........................ 19
  2.3.1 Kustannus-vaikuttavuus ....................................................................................... 22
  2.3.2 Mittaamisongelmasta ............................................................................................ 23

3 TERVEYDENHUOLTO KUNTIEN VASTUULLA ................................................................. 25

3.1 TERVEYSPOLITIIKKA OSANA SOSIAALIPOLITIIKKAAN ........................................... 25
  3.2 TERVEYDENHUOLTO VAIKEUKSISSA ...................................................................... 25
    3.2.1 Lainsäätäjänä kehitys .......................................................................................... 28
    3.2.2 Terveydenhuoltojärjestelmän tasot ..................................................................... 29
    3.2.3 Terveyskeskus osana järjestelmää ...................................................................... 31
    3.2.4 Asiakaslähtöisyys terveydenhuollon lähtökohtana .......................................... 32

3.3 TERVEYDENHUOLLON PÄÄTÖKSENTEKIJÄT ................................................................ 35
    3.3.1 Paikallistason strategiavalinnat ....................................................................... 40
    3.3.2 Poliittiset voimasuhteet ..................................................................................... 42

4 TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄJÄN NÄKÖKULMA ......................................................... 45

4.1 KESKUSTELUAINEHEEN LAATU .................................................................................... 45
  4.2 TYYTYVÄISYYS ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUTENA .................................. 47
    4.2.1 Terveydenhuollon asiakastyytyväisyysen normatiivinen tausta ......................... 49
    4.2.2 Tytystyväisyys subjektiivisena hyvinvointina ................................................... 51
    4.2.3 Eroja selittävät tekijät ....................................................................................... 52

4.3 TERVEYSPALVELUIDEN KYSYNTÄÄN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT .................................. 53

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE ................................................................................................. 55

5.1 TUTKIMUSONGELMA JA TUTKIMUSSYMYKSET TARKEMMIN ................................ 55
  5.2 AINEISTO ....................................................................................................................... 56
    5.2.1 Kaupunkipalvelututkimukset ............................................................................. 56
    5.2.2 SOTKA-tietokanta ............................................................................................... 61
    5.2.3 Kuntien asiakirjat .............................................................................................. 62

5.3 AIEMMAT TUTKIMUKSET ............................................................................................ 63

6 TUTKIMUSKAUPUNGIT ..................................................................................................... 67

6.1 TUTKIMUSKAUPUNKIEN VALINNASTA ....................................................................... 67
  6.1.1 Espoo ....................................................................................................................... 67
6.1.2 Helsinki ................................................................. 68
6.1.3 Kemi ............................................................................. 68
6.1.4 Kuusankoski ............................................................... 69
6.1.5 Tampere ................................................................. 70
6.2 HYVINVOINNIN ERILAISTUMINEN TUTKIMUSKAUPUNGEISSA ............. 70
   6.2.1 Sairastavuus ............................................................ 72
   6.2.2 Kuolleisuus ............................................................ 73
6.3 TALOUSKEHITYS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA ................................ 74
   6.3.1 Terveydenhuoltomenojen kehitys ................................ 76
   6.3.2 Tukkimuskaupunkeiden terveydenhuoltojärjestelmät .................. 81
6.4 POLIITTiset VOIMASUHTEET ....................................... 84
   6.4.1 Asiakirjat tavoitteiden määrittäjänä ................................ 85
   6.4.2 Asiakaslähtöisyys tavoitteena ...................................... 88
   6.4.3 Määränpäännä laatu .................................................. 90
7 ANALYSOINTI JA TUTKIMUSTULOKSET ................................... 92
   7.1 ANALYYSIN VAIHEET JA KÄYTETYT MENETELMÄT ....................... 92
   7.2 OSA-ALUEITTAINEN TYYTYVÄISYYSKEHITYS .............................. 93
      7.2.1 Ajan saanti .................................................................. 93
      7.2.2 Kulkuyhteydet .......................................................... 93
      7.2.3 Jonotusaika ................................................................ 94
      7.2.4 Terveyskeskushenkilökunnan käytös ja palvelualttiutus .......... 95
      7.2.5 Hoidon laatu ............................................................... 95
      7.2.6 Tukkimusten laatu ja määrä .......................................... 96
      7.2.7 Lääkkeiden saanti ...................................................... 96
      7.2.8 Hoitotarvikkeiden saanti ............................................. 97
      7.2.9 Terveyskeskuksen tilat ................................................ 97
   7.3 KOKONAISTYYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSPALVELUIHIN VUOSINA
      7.3.1 Vertailu varianssianalyysin avulla .................................. 101
      7.3.2 Ristiintaulukoinnin tulokset ......................................... 102
   7.4 KUSTANNUS-VAIKUTTAVUUS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA
      1993, 1997 JA 2001 ............................................................ 106
8 YHTEENVETO ..................................................................... 109
   8.1 JOHTOPÄÄTÖKSET ......................................................... 109
   8.2. JATKOTUTKIMUSAIHEITA ................................................... 115
KIRJALLISUUS ...................................................................... 117

TAULUKOT

Taulukko 1. KUNTIEN TALOUDELLISEEN KEHITYKSEEN VAIKUTTANEET MUUTOKSET VUOSINA 1990-1999 .................. 10
Taulukko 2. PERINTEISEN BYROKRAATTISEN HALLINNON JA UUDEN JULKISEN HALLINNON EROJA ............................. 15
Taulukko 3. ERITYISKORVATTAVIEN LÄÄKKEIDEN SAAJIIEN VAKIOITU INDEKSI TUTKIMUSKAUPUNGEISSA
      VUOSINA 1993, 1997 JA 2001 .............................................. 73
Taulukko 4. VAKIOITU KUOLLEISUUDESSA TUTKIMUSKAUPUNGEISSA VUOSINA 1993, 1997 JA 2001 ....................... 74
Taulukko 5. PERUSTERVEYDENHUOLLON (POISLUIKJEN HAMMASHUOLTO) KÄYTTÖKUSTANNUKSET ASUKASTA
      KOHTI VUOSINA 1993-2001 (INDEKSOITU KOKO MAAN KESKIARVON) ......................................................... 77
Taulukko 6. MUUTOKSET PERUSTERVEYDENHUOLLON (POISLUIKJEN HAMMASHUOLTO) KÄYTTÖKUSTANNUKSTEN
      INDEKSIEN EROISSA VUOSINA 1993-2001 ............................. 80
1 JOHDANTO

Viime vuosina ei ole voinut välttyä kuulemasta ainakin jotain seuraavista kunnallista terveydenhuoltoa koskevista väitteistä: ”Hyvinvointivaltio on paisunut liian laajaksi eikä se pysty huolehtimaan perusterveydenhuollon järjestämisestä” tai ”Kuntien järjestämä terveydenhuolto on liian tehotonta ja se tulee veronmaksajille liian kalliiksi” tai ” Tehokkuuden puute on ratkaistavissa soveltamalla yksityissektorin oppeja terveydenhuoltoon”. Perusterveydenhuolto, sen epäonnistut ja sen järjestäminen on puhuttanut lähes kaikissa kunnissa. Aihe ei jätä kylmäksi, koska kaikki ihmiset tarvitsevat ainakin jossain elämänsä vaiheessa terveyspalveluja. Useimmilla meistä on omia kokemuksia julkisesta terveyskeskuspalveluista ja sitä kautta ajan myötä muodostunut mielipide. Asiakaslähtöisyys-, laatu- ja potilaan oikeuksia korostavan keskustelu ovat värittyneet säästö- ja talouskeskustelulla. Oma kiinnostukseni tutkimusaiheeseen kumpuaa näistä lähtökohtista.


Näkymättömän yhteiskunnallisen infrastruktuurin, kuten lakien ja asetusten muutosten voidaan nähdä mahdollistaneen kaupungeille ja kunnille enemmän valinnanmahdollisuuksia perusterveydenhuollon toteuttamiseen ja luoneen pohjaa erilaistumiskehitykselle. Valintojen tekeminen ei kuitenkaan ole aina yksinkertaista terveydenhuollollisakaan eikä optimituloksia saavuteta hyvästi aikeista huolimatta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on pohtia, onko tulosten kautta huomattavissa tutkimuskaupunkien siirtymistä kohti kustannusvaikutavampaa, erilaistuvaa perusterveydenhuoltoa ja hallinnon muutosten omaksumisen kautta kohti uusliberaaleja arvoja sisältävää terveydenhuoltopolitiikkaa.
2 TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSET LAMAN JÄLKEISENÄ AIKANA

2.1 TAUSTALLA HYVINVOINTIVALTION MURROS


Viime vuosien hallintoa koskeva keskustelu on kaikessa monitahoisuudessaan kulmoinutnut väitteeksi hyvinvointivaltion syvenevästä kriisistä (Temmes 1991, 98). Hyvinvointivaltiota on arvosteltu muun muassa kasavista kustannuksista, niukentuvista rahoitusmahdollisuuksista, tehottomuudesta ja ylipääätään sen hyväksyttävyyd’estä. Hyvinvointivaltion toi-
mijoiden legitiimiyttä on alettu epäillä. (Karisto ym., 316.) Julkista sektoria koskevissa tutkimuksissa on arvosteltu myös julkisen sektorin byrokrattisuutta ja vanhentuneisuutta. Uudistamiskeskustelun myötä on sekä Suomessa että muualla Euroopassa ajauduttu tilanteeseen, jossa on syntynyt jonkinlainen kahtiajako hyvinvointivaltion puolustajiin ja vastustajiin. (Salminen & Niskanen 1996, 10.)

2.1.1 Kunnallistalouden kehitys


Taulukko 1. Kuntien taloudelliseen kehitykseen vaikuttaneet muutokset vuosina 1990-1999

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vuosi</th>
<th>Kunnallinen vallankumous ja sen vaikutukset</th>
<th>Kirjanpitojärjestelmä vaihdettiin.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1996</td>
<td>Kantokykyluokituksen poistaminen.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1999</td>
<td>Yhteisöveron jakoperusteiden muutos.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: Helin 1999a, 17.


2.1.2 Kuntien erilaistumiskehityksen mahdollistuminen

Yhteiskuntanäkemys 1960- ja 1970-luvuilla korosti yhtenäisyyttä. Hyvinvointivaltion syntyvaiheessa valtion säänteli tarkasti kuntien hallintoa ja toimintaa. Kuntien hallinto oli kai-
kin. (Heikkilä 2003, 119.)
2.2 HALLINNON MUUTOSTUULET


ilmentävät julkisen hallinnnon desentralisaatiota eli hajauttamista. Niille on uskottu valtionhallinnon tehtäviä, mutta ne eivät kuitenkaan ole osa valtionhallintoa. (Jyränki 2000, 151.)

2.2.1 Kohti uudenlaista hallintoa


en avulla sekä hallintoa hajauttamalla. Kansalaisten palvelun ohella arvioinnin kohteena on ollut myös kansalaisten osallistumismahdollisuuksien kehitys. (Temmes & Kiviniemi 1997, 12-13.)


2.2.1 Uusliberalismi ja New Public Management


**Taulukko 2. Perinteisen byrokraattisen hallinnon ja uuden julkisen hallinnon eroja**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Perinteinen byrokraattinen malli</th>
<th>Uuden julkisen hallinnon malli (NPM)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sääntöohjaus</td>
<td>Tavoite/tulosohjaus, tulosbudjetointi, kilpailu</td>
</tr>
<tr>
<td>Funktionalinen tehtäväpohjainen työnjako</td>
<td>Tuotepohjainen ja prosesseihin tukeutuva työnjako</td>
</tr>
<tr>
<td>Voimakas hierarkia</td>
<td>Autonomisten tulosyksikköjen väliset sopimussuhteet</td>
</tr>
<tr>
<td>Vähäinen kilpailuinstrumenttien käyttö</td>
<td>Toimintojen ulkoistaminen ja markkinoistaminen</td>
</tr>
<tr>
<td>Strategisen johtamisen puute</td>
<td>Tuottajien valta korvataan asiakassuuntautumisella</td>
</tr>
</tbody>
</table>


1 Ks. lisää malleista Ferlie ym. 1996, 10-15


---

2.2.2 Menettelytapauudistusten omaksuminen kunnissa


2.2.3 Uudistukset kriittisen suurennuslasin alla

eivät erityisesti liity toisiinsa. Sitä on hänen mielestään myös pidetty tehokkuutta ylikorostavana sekä laatua ja yksilöllisyyttä väheksyvänä.


2.3 TEHOKKUUS, TULOKSELLISUUS JA VAIKUTTAVUUS TAVOITTEINA

ja rahaprosessin puuttuvan yhteyden vuoksi kunnan tuloslaskelma ei kerro suoraan sitä, miten tehokkaasti kunta saamiaan verorahoja käyttää (Meklin 1999, 16).


Kuvio 1. Paikallinen palvelutuotantoprosessi

Taloudellisuus: Ovatko resurssit pienimmät mahdolliset, joilla tavoite voidaan saavuttaa?

Panos (Resurssit) Tuotos (Palvelut)

Tehokkuus: Onko käytetyillä panoksilla saavutettu paras mahdollinen tulos? Onko annettu tavoite saavutettu pienimmällä mahdollisella panoksella?

Vaikuttavuus: Onko tavoite saavutettu? Viranomaisten toimien suhde toiminnasta syntyviin tuotoksiin.

Lähde: mukaillen Skelcher 1992, 43.

NPM -uudistusten yhteydessä useissa maissa käytetään ilmaisua "Value for Money", jolla tarkoitetaan vastineen tuottamista verorahoille. "Value for Money" jaetaan tavanomaisesti kolmeen sanaan: "economy, efficiency ja effectiveness" (suom. taloudellisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus). Suomessa on puhuttu tässä yhteydessä lähinnä tuloksellisuudesta, jonka määrittely on vaihdellut. (Meklin 1999, 16.)

Tuloksellisuudella tarkoitetaan niitä kriteerejä, joiden avulla arvioidaan kunnallista palvelutoimintaa ja kunnan menestymistä palveluiden tuottajana. Tuottavuudella ilmaistaan tuotosten tai suoritteiden määrän ja niiden tuottamiseen käytetyn panosmäärän suhde. Suoritteet voivat olla esimerkiksi asiakaskäyntejä tai hoitopäiviä. Panokset voidaan ilmaista ra-


\[^{1}\] Suoritevaihtoehtoista laajemmin ks. esim. Lane 2000, 62

2.3.1 Kustannus-vaikuttavuus

Kustannus-vaikuttavuudella ilmaistaan palvelujen vaikuttavuuden kustannuksia (Hiironniemi 1992, 25). Kustannus-vaikuttavuus, jonka vertailuun tämä tutkimus keskittyy, voidaan ilmaista kaavalla:

\[
\text{Kustannukset} = \frac{\text{Kustannus-vaikuttavuus}}{\text{Vaikuttavuus}}
\]

Kustannus-vaikuttavuus -analyysillä voidaan arvioida panos-tuotos -suhdetta. Tässä analyysissä hyötyjä ei ilmaista rahassa, vaan vaikutuksenä toiminnan tavoitteeseen nähden. Analyysissä suhteutetaan kustannuksia ja vaikutuksia toisiinsa. Analyysin teon edellytyksenä ovat konkreettisesti mitattavissa olevat vaikutukset, jotta vertailtavien suhdelukujen laskeminen on mahdollista. Monia hyötyjä ei kuitenkaan ole mahdollista muuttaa kvantitatiivisiksi, jolloin joudutaan tyytymään niin sanottuihin sijaismittareihin tai käyttämään yk-


2.3.2 Mittaamisongelmasta


Vaikutavuuden käsitteeeseen liittyvä probleemi on erityisesti huomattava. Vaikutavuuden mittamisen vaikeus koskettaa myös tätä tutkimusta. Vaikutavuusu ei ole yksiselit-

3 TERVEYDENHUOLTO KUNTIEN VASTUULLA

3.1 TERVEYSPOLITIIKKA OSANA SOSIAALIPOLITIIKKAAN


3.2 TERVEYDENHUOLTO VAIKEUKSISSA

Itsenäisyyyden ajan neljää ensimmäistä vuosikymmentä voidaan kutsua terveydenhuollon vakiintumis- ja laajentumisvaiheeksi (Bäckman 1992, 534). Palvelujärjestelmän voimakas


Laajaa julkista panostusta terveydenhuoltoon ei voida kuitenkaan pitää kansantaloudellisten vaikeuksien syynä (emt., 305). Menojen kasvun syिना voidaan pitää myös muun muassa lääketieteellisen hoidon kehittymistä ja terveydenhuoltopalveluiden saamista ilmaseksi tai nimellistä korvausta vastaan. Myös yhä laajempi kansalaisten tavoitteenvuus sekä yhteiskunnan muuttumisen myötä terveysongelmiksi hyväksytty ongelmat, kuten alkoholismi ovat lisäneet terveydenhuollon menojaa. Jatkossa menojen lisääntymistä aiheuttaa erityisesti vanhusväestön kasvava osuus. (Kantola ym. 1993, 84.) Menojen laskeminen ei kuitenkaan ole ongelmatonta, sillä tarkkaan ottaen yhteen tulisi laskea ne kaikki yhteiskunnan toimet, jotka edistävät tai ylläpitävät terveyttä. Näiden toimien määrittäminen tai laskemi-
nen on vaikeaa. Suomen terveydenhuoltonen otussi kattavudeestaa huolimatta OECD-
maiden keskitason alapuolella. (Kauhanen ym. 1998, 303-304.)

Kustannusten ohella terveydenhuollolla on myös positiivisia vaikutuksia kansantalouteen
muun muassa kilpailukyvyn lisäämisen kautta (Pohjola 1994, 24). Terveyden ja talouden
vuoroaikutus on monimuutkaista (Abel-Smith 1976, 138). Lisääntyneet kustannukset ter-
veydenhuollossa ovat johtaneet tilanteeseen, jossa ehkäisevään terveydenhuoltoon ja yksi-
löiden itselhoitoon kiinnitetään yhä enemmän huomiota. Kansanterveyslain (66/1972) myöt-
tä painopiste on vähitellen siirtynyt terveydenhuitoon ja avosairaanhoitoon. Lain myötä
kansanterveyestön määärärahoja on lisätty ja samanaikaisesti sairaanhoitolaitosten menojen
kasvua on pyritty hillitsemään. Kantolan ym. (1993) mukaan kansantalouden ja kansanter-
veyden välillä vallitsee vuorovaikutussuhde. Kansanterveys voidaan nähä hyvinvoinnin
perustekijänä ja itselaittava yhteiskuntapolitiikassa. Kansalaisten terveys on myös arvokin
tuotannon tekijän eli työvoiman työkyvyn perustana. Terveen yksilön voidaan ajatella tuot-
tavan yhteiskunnalle pääomaa ja samalla myös varoja, joita tarvitaan oman hyvinvoinnin ja
terveyden ylläpitämiseen. (Emt., 87-88.)

3.2.1 Lainsäädännön kehitys

Suomen perustuslain (731/1999) mukaan julkisen vallan tulee taata riittävä sosiaali-
terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Terveydenhoito on siis yhteiskunnan tehtävä
eikä ainoastaan ihmisen omalla vastuulla. Yhteiskunnalliset muutokset aiheuttavat muutok-
sia myös terveyspolitiikkaan. Terveyspoliittisen ajattelun ottaminen mukaan kansallisten
voimavarojen kehittämiseen on kuitenkin suhteellisen nuorta ihmiskunnan historiassa. Tu-
lee myös huomata, että se ei ole tyyppillistä vain hyvinvointivaltioille. (Vohlonen 1998, 17-
21.)

Terveydenhuollon järjestelmien ja tehtävien kehitys on mukaillut yhteisön historian kehi-
tystä (Kauhanen ym. 1998, 281). Vuonna 1972 maamme perusterveydenhuolto koki suuren
muutoksen uuden Kansanterveyslain (66/1972) tullessa voimaan. Terveydenhuoltojärjes-
telmä uusittiin tällöin vastaamaan paremmin väestön tarpeita. Tavoitteena oli luoda
järjestelmää, joka on mahdollisimman hyvin kaikkien kansalaisten ulottuvilla ja joka oli
julkisin varoin rahoitettu. Kansanterveyslain 14 § mukaan kunnan tehtävänä on järjestää
asukkailleen terveysneuvonta, äitiys- ja lastenneuvolointi, sairaanhoito,


3.2.2 Terveydenhuoltojärjestelmän tasot

Valtakunnallisella tasolla terveydenhuollon erityisviranomaisena toimii sosiaali- ja terveysministeriö, jonka tehtävänä on muun muassa lakien valmistelu, valtion budjetin valmistelu sosiaali- ja terveydenhuollon osalta, terveydenhuollon valtakunnallinen suunnittelu ja suunnitelmien toteutumisen seuranta. Terveyden edistämisen kannalta merkittäviä päätoimia tekevät kuitenkin myös useat muut viranomaiset, kuten Kansaneläkelaitos. Valtionhallintoa terveydenhuollossa edustaa läänitasolla lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosasto, joka vastaa alueen terveydenhuollon ohjaamisesta, valvonnasta ja johtamisesta. (Kantola ym. 1993, 136-137.)

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on monimuotoinen. Sen muodostavat kuntien ja kuntayhtymien omistamat terveyskeskukset ja sairaalat, valtion sairaalat, osakeyhtiömuotoiset lääkärikeskukset, itsenäiset ammattinharjoittajat, aatteellisesti riippumattomien yhteisöiden ja säätiöiden omistamat toimipaikat sekä muut hoitolaitokset. (Tuorila 2000, 10.) Kuntien, valtion, vapaaehtoisten kansalaisjärjestöjen sekä yksityisten kansalaisten rooli on vaihdellut eri aikakausina. Perustaksi vakiintui kuitenkin malli, jossa palveluiden järjestämisvastuu on laajaa itsehallintoejä käyttävällä kunnilla ja kuntayhtymillä. Terveyspalveluiden rahoitus on hoidettu pääosin verovaroin tai erilaisin maksuin. (Kauhanen ym. 1998, 281.)

Useimmat kunnat eivät pysty yksin vastaamaan kaikkien erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisesta tai järjestämisestä ja tämän vuoksi on perustettu sairaanhoitopiirejä. Sairaanhoitopiirit ylläpitävät erikoissairaanhoidon tarjoavia aluesairaalointoja, keskussairaalointoja, psykiatrisia sairaalointoja sekä avohuollon toimipisteitä. Keskittämisen avulla pyritään säästöihin ja toiminnan tehostamiseen. (Emt., 137.)

Vaikka kuntien terveyspalveluissa on tapahtunut merkittävä rakennemuutos 1990-luvun alkupuolella, on maamme terveydenhuoltojärjestelmä poikkeuksellisen laitosvaltainen. Avopalveluiden tarve on kasvanut sekä asiakasmääräisten kasvun vuoksi että nopean laitoshuollon purkamisen seurauksena. Kaikissa kunnissa ei ole pystytty vastaamaan näihin haasteisiin. (Korttila & Kukkanen 1999, 84.) Julkista terveydenhuoltoa täydentävän yksityisen terveydenhuollon osuus terveydenhuoltopalveluista on merkittävä erityisesti suurilla paikkakunnilla (Terveydenhuollon kehittämisprojekti 1998b, 6).
3.2.3 Terveyskeskus osana järjestelmää


3.2.4 Asiakaslähtöisyys terveydenhuollon lähtökohtana


Asiakaslähtöisen toiminnan lähtökohtana on palveluajatus (ks. kuvio 2). Palveluajatuksen ytimenä ovat ne tavat, joilla asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin pyritään vastaamaan. Organisaatio nojaa arvoperustaansa, niihin arvoihin ja normeihin, jotka ohjaavat johdon ja työntekijöiden toimintaa. (Honkola & Jounela, 40-41.) Palvelu on laajasti nähtynä prosessi, pitkä asiakkaasta ja hänen tarpeistaan alkava tapahtumasarja. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakkaan tulisi olla keskeinen lähtökohta koko palveluketjulle, laadulle ja kehittämiselle. Palveluketju myös päättyy asiakkaaseen. (Emt., 17-18.)

Kuvio 2. Asiakaslähtöisen toiminnan prosessi

![Kuvio 2. Asiakaslähtöisen toiminnan prosessi](image-url)

Lähde: mukaillen Honkola & Jounela 1993, 41
Organisaatiossa joudutaan miettimään myös palveluajatuksen pysyvyyttä. Organisaatio ei reagoi jokaiseen ympäristössä nopeasti tapahtuvaan muutokseen. Kuitenkin jos asiakkaiden tarpeissa tapahtuu merkittäviä muutoksia, on myös organisaation muutettava toimintaansa. Osa muuttuvista tarpeista on ennakoitavissa ympäristöstä. Nämä muutokset tulisi peilata asiakkaiden tarpeisiin. (Emt., 40.)


3.3 TERVEYDENHUOLLON PÄÄTÖKSENTEKIJÄT


Tutkimuskaupungeissa toimii lisäksi myös sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisia johtoryhmiä. Tämänkin kaltainen organisaatioiden uudelleenmuotoilu on ollut osa prosessia, jossa on vähitellen siirrytty NPM:lle tyypillisin piirteisiin. Olisi kuitenkin tärkeää, että paikallistasolla valitaan sopivin päätöksentekotapa eikä suoraan valita mallia yksityissecto- rilta. (Ferlie ym. 1996, 161.)

Terveydenhuoltopolitiikan kehitys riippuu yksilöllisten ja kollektiivisten päätösten luonteesta sekä kunta että valtiovalta. Tämän vuoksi osallistumisen päätöksentekoon on olennainen asia. Osallistumisen toteutuu sekä organismoidun paikallishallinnon että järjestöjen puitteissa. Osallistumisessa ja yhteistyössä tulee korostaa yksityisen kansalaisen merkitys terveyspolitissa toimijana eikä toimenpiteiden passiivisena objektina. (Kantola ym. 1993, 75.)


3.3.1 Päätöksentekoprosessi

Suuri osa hallinnollisesta toiminnasta on ryhmätoiminnasta. Yksi ihminen ei pysty vastaamaan suurista kokonaisuuksista, jonka vuoksi ryhmätoiminnan organisoimiseksi luodaan hallinnollisia prosesseja. Nämä prosessit ovat päätöksentekoprosesseja. Organisaatio ottaa täällä yksilöltä osan hänen päätöksentekoa-autonomiaastaan ja se korvataan organisaation päätöksentekoprosessilla. Hallinnolliselle organisaatiolle on tyyppistä erikoistuminen, jossa tietty tehtävät on delegoitu joillekin määríaityille organisaation osille. (Simon 1979, 51.)

Hallintotieteilijä Herbert A. Simonin (1979) mielestä päräöstä voidaan pitää oikeana silloin, kun on valittu oikeat keinot tavoitteenvaavutamiseksi. Rationaalisuutta pohtiaan hän kiinnitti huomiota siihen, mitä oikeiden keinojen valinnalla tarkoitettaan. Tavoite-keino
–hierarkia ei välttämättä muodosta yhtenäistä ketjua, vaan organisaation toiminnan ja lopputisten päämäärien kytkennät voivat jäädä epäselväksi. Päämäärit saattavat olla epätäydellisesti muotoiltuja tai keinojen erottaminen tavoitteista saattaa käytännössä olla vaikeaa. (Emt., 100-104.) Myös tutkimuskaupunkien terveydenhuollon päätöksenteon taustalla voidaan nähdä vastaavia haasteita.


Rationaalisen päätöksenteon tehtävänä on valita strategioista parhaampiin seurauksiin johtava. On kuitenkin mahdotonta, että yksilö tietäisi kaikki vaihtoehdonsa saati sitten niiden seuraukset. (Simon 1979, 105.) Yksilö on rajoitettu rationaalinen. Täydellinen rationaalisuus edellyttäisi sellaista ennakoimista, että täydellistä tietämystä kunkin valinnan seurauksista ettei niitä ole mahdollista saavuttaa. (Emt., 118-119.)


Päätöksentekijöille asian esittämisensä ajankohdalla voidaan nähdä olevan merkitystä. Jos uusi yksityiskohta tuodaan mukaan vasta päätöksentekoprosessin loppuvaiheessa, on päätöksentekijöillä vähemmän aikaa tutustua uuteen ehdotukseen ja vähemmän vaikutusmah-


3.3.1 Paikallistason strategiavalinnat


Vuositason tavoitteet asetetaan yleensä talousarvioprosessin yhteydessä. Samalla voidaan määrittää myös arviointiprosessi ja -menetelmä sekä mittarit asetetuille tavoitteille. Tavoitteet voidaan asetaa erikseen myös lautakuntatasolle, yksikölle ja yksilölle. Tavoitteita tulisi kehittää vuorovaikutuksessa kuntalaisten kanssa, siten että jatkuva tavoitteiden tar-

3.3.2 Poliittiset voimasuhteet


Luottamushenkilöt ovat sidoksissa omiin puolueisiinsa sekä muihin omia etujaan ajaviin ryhmittymiin. Poliittinen perinne, puolueiden voimasuhteet sekä paikalliset olosuhteet vaikuttavat paikallisen puoluepolitiikan korostumiseen päätöksenteossa. Puoluesidonnaisuuden on toisaalta todettu vähentyneen. (Laamanen & Brommels, 224.) Poliittisten voimasuhteiden vähäinen merkitys taloudellisesti ahtailta olevissa kunnissa on todettu laajassa kansainvälisessä vertailussa. Väljemmässä taloudellisessa tilanteessa poliittiset voi-

42


43
4 TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄJIEN NÄKÖKULMA

4.1 KESKUSTELUAIHEENA LAATU


Creutx & Sundquist (2002) toteavat, että asiakaslähtöisellä laatuajattelulla tarkoitetaan sitä, ettei toimintaa tule nähä vain kyvykkyyteenä tuottaa laissa määrittejä palveluita vaan myös pätevyyteenä hoitaa asiakkaita, ymmärtää heidän yksilöllisiä tarpeitaan ja vastata ky-


4.2 TYYTYVÄISYYS ASIAKASLÄHTÖISYYDEN ULOTTUVUUTENA

Terveyskeskuksen mennessään asiakkaalla on tarve saada apua vaivaan tai sairauteen. Joskus on mahdollista, että jonkin tietyn palvelun käyttöllä saatetaan hakea myös yhteen-kuuluuvuuden tunnetta tai itsearvostuksen tarpeiden tyvyttymistä. Esimerkiksi julkisten terveyspalveluiden käytön sijaan saatetaan suosia yksityisiä terveyspalveluita, koska julki-
Tai palvelut mielellään imagoltaan heikommiksi, vähävaraisten palveluiksi. Tiedostettu
tyttävyöskykoskus kuluttajan mielessä liittyy näin ollen hyötykimppuun, joka palvelun
käytöstä seuraa. (Ylikoski 1999, 151.)

Asiakastyytyväisydessä on kyse odotusten täyttymisestä. (Oliver 1980; vrt. Yi & La
2003). Tyytyväisyys muodostuu henkilön odotuksien ja kokemusten suhteesta. Odotustaso
muodostaa vertailuperustan ja lähtökohtan kokemuksille. Kuntalaisilla saattaa olla suu-
remmat laatuodotukset yksityisistä terveyspalveluista kuin julkisista. Korkean odotustason
vallitessa toiminta saattaa tuottaa pettymyksen. Matalan odotustason vallitessa vastaavasti
lopputuloksena voi olla positiivinen yllätyys. Tyytyväisydellä viitataan usein tyytyväisyys-
sasteeseen asteikolla tyytyväinen - tyytymätön. (Rope & Pöllänen 1998, 29-30). Neutraa-
limpaa on puhua suhtautumisesta palveluun kuin palveluihin tyytyväisydestä tai tyytymät-
tömyydestä.

Tyytyväisyys voidaan jakaa aktiiviseen ja passiiviseen tyytyväisyteen. Tyytyväisyystä
kuitenkin puhutaan usein ottamatta huomioon näitä kahta tyytyväisyyden lajia. Aktiivisella
tyytyväisydellä tarkoitetaan sitä, että henkilö on aidosti tyytynä esimerkiksi saamaan-
sa palvelun. Hän on palvelun aktiivinen käyttäjä ja palvelun olemassaolo vaikuttaa hänen
hyvinvointiinsa. Passiivinen tyytyväisyys sen sijaan on niin sanottua välinpitämätöntä tyy-
tyväisyyttä. Tällöin kyselyyn vastattaessa saatetaan kertoa omasta tyytyväisyystä esi-
merkiksi kunnalliseen terveyskeskustoimintaan, vaikka vastaaja ei olisikaan koskaan käy-
tänyt kyseistä palvelua. Sen olemassaolo saattaa olla vastaajalle täysin merkityksetöntä.
(Koskiaho, 2002.)

Hallintotieteellistä näkökulmaa edustavien Ropen & Pölläsen (1998) mukaan asiakkaiden
tyytyväisyys voidaan asteittain jakaa kokemuksen voimakkuuden mukaisesti. Organisaati-
on kannalta tämä jakauma on merkityksellinen, koska asiakkaan reagointi sitä kohtaan
muodostuu tämän tyytyväisyys asteen mukaisesti. Syvästi pettyneille asiakkaille on tyypill-
listä reagoida valituksin ja negatiivisen kuvan levittämisellä. Lievästi pettyneet asiakkaat
eivät sen sijaan yleensä omatoimisesti valita, mutta valitsevat seuraavalla kerralla toisen
organisaation. Lisäksi he mahdollisesti suosittelevat muille jonkin toisen organisaation
palveluiden käyttöä. Julkisia palveluita käytettäessä kyseinen reagointimalli tuskin aina
toimii näin. Aina ei esimerkiksi ole mahdollista valita toista terveyskeskusta. Odotusten
mukaisen kokemuksen saaneet asiakkaat eroavat toisistaan sen mukaisesti millainen heidän
tytäntyväisyysasteensa ja asiakassuhteen kiinteys ovat. Lievästi myönteisesti yllättyneet jatkavat asiakassuhdettaan ja suosittelevat palveluja muillekin. Vahvasti myönteisesti yllättyneillä asiakkailta on ollut yleensä matala odotustaso ja organisaation toiminta poikkeuksellisen hyvää. (Emt., 40-43.)


Tyytyväisyys on edelleen käsitteenä varsin epämääräinen ja jäsentymätön. Tarkat käsiteanalyysit puuttuvat useimmilla tieteenaloilla, joissa sitä käytetään. Ei siis ole selvitetty tyhjentävästi mitä tyytyväisyys on. Tämä on yksi syy miksi asiakastyytyväisyysmittaukset jäävät helposti melko pinnallisiksi. (Salmela 1997, 15.)

4.2.1 Terveydenhuollon asiakastyytyväisyysden normatiivinen tausta

Keskustelu potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa käynnistyi 1980-luvun alkupuolella. Terveydenhuollon oikeussuojatoimikunta asetti toimikunnan miettimään ehdotuksia potilaan aseman parantamiseksi, koska siinä oli huomattu puutteita. (Kiikkala
Tuloksena ilmestyi Terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan mietintö II (1982), joka sisälsi ehdotuksen laiksi potilaan oikeuksista.


teiskuntaa haluttiin edistää myös terveydenhuollossa. Tässä muutoksessa asiakkaan aseman
lujittuminen on nähty välttämättömänä. (Kiikkala 2000, 113). 1990-luvun lopppuolella
sosiaali- ja terveysministeriö teetti laajahkon tutkimuksen, jonka perusteella voitiin tuolloin
todeta asiakaslähtöisyysydessä olevan puutteita (Pekurinen & Pokka, 1997). Toisenlainen
näkökulma tuli esiin vuonna 1998 valmistuneissa Terveydenhuollon kehittämisprojektin
selvitysmiesraporteissa 1 ja 2, joissa todettiin asiakkaan ja potilaan aseman olevan Suomessa hyvin turvattu.

Pääministeri Lipposen II hallituksen hallitusohjelman (1999) myötä aatteellinen kehitys
kohti asiakaslähtöisyyttä vahvistui. Siinä mainitaan asiakaslähtöisyyyden olevan yksi johtavista
periaatteista asiakaslähtöisyyden kehittämisessä. Kiikkalan (2000, 114) mukaan demokraattisessa
yhteiskunnassa hallitusohjelman kaltaisen valtakunnallisen yhteiskuntapo-liititisen linjauksen voidaan katsoa, ainakin jossain määrin, olevan kansalaisten tahdonilma
us. Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli vuonna 1999 siiloisen meneillään olleen hallituskauden
ajaksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman vuosille 2000-2003, jonka mukaan tavoitteiden ja toimenpiteiden on ollut tarkoitus keskittyä muun muassa
kuntalaisten osallistumisen lisäämiseen ja asiakkaiden tarpeiden huomioonottamiseen
(4.2.2). Tässä asiakirjassa asiakaslähtöisyys yhtenä sosiaali- ja terveystoimen pääperiaatteena
saa yksityiskohtaista sisältöä. Julkisten palveluiden henkilöstön tulee sen mukaan
kaikessa asiakastyössä työskennellä asiakaslähtöisesti. (Kiikkala 2000, 115).

4.2.2 Tyytyväisyys subjektiivisena hyvinvointina

Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan tyytyväisyyttä subjektiivisen hyvinvoinnin
ilmennymänä, eikä niinkään suhteessa onnellisuuteen tai muihin laajempään hyvinvointiteoreettisiin
asetelmiin. Subjektiivisuus määritellään tässä yhteydessä Allardtin (1976) tarkoittamalla
tavalla. Hänen mukaansa subjektiiviset kokemukset liittyvät ihmisten arvioihin
omasta tilanteestaan ja tunnetilastaan ja osaksi heidän käsityksiinsä yhteiskunnan oloista.
Subjektiivinen ei kuitenkaan merkitse mielivaltaista tai epäluotettavaa, vaan viittaa subjektiiviseen
omiaan kokemuksiin. Objektiivisia subjektiivisen tyytyväisyyyden mittaukset ovat siinä
mielessä, että ne ovat toistettavissa. Hyvinvointitutkimuksessa on usein hedelmällistä tutkia sekä
subjektiivisia että objektiiviisia kokemuksia. Voidaan myös esittää, että objektiivisten
olosuhteiden ja subjektiivisen hyvinvoinnin välillä vallitsee melko heikko yhteys.
Allardt näkee hyvinvoinnin elintasoa (having) laajempana käsitteenä: siihen sisältyvät myös sosiaalisten suhteiden ulottuvuus (loving) sekä itsensä toteuttaminen (being). Hänen mukaansa pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen käsitetärjestelmään kuuluu kaksi erottelua. Nämä erottelut ovat: hyvinvointi-onnellisuus sekä elintasoelämänlaatu. (Emt., 32-33.)


4.2.3 Eroja selittävät tekijät

sitä myönteisemmin mitä alhaisempi palvelutaso on, voidaan kutsua palveluparadoksiksi. (Emt., 176-177.)


4.3 TERVEYSPALVELUIDEN KYSYNTÄÄN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Stakesin terveyspalveluita ja niiden käyttöä tulonjaon näkökulmasta tarkastelevan raportin mukaan terveyspalveluiden käyttö on tuloluokittain verrattain tasainen. Julkisista terveys-

palveluista hyötyvät eniten pienituloiset. Palveluiden käyttäjämaksut heikentävät kuitenkin

suhteellisesti eniten juuri pienituloihden kotitalouksien kulutusmahdollisuksia. (Klavus &

Häkkinen 1995, 2.) Julkisella terveydenhuoltojärjestelmällä on selvä tuloksi suurituloisilta

kotitalouksilta pienituloisille uudelleenjakava vaikutus (Blomster 2001, 28). On kuitenkin

huomattava, että Suomessa tulojen vaikutus palveluiden kysyntään ei ole kovin

voimakas, koska julkisissa palveluissa ei juurikaan ole hinnanvaihtelua (emt., 25). Toisaal-

ta hyvinvointipalveluiden kysyntä on kuitenkin suurinta ylemmissä sosioekonomisissa

ryhmissä. Myös tarjonnan määrällä on yhteys kysyntään. Lisäksi välimatka tai tieto palve-
luita saattavat rajoittaa kysyntää. Myös kuntien kaupunkimaisuus vaikuttaa palvelutarpee-
seen. (Emt., 25.)

Sairastavuus luo perustan terveyspalveluiden käytölle, mutta hoitoalttiuudessa on suuriakin

alueellisia eroja, joita ei biolääketieteellisesti pystytä perustelemaan. Palvelutarpeen kas-
vuun vaikuttaa lisääntyvän sairastavuuden ohella medikalisaatio, joka alentaa kynnystä

hakeutua hoitoon. Sairastavuuden lisäksi kuolleisuus vaikuttaa terveyspalveluiden kysyn-
tään. (Tuomainen & Tuomainen 2003, 172.)

Vaikka valtio ja kunnat voivat tehdä ennusteita siitä kuinka paljon terveyspalveluita tule-

vaisuudessa tarvitaan, yksilöt eivät juurikaan voi ennustaa tulevaisuuden terveyspalvelui-
den käyttötarvettaan. Kroonisia sairauksia sairastavia henkilöitä lukuun ottamatta ihmiset

eivät paljonkaan voi suunnitella terveyspalveluihin kohdistamansa kysynnän määrää ja

ajoitusta tarkasti johtuen sairauksien ennalta arvaamattomuudesta. (Abel-Smith 1976, 35.)
5 TUTKIMUksen tavoite

5.1 TUTKIMUSongelma ja TUTKIMUSsymykset tarkemmin

Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla, miten kustannus-vaikuttavaa tutkimukseen valitut- jen kaupunkien perusterveydenhuolto oli laman jälkeisenä aikana. Tarkemmin sanottuna, miten kyseisten kaupunkien harjoittama terveydenhuoltopoliitikka menoineen ja terveyskeskuspalveluiden käyttäjiä tyytyväisyys ovat kohdanneet toisensa vuosina 1993, 1997 ja 2001? Miten terveydenhuoltopoliitikka eli paikalliset poliittiset strategiavalinnat, terveydenhuoltoon suunnatut ja käytetut resurssit sekä kuntalaisen tyytyväisyys terveyspalveluihin ovat kohdanneet ja miten niiden suhde on kehittynyt?

Tutkimuksen pääkysymykset ovat:

- Miten kustannus-vaikuttavasti, tämän tutkimuksen tarkoittamassa mielessä, tutkimuskaupungit ovat toimineet hallinnon uudistusaallon levitessä? Mihin suuntaan kustannusvaikuttavuus on kehittynyt?

- Onko poliittisten päätäjien terveydenhuoltoon sijoittamilla resursseilla saatu aikaa tyytyväisyyttä? Ovatko terveyspalveluiden käyttäjät olleet tyytyväisempiä niissä kaupungeissa, joissa terveyspalveluihin on käytetty enemmän resursseja ja päinvastoin tyytymättömömiä niissä kaupungeissa, joissa resursseja terveyspalveluihin on käytetty vähemmän vai vaikuttaako taloudellisten voimavarojen voimakkuuden suuntaaminen tyytyväisyysstoneen?

Lisäkysymyksinä olivat:

- Onko tutkimuskaupungin toiminnassa havaittavissa uusien hallinnon kehityssuuntauksien, kuten New Public Managementin mukaisia piirteitä?

- Näkyvätkö asiakaslähtöisyden painotukset tyytyväisyysdässä? Ovatko kuntalaiset olleet tyytyväisempiä asiakaslähtöisyden korostumisen myötä?

- Mihin suuntaan erot tutkimuskaupunkien välillä ovat kehittyneet sekä tyytyväisyysen, perusterveydenhuollon kustannusten että kustannusvaikuttavuuden osalta? Millaista tyytyväisyyskehitys on ollut terveyskeskusten eri osa-alueilla?
Asetelma on vertaileva ja tarkoituksena oli pohtia ovatko kaupungit erilaistuneet niin tyyliväisyyden kuin perusterveydenhuollon kustannustenki suhteen. Tarkasteluun alla oli erityisesti niin sanottu kustannus–vaikuttavuus, joka on tässä yhteydessä on määritelty perusterveydenhuollon käyttökustannusten ja terveyskeskuspalveluihin tytyväisyyden suhteeksi. Pohdittavana on myös ovatko kaupungit toimineet tässä suhteessa uusien hallinnon suuntauksien mukaisesti. Lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kaupunkien yleisten strategioiden, terveydenhuollon strategioiden ja toimintakertomusten kautta asiakaslähtöisyyden korostumista tutkimuskaupunkien terveydenhuoltopolitiikassa.

5.2 AINEISTO

5.2.1 Kaupunkipalvelututkimukset


hän tutkimukseen valittu neljän vuoden tarkasteluväli on riittävän pitkä aika tyttäväisyyden muutosten havainnoinnille. Toisaalta tarkempi tyttäväisyyden vaihtelu ei tule esiin neljän vuoden tarkasteluväliillä. (Emt., 10.)


Tutkimusongelman kannalta olennaisin kysymyslomakkeen terveyspalveluita koskeneista kysymyksistä oli jokaisena tutkimusvuonna samassa muodossa esitetty yhdeksän eri osaluetta sisältävä kysymys: "Jos kävitte edellisen 12 kuukauden aikana julkisessa terveyskeskuksessa, miten tyytyväinen olitte viimeisellä käyynnillänne seuraaviin asioihin":

1 Ajan saanti
2 Kulkuyhteydet
3 Jonotusaika
4 Henkilökunnan palvelualttiuss
5 Hoidon laatu
6 Tutkimuksen laatu ja määrä
7 Lääkkeiden saanti
8 Hoitotarvikkeiden saanti
9 Terveyskeskuksen tilat

Vuoden 1993 kyselylomakkeessa arviointiasteikko oli seuraava:

1 Erittäin tyytyväinen
2 Melko tyytyväinen
3 Melko tyytymätön
4 Erittäin tyytymätön
5 Ei kokemusta
Vuosina 1997 ja 2001 arviointi toteutettiin seuraavasti:

1 Erittäin tyytyväinen 4 Melko tyytyväinen
2 Melko tyytyväinen 5 Erittäin tyytyväinen
3 En kumpaakaan


6.2.2 Kyselytutkimuksen edut ja karikot


Asiakaslähtöisen arvioinnin erottaa muista arviointityypeistä se, että kysely tehdään suoraan asiakkaalle. Vastaukset kertovat optimilitanteessa sekä kokemuksista että mielikuvista ja heijastavat odotuksia, vaatimuksia sekä asiakkaan itse tulkitsemia tarpeita. Palaute voi-
daan hankkia eri tavoin ja eri lähtökohdista. Asiakaspalautetutkimukset voivat olla esimerkiksi gallup- tai barometrityyppisiä. (Creutz & Sundquist 2002, 102.)


Tyytyväisyystutkimusten ongelmana on, että niitä tehdään usein yrityskuvatutkimusten johdannaisina. Asiakastytyväisyyttä mittaamaan luodut mittarat ovat usein karkeita ja puutteellisia, eivätkä ne aseta vastaajia samalle lähtöviivalle. Asiakkaalle ei useinkaan anneta vapaata vastaustila, jonka hän voisi kertoa mikä aiheutti tyytyväisyyyden tai tyytymättömyyden. (Rope & Pöllänen 1998, 98-101.) Kuntapalvelututkimuksissa turvaututiin pe-
rinteiseen muutaman numeron asteikoon, jolta asiakkaan tulee valita tyytyväisyyttään
kuvaava numero. Vapaata vastaustilaa ei varsinaisesti annettu.


Koska kaikkien asiakkaiden mielipidettä on usein mahdotonta kysyä, otetaan tilastollinen näyte, joka pyritään saamaan palvelujen käyttäjäkuntaa vastaavaksi. Ongelmana on, että kaikkein tyytymättömmät jättävät usein kokonaan vastaamatta ja tulokseksi saadaan ”keskivertotyytyväisiä keskivertoasiakkaita”, joita ei välttämättä todellisuudessa ole edes olemassa. Kyselytutkimusten onkin katsottu parhaiten soveltuvan yhteiskunnan keskiryhmille, koska kysymykset muotoillaan siten, että ne soveltuisivat mahdollisimman monelle vastaajalle. (Salmela 1997, 81.)

vastaustapaa muuttamalla tulokset muuttuisivat olennaisesti. (Salmela 1997, 14-15.) Nämä
ongelmat koskevat myös kaupunkipalvelututkimuksia.

Kyselytutkimuksilla ei pystytä pureutumaan prosesseihin tai syy-seuraus-suhteisiin, jolloin
todelliset vaikutukset voivat jäädä mitättömiksi (emt., 81). Myönteisesti kehittyessään
asiakastutkimuksien käyttö voi johtaa asiointiprosessin kokonaisvaltaisempaan kehittämi-
seen sekä hallinnon responsiivisuuden ja kansalaisläheisyyden kasvuun. Lisäksi asiakastut-
kimukset voivat toimia yhtenä käytäjädemokratian ulottuvuutena. (Hiironniemi 1992,
109.)

5.2.2 SOTKA-tietokanta

Tutkimuksen sekundaaraineistona käytettiin SOTKA-tietokantaa vuosilta 1993-2001. Täs-
tä kattavasta rekisteriaineistosta olivat saatavissa kuntien tutkimusongelman kannalta olen-
naiset tiedot, kuten perusterveydenhuollon (pois lukien hammashuolto) käyttökustannukset
asukasta kohden sekä kuntien talouden perustiedot, kuten valtionosuuksien määrä ja vero-

Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon asukaskohtaiset käyttökustannukset eli perus-
terveydenhuoltoon käytetyt resurssit valittiin kuvaamaan kunnassa toteutettua terveyden-
huoltopolitiikkaa. Inflaation vuoksi käyttökustannukset indeksoitiin siten, että koko maan
vuoden 1993 käyttökustannusten keskiarvo sai arvon 100. Näin saatiin selville käyttökus-
tannusten reaalikehitys. Koska terveydenhuoltoon käytetyt menot tarvitsevat valtuuston
hyvääksynnän voidaan toteutuneita kustannuksia, pitää tämän ylimmän demokraattisesti
valitun kaupungin päätäjäorgaanin tahdonilmauksena.

Mittari ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Toisenlainen mittarinvalinta olisi tässäkin tuotta-
nut mahdollisesti toisenlaisia tuloksia. Huomionarvoista on, etteivät toteutuneet menot täy-
sin johdu politiittisesti asetetuista painotuksista. Käyttökustannukset kuitenkin kuvaavat
terveydenhuollon toteutuneita kustannuksia ja antavat suuntaviivaa siitä, miten paljon kun-
nassa on haluttu panostaa tai on jouduttu panostamaan perusterveydenhuoltoon esimerkiksi
väestörakenteen vuoksi. Toteutuneet kustannukset eivät kuitenkaan välttämättä suoravi-
vaisesti kuvaa suunniteltuja menoja. Erot suunniteltujen ja toteutuneiden kustannusten vä-

61


5.2.3 Kuntien asiakirjat

Lisäksi aineistona on käytetty Espoon, Helsingin, Kemin, Kuusankosken ja Tampereen yleisiä kaupunkistrategioita, terveystoimen strategioita, toimintakertomuksia sekä talousarvioita ja erilaisia suunnitelmia, jotka kuvaavat millaista kaupunkien terveydenhuoltopoliitikkaa on kuluneina vuosina ollut ja mitä asioita palvelutuotannossa on painotettu. Tutkimusongelman kannalta tarkastelutasoksi valittiin melko yleinen taso. Espoossa, Helsingissä ja Tampereella asiakirjoja oli tehty jonkin verran runsaanmin kun Kuusankoskella ja Kemissä.

Vaikka asiakirjojen kirjo kunkin kaupungin kohdalla on yksilöllinen, lähtökohtana oli, että jokaisesta kaupungista on saatu yleisen tason kuvaus asiakaslähtöisyyden korostumisesta kunnan tavoitteena. Toimintaa ja sen tavoitteita kuvaavien asiakirjojen pohjalta on pyritty luomaan kuva yleisestä kehityssuuntauksesta. Käytössä ei kuitenkaan ollut kaikkia asiakirjoja tutkimusajankohtaisesti, joten täydellistää kuvaan kuntien perusterveydenhuollon uudistuksista, painopisteistä tai tavoitteista asiakirjat eivät anna.
5.3 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Tämä tutkimus sivuua niin hallinto-, sosiaali- kuin terveystaloustieteellisiä tutkimusalueita. Seuraavassa esitellään tutkimusongelman kannalta huomionarvoisia aikaisempiä tutkimuksia.


Noin joka kymmenes arvioi palveluiden parantuneen ja noin 7 prosenttia vastaan jista koki palveluiden huonontuneen parin viime vuoden aikana (emt., 50). Vuonna 2002 hyvin tyytymättömiä ja melko tyytymättömiä terveyskeskuspalveluihin oli kyselyiden mukaan vain 8 prosenttia vastanneista. Naiset olivat hieman tyytymättömämpiä kuin miehet. (Paronen & Kuusilinna 2002a, 57.)


tarpeita ja he säestövaatimuksillaan murentavat terveydenhuollon arvopohjaa. (Ref. Wickström & Laine & Pentti & Lindström & Elovainio 2002, 54-55.)


Koska tämän tutkimuksen kaupunkipalvelututkimusten aineistoja on aikaisemmin analysoitu useassa muussa raportissa, ei tässä tutkimuksessa ole aiheellista toistaa jo tehtyjä tarkasteluja. Tässä tutkimuksessa keskitytään terveyspalveluihin tyytyväisyyden tarkasteluun kokonaisuutena ja rinnan taloudellisten tunnuslukujen ja muun yhteiskunnallisen kehityksen kanssa. Lisäksi näkökulma on vertaileva ja ajanjakso yhtä vuotta laajempi. Tutkimusongelma on rajattu niin, ettei tässä yhteydessä toisteta jo aiemmissa tutkimuksissa tehtyjä analyyssejä eri taustamuuttujien, kuten koulutuksen ja sukupuolen, vaikutuksesta tyytyväisyteen. Painopiste on terveyskeskuspalveluihin tyytyväisyydessä, mutta tyytyväisyttä käytetään kuvaamaan terveyspalveluiden vaikuttavuutta. Tutkimuksen tavoitteena on aiemmista samalla aineistolla tehdystä tutkimuksista poiketen lamanjälkeisen kehityksen hahmottaminen sekä kuntien terveydenhuoltopoliitikan erilaistumiskehityksen seuraaminen kustannus-vaikuttavuuden näkökulmasta.
6 TUTKIMUSKAUPUNGIT

6.1 TUTKIMUSKAUPUNKIEN VALINNASTA


Tärkeimpänä valintaperusteena oli vertailuasetelman luominen toisaalta kasvavien ja taantuvien kaupunkien välille sekä toisaalta elinkeinorakenteeltaan, historialtaan ja hyvinvointiulottuvuudeeltaan erilaisten kaupunkien välille. Lisäksi valinnan perusteena oli ehjän aikasarjan saaminen terveyskeskuksenpalveluihin suhtautumisesta laman jälkeisenä aikana. Se löytyi kaupunkipalvelututkimusten aineistosta ja juuri näistä viidestä kaupungista. Yksi valintaperusteista oli myös vertailukaupunkien löytäminen eri puolilta maata.


6.1.1 Espoo


Tutkimusajanjaksolla Espoon väkiluku on noussut Helsingin jälkeen toiseksi eniten (ks. liitteet 1, 2 ja 3). Ikärakenteeltaan Espoon on tutkimuskunnista nuorin: lasten ja nuorten (0-14-vuotiaiden) osuus väestöstä on pysynyt jatkuvasti yli 20 prosentin. Vastaavasti 65-vuotta täyttäneiden osuus on alhainen: vuonna 2001 8,7 prosentttia asukkaista. Huoltosuh-
de, joka tarkoittaa nuorempi ja vanhempia ikäluokkia suhdetta 15-64 -vuotiaisiin, oli koko tutkimusajankohdan alhainen muihin tutkimuskaupunkeihin verrattuna lukuun ottamatta Helsingiä. Työttömien prosentuaalinen osuus työvoimasta oli Espoossa vertailun alhaisin, johtuen muun muassa väestön korkeasta koulutustasosta.

6.1.2 Helsingi


6.1.3 Kemi

Tutkimuskaupungeista pohjoisin, vuonna 1869 perustettu Kemi, on erikoistunut satama-, saha- ja terästeollisuuteen sijaitessaan Perämeren kaaren rajaseudulla (Kemin kaupungin kotisivut). Kaupungin asukasluku laski tutkimusjakson vertailukaupungeista eniten, noin 1400 asukkaalla. Kokonaisuudessaan väkiluku oli vertailun toiseksi alin Kuusankos-


6.1.4 Kuusankoski


Kokonaiskehitys ei Kuusankoskella ollut tunnuslukujen valossa aivan yhtä myönteistä kuin pääkaupunkiseudulla sijaitsevissa tutkimuskaupungeissa. Toisaalta taloudellinen kehitys oli melko positiivista negatiivisesta väestökehityksestä huolimatta. Edellytykset laadukkaiden perusterveydenhuoltotyöntekijöiden tuottamiselle olivat olemassa, joskin haasteet olivat suuria väestön sairastavuuden pysytellessä vertailukaupungeista korkeimmalla tasolla koko tutkimusajankohdan ajan.
6.1.5 Tampere

Tampereesta tuli kaupunki vuonna 1779 ja kehittyminen teollisuuskaupungiksi alko 1820-luvulla. Nykyisin Tampereella asuu yli 200 000 ihmistä ja se on maamme kolmanneksi suurin kaupunki. (Tampereen kaupungin kotisivut.) Vertailukaupungeista Tampereen väkiluku kasvoi tutkimusjaksolla kolmanneksi eniten. Ominaista Tampereelle on, muiden suurten kaupunkien tavoin, nopean väkilukukehityksen lisäksi korkea koulutusaste. 15 vuotta täyttäneestä väestöstä yli kaksi kolmesta on suorittanut perusasteen jälkeisiä tutkintoja. (Ks. esim. Tampereen kaupungin kotisivut.)


6.2 HYVINVOINNIN ERLAISTUMINEN TUTKIMUSKAUPUNGEISSA

Vaikka aineellinen hyvinvointi on useilla mittareilla mitattuna lisääntynyt, ei hyvinvoinnin kehitys ole ollut samanlaista eri puolella Suomea (Karvonen & Rintala 2004, 159). Hyvinvointieroja tutkittaessa on paljolti käytetty rekisteripohjaisia kuntatilastoja, joiden pohjalta on noussut toistuvasti esiin kaksi hyvinvoinnin perustekijää: toinen niistä liittyy yleisiin hyvinvoinnin resursseihin ja sairastavuuseroihin, toinen kaupungistemiseen ja työnjaon kehittymiseen (Kääriäinen 2003, 397).

Alueiden hyvinvointieroja ovat tutkineet myös muun muassa Kainulainen ym. (2001), jotka erottivat tutkimuksessaan Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa viisi erilaista kuntatyvyyttä taloudellisen tilanteen ja psykososiaalisten ongelmien perusteella. Tutkimuksessa havaittiin hyvinvointierojen kasvaneen eri kuntaryhmin välillä kaupunkien hyväksi maaseudun kustannuksella (emt., 95). Rakenteellisista tekijöistä psykososiaalisia ongelmia havaittiin selittävän kunnan koko, työikäisten osuus väestöstä sekä


Samassa tutkimuksessa vertailtiin myös turvattomuutta. Vähiten ongelmallisten kuntien listalle sijoittuivat toiseksi omassa kuntatyypissään sekä Tampere että Kuusankoski (emt., 39). Alkoholin käytön suhteen vähiten ongelmallisten listalla toisella sijalla oli tutkimuksen kunnista Tampere. Huumeiden käytön suhteen ongelmallisin suurista keskuksista oli Helsinki. (Emt. 42-45.) Hyväosaisuuden suhteen korkeimmat arvot saaneet kunnat sijaitse-


6.2.1 Sairastavuus


Sairastavuutta tarkasteltaessa tutkimuskaupunkien erilaisuus tulee esiin. Sairastavuus on ollut tutkimuskaupungeista suurinta ja maan keskitason ylittävä Kemissä jokaisena tutkimusvuotena (ks. taulukko 3). Muiden tutkimuskuntien sairastavuus on alittanut jokaisena tutkimusvuotena maan keskitason. Toiseksi korkeinta sairastavuus on ollut Tampereella ja kolmanneksi korkeinta Kuusankoskella. Tutkimuksen terveimmat kuntalaiset asuvat Es-


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Espoo</th>
<th>Helsinki</th>
<th>Kemi</th>
<th>Kuusankoski</th>
<th>Tampere</th>
<th>Koko maa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1993</td>
<td>90</td>
<td>88</td>
<td>101</td>
<td>91</td>
<td>96</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>88</td>
<td>87</td>
<td>102</td>
<td>94</td>
<td>95</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>83</td>
<td>86</td>
<td>104</td>
<td>97</td>
<td>98</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

6.2.2 Kuolleisuus

Nykyisessä valtionosuuskaavassa ikävakioitua kuolleisuutta, joka muodostuu samalla periaatteella kuin erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi, käytetään sairastavuuden kuvaamiseen. (Kallio 1998, 19-20.) Mitä suurempi kuolleisuus on, sitä suurempi on myös palveluiden kysyntä.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Espoo</th>
<th>Helsinki</th>
<th>Kemi</th>
<th>Kuusankoski</th>
<th>Tampere</th>
<th>Koko maa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1993</td>
<td>85</td>
<td>105</td>
<td>117</td>
<td>106</td>
<td>99</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>1997</td>
<td>86</td>
<td>102</td>
<td>119</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>85</td>
<td>103</td>
<td>116</td>
<td>109</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003


6.3 TALOUSKEHITYS TUTKIMUSKAUPUNGEISSA


Espoon kaupungin talouskehitys oli myönteistä, jopa kiihtyvää läpi koko tutkimusjakson. Asukasta kohti lasketut verotulot kaksinkertaistuivat ja samanaikaisesti lainakanta laski 1600 markkaan asukasta kohti. Vuosikate kohosi huomattavasti erityisesti vuosien 1997 ja 2001 välillä. Asukasta kohti lasketut käyttötalouden valtionosuudet laskivat muun myön-


6.3.1 Terveydenhuoltomenojen kehitys

rahaksi olisi ollut vaihtoehto, mutta tämän tutkimuksen kannalta tarkkojen markkamäärien selvittäminen ei ollut tutkimusongelman kannalta välttämätöntä. Reaalikehitystä kuvaava indeksi on vertailun kannalta havainnollisempi. On myös huomattava, että muutamissa maamme kunnissa olevat erityisen korkeat perusterveydenhuollon käyttökustannukset nostavat koko maan keskiarvoa.

Taulukko 5. Perusterveydenhuollon (poislukien hammashuolto) käyttökustannukset asukkasta kohti vuosina 1993-2001 (indeksoituna vuoden 1993 koko maan keskiarvoon)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>74,71</td>
<td>65,41</td>
<td>69,13</td>
<td>72,09</td>
<td>75,04</td>
<td>74,93</td>
<td>66,61</td>
<td>67,87</td>
<td>81,94</td>
<td>7,23</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>131,09</td>
<td>144,39</td>
<td>142,91</td>
<td>148,44</td>
<td>134,92</td>
<td>132,45</td>
<td>168,20</td>
<td>166,61</td>
<td>35,52</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>99,01</td>
<td>101,75</td>
<td>105,91</td>
<td>109,03</td>
<td>106,24</td>
<td>103,67</td>
<td>120,31</td>
<td>135,03</td>
<td>36,02</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>85,17</td>
<td>85,77</td>
<td>91,84</td>
<td>98,97</td>
<td>100,16</td>
<td>110,07</td>
<td>118,56</td>
<td>125,78</td>
<td>136,73</td>
<td>51,56</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>95,46</td>
<td>101,92</td>
<td>107,88</td>
<td>111,60</td>
<td>111,28</td>
<td>114,78</td>
<td>123,81</td>
<td>118,45</td>
<td>113,41</td>
<td>17,95</td>
</tr>
<tr>
<td>Koko maa</td>
<td>100</td>
<td>101,70</td>
<td>104,21</td>
<td>109,20</td>
<td>112,26</td>
<td>114,56</td>
<td>117,35</td>
<td>124,63</td>
<td>132,02</td>
<td>32,02</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: Sotka tietokanta 2003

Kuvio 3. Perusterveydenhuollon vuosien 1993-2001 käyttökustannuskehityksen kuvaaja


muskaunkeihin verraten Kemin perusterveydenhuollon käyttökustannukset olivat keskitasoa.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Korkein indeksi</td>
<td>131,09</td>
<td>144,39</td>
<td>142,91</td>
<td>148,44</td>
<td>134,92</td>
<td>132,45</td>
<td>137,93</td>
<td>168,20</td>
<td>166,61</td>
</tr>
<tr>
<td>Alin indeksi</td>
<td>74,71</td>
<td>65,41</td>
<td>69,13</td>
<td>72,09</td>
<td>75,04</td>
<td>74,93</td>
<td>66,61</td>
<td>67,87</td>
<td>81,94</td>
</tr>
<tr>
<td>Erotus</td>
<td>56,4</td>
<td>79,0</td>
<td>73,8</td>
<td>76,3</td>
<td>59,9</td>
<td>57,6</td>
<td>71,3</td>
<td>100,3</td>
<td>84,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: Sotka-tietokanta 2003

Kustannusten pienuus tai suuruus ei myöskään ole yhteydessä siihen, olko palveluiden järjestämisessä painotettu perusterveydenhuoltoa vai erikoissairaancohdoia.

6.3.2 Tutkimuskaupunkien terveydenhuoltojärjestelmät


oli noin 14 200 asukasta kohti yksi eli asiakkaita toimipistettä kohti oli enemmän kuin Espoossa.


Tampereella 11 lääkäriasemaa vastaavat oman alueensa perusterveydenhuollon palveluista (ks. liite 7). Lisäksi kaupungilla on oma Hatanpään sairaala (Tampereen kaupungin kotisivut). Yhtä kunnallisen perusterveydenhuollon toimipistettä kohti Tampereella oli vuonna 15 000 asukasta eli vertailun eniten. Tampereen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirteenä on sairaalapalveluiden keskittyminen Hatanpään sairaalaan. Tampere kuuluu 34 kunnan muodostamaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Tampereella toimii myös Tampereen yliopistollinen sairaala TAYS (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kotisivut).


Tutkimuskunnista Helsingissä ja Kuusankoskella on erillinen terveyslautakunta (Helsingin ja Kuusankosken kaupunkien kotisivut). Espoossa, Kemissä ja Tampereella toimii yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta (Espoon, Kemin ja Tampereen kaupunkien kotisivut). Kaupungin koolla ei näytä olevan merkitystä siihen, onko lautakunnan yhdistetty. Osa lautakunnista on yhdistetty tutkimusvuosien aikana. Esimerkiksi Espoossa lautakunnat yhdis-

6.4 POLIITTiset VOIMASUHTEET


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>KOK (21)</td>
<td>KOK (24)</td>
<td>KOK (25)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SDP (14)</td>
<td>SDP (14)</td>
<td>SDP (13)</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>VIHREÄT (11)</td>
<td>VIHREÄT (8)</td>
<td>VIHREÄT (11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>SDP (21) / KOK (21)</td>
<td>KOK (24)</td>
<td>KOK (25)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>VIHREÄT (15)</td>
<td>SDP (21)</td>
<td>SDP (18)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>RKP (8)</td>
<td>VIHREÄT (16)</td>
<td>SDP (18)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>VAS (18)</td>
<td>VAS (17)</td>
<td>VAS (15)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>SDP (14)</td>
<td>SDP (13)</td>
<td>SDP (11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>KESK (4) / KOK (4)</td>
<td>KOK (6)</td>
<td>KESK (8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>SDP (24)</td>
<td>SDP (21)</td>
<td>SDP (21)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>MUUT* (8)</td>
<td>MUUT * (12)</td>
<td>MUUT * (11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>KOK (5)</td>
<td>KOK (6)</td>
<td>KOK (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>SDP (21)</td>
<td>KOK (20)</td>
<td>KOK (19)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>KOK (16)</td>
<td>SDP (18)</td>
<td>SDP (16)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>VAS (10)</td>
<td>VAS (12)</td>
<td>VAS (10)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Sitoutumattomat

Lähde: ALTIKA–aluetietokanta 2003, Tilastokeskus


6.4.1 Asiakirjat tavoitteiden määrittäjänä

Tutkimuskaupungit ovat muiden kaupunkien ja kuntien tavoin määritelleet terveydenhuoltopolitiikkaansa erilaisissa dokumenteissa, kuten talousarvioissa, taloussuunnitelmissa ja toimintakertomuksissa. Seuraavassa esiin tuodaan joitain esimerkkejä ja yleislinjauksia jokaisesta tutkimuskaupungista. Asiakirjojen kirjo oli laaja ja vaihteleva. Suurten kaupunkien mahdollisuudet panostaa selvitysten ja strategioiden tekoon ovat yleensä pienempiä
kaunosten paremmat ja näin ollen asiakirjavalikoima oli niissä myös laajempi ja monipuolisempi.


Vuoden 1995 talousarvion ja vuosien 1995-1999 kuntasuunnitelman tavoitteiston yhteydessä Kemii sosiaali- ja terveyslautakunta määritettiin toiminta-ajatukseseen palvelutuoton kehittämisese hyvinvointipalveluiden tuloksellisuuden arvioinnin yhdessä mui-


Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi määrittelee terveydenhuoltoa ohjaavaksi toimintaperiaateekseen muun muassa taloudellisuuden, tuottavuuden ja vaikuttavuuden. Myös demokraattisuus, hoidon kokonaisvaltaisuus sekä luottamuksellisuus mainitaan toimintaperiaatteina. (Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveyspoliittinen ohjelma 1997, 16.) ”Kaikem paree Tampere” –kaupunkistrategiassa tuodaan esiin myös tehokkuus sekä yksi-

Tutkimuskuntien strategioista ilmeni selkeitä NPM:lle tyyppillisä piirteitä, kuten tehokkuuden, kilpailuttamisen ja tulosjohtamisen esiin tuominen. Strategioiden pohjalta on havaittavissa, että uudet hallinnon kehityssuuntaukset ovat rautautuneet ainakin jossain määrin myös tutkimuskaupunkeihin. Uudistukset hakevat kuitenkin vielä paikkaansa ja niiden laajuus on hajanaista.

6.4.2 Asiakaslähtöisyys tavoitteena


Tampereen kaupunki määrittelee esimerkiksi vuoden 1997 sosiaali- ja terveyspoliittisessa ohjelmassaan hyvän palvelujärjestelmän toimintaperiaatteeksi asiakaslähtöisyysen. Perus-

6.4.3 Määränpäänä laatu


7 ANALYSOINTI JA TUTKIMUSTULOKSET

7.1 ANALYYSIN VAIHEET JA KÄYTETYT MENETELMÄT


Tekemällä nämä vaiheet jokaisen tutkimusvuoden aineistolla ja yhdistämällä ne sen jälkeen aikasarjaksi ja yhteen kunnan perusterveydenhuollon käyttökustannusten kanssa on
analysoitu, miten kustannus-vaikuttavasti tutkimuskaupunkien terveydenhuolto on toiminut ja miten kuntien väliset erot ovat kehittyneet.

7.2 OSA-ALUEITTAINEN TYYTYVÄISYYSKEHITYS

7.2.1 Ajan saanti


Taulukko 8. Tyytyväisyys ajansaantiin tutkimuskaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001 (vastausten keskiarvot)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>3,75</td>
<td>3,57</td>
<td>3,52</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>3,59</td>
<td>3,74</td>
<td>3,72</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,98</td>
<td>3,83</td>
<td>3,20</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>3,66</td>
<td>3,29</td>
<td>3,64</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,55</td>
<td>3,53</td>
<td>3,59</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>3,65</td>
<td>3,62</td>
<td>3,59</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.2.2 Kulkuyhteydet

sa. Suuremmissa kaupungeissa esimerkiksi joukkoliikenneverkosto on tiheämpi, mikä voi osaltaan vaikuttaa kulkuyhteyksiin suhtautumiseen.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>4,06</td>
<td>3,99</td>
<td>4,06</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>4,47</td>
<td>4,46</td>
<td>4,37</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>4,04</td>
<td>4,09</td>
<td>4,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>4,21</td>
<td>3,79</td>
<td>4,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,83</td>
<td>3,93</td>
<td>4,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>4,17</td>
<td>4,14</td>
<td>4,14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.2.3 Jonotusaika


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>3,43</td>
<td>3,24</td>
<td>3,32</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>3,52</td>
<td>3,49</td>
<td>3,54</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,65</td>
<td>3,45</td>
<td>2,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>3,52</td>
<td>2,99</td>
<td>3,30</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,34</td>
<td>3,20</td>
<td>3,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
<td>3,46</td>
<td>3,32</td>
<td>3,35</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.2.4 Terveyskeskushenkilökunnan käytös ja palvelualttiutus


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>4,11</td>
<td>3,78</td>
<td>3,78</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>4,09</td>
<td>3,82</td>
<td>3,95</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,96</td>
<td>3,89</td>
<td>3,59</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>4,15</td>
<td>3,86</td>
<td>3,81</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,97</td>
<td>3,76</td>
<td>3,86</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>4,06</td>
<td>3,80</td>
<td>3,84</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.2.5 Hoidon laatu


<table>
<thead>
<tr>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>3,92</td>
<td>3,79</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>3,94</td>
<td>3,87</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,87</td>
<td>3,82</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>3,85</td>
<td>3,79</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,95</td>
<td>3,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>3,93</td>
<td>3,81</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.2.6 Tutkimusten laatu ja määrä


<table>
<thead>
<tr>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>3,81</td>
<td>3,67</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>3,84</td>
<td>3,71</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,71</td>
<td>3,59</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>3,73</td>
<td>3,60</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,80</td>
<td>3,61</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>3,81</td>
<td>3,67</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.2.7 Lääkkeiden saanti

7.2.8 Hoitotarvikkeiden saanti


7.2.9 Terveyskeskuksen tilat

vasti uudempia. Toisaalta tilat eivät ehkä ole merkittävimpiä tyytyväisyyskokemuksen vaikuttavia tekijöitä.


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>4,18</td>
<td>3,75</td>
<td>3,67</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>4,16</td>
<td>3,95</td>
<td>3,96</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,88</td>
<td>4,08</td>
<td>4,06</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>4,44</td>
<td>4,08</td>
<td>3,96</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>4,13</td>
<td>3,90</td>
<td>3,94</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
<td>4,16</td>
<td>3,88</td>
<td>3,85</td>
</tr>
</tbody>
</table>


7.3 KOKONAISTYTYVÄISYYS TERVEYSKESKUSPALVELUIHIIN VUOSINA 1993, 1997 JA 2001


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
<th>Muutos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>3,90</td>
<td>3,69</td>
<td>3,69</td>
<td>-0,21</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>3,93</td>
<td>3,83</td>
<td>3,85</td>
<td>-0,08</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>3,91</td>
<td>3,89</td>
<td>3,61</td>
<td>-0,30</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>3,99</td>
<td>3,63</td>
<td>3,73</td>
<td>-0,26</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>3,80</td>
<td>3,68</td>
<td>3,75</td>
<td>-0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>3,91</td>
<td>3,74</td>
<td>3,73</td>
<td>-0,18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.3.1 Varianssianalyysin valinnasta


7.3.1 Vertailu varianssianalyysin avulla

Varianssianalyysin avulla voidaan huomata tyytyväisyysjen välillä eri tutkimuskaupungeissa olevan merkitseviä eroja. Vuoden 1993 varianssitaulun p-arvo 0,004 osoittaa ryhmäkeskiarvojen eroavan toisistaan ja eron olevan tilastollisesti merkitsevä (ks. taulukko 18).

Taulukko 18. Yksisuuntainen varianssianalyysi vuoden 1993 vastausten pohjalta. Ryhmittelymuuttujana kunta, jatkuvana muuttujana kokonaistyytyväisyys

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neliöiden summa</th>
<th>df</th>
<th>Neliöiden keskiarvo</th>
<th>F</th>
<th>Merkitsevyys</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ryhmien välillä</td>
<td>682,204</td>
<td>4</td>
<td>170,551</td>
<td>3,916</td>
<td>,004</td>
</tr>
<tr>
<td>Ryhmien sisällä</td>
<td>111623,90</td>
<td>2563</td>
<td>43,552</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
<td>112306,11</td>
<td>2567</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neliöiden summa</th>
<th>df</th>
<th>Neliöiden keskiarvo</th>
<th>F</th>
<th>Merkitsevyys</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ryhmien välillä</td>
<td>1563,896</td>
<td>4</td>
<td>390,974</td>
<td>11,370</td>
<td>,000</td>
</tr>
<tr>
<td>Ryhmien sisällä</td>
<td>108934,95</td>
<td>3168</td>
<td>34,386</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
<td>110498,85</td>
<td>3172</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Taulukko 20. Yksisuuntainen varianssianalyysi vuoden 2001 vastausten pohjalta. Ryhmittelymuuttujana kunta, jatkuvana muuttujana kokonaistyytyväisyys

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neliöiden summa</th>
<th>df</th>
<th>Neliöiden keskiarvo</th>
<th>F</th>
<th>Merkitsevyys</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ryhmien välillä</td>
<td>951,675</td>
<td>4</td>
<td>237,919</td>
<td>6,574</td>
<td>,000</td>
</tr>
<tr>
<td>Ryhmien sisällä</td>
<td>87470,018</td>
<td>2417</td>
<td>36,189</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
<td>88421,693</td>
<td>2421</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Taulukot osoittavat terveyskeskuspalveluihin tytystyvääksissä olevan tilastollisesti merkittäviä eroja tutkimuskaupunkien välillä. Eroja olisi voitu yksisuuntaisen varianssianalyysin sijasta tarkastella myös esimerkiksi laskemalla luottamusväliit kokonaistyytyväisyksille.

7.3.2 Ristiintaulukoinnin tulokset


Ristiintaulukointi tuo esiin, että vuonna 1993 terveyskeskuspalveluihin tytystyvääksien ryhmään kuuluvia oli eniten Tampereella ja toiseksi eniten Kemissä, jossa kolmasosa asukkaista kuului tytystyvääksien ryhmään (ks. taulukko 21). Eniten tytystyväästen ryhmään kuuluvia oli Helsingissä ja Kemissä. Tyytyväömmien ja neutraalien ryhmään kuuluvien osuudessa oli enemmän eroa kaupunkien välillä kuin tytystyväästen määrässä. Tyytyväösten osuudessa eroa oli 5,5 prosenttiyksikköä, kun taas vastaava luku oli tytystyvääömmien osalta 13 prosenttiyksikköä ja neutraalien osalta 9,8 prosenttiyksikköä. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 21. Tyytyväömmien, neutraalien ja tytystyväästen osuudet vuonna 1993 (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asuinkunta</th>
<th>Tyytyväömmät</th>
<th>Neutraalit</th>
<th>Tyytyväiset</th>
<th>Yhteensä (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>31,8</td>
<td>36,4</td>
<td>31,8</td>
<td>100 (629)</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>29,6</td>
<td>34,1</td>
<td>36,3</td>
<td>100 (973)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>33,3</td>
<td>30,6</td>
<td>36,1</td>
<td>100 (180)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>25,9</td>
<td>40,1</td>
<td>34,0</td>
<td>100 (162)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>38,9</td>
<td>30,3</td>
<td>30,8</td>
<td>100 (624)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Yhteensä</strong></td>
<td><strong>32,4</strong></td>
<td><strong>33,9</strong></td>
<td><strong>33,7</strong></td>
<td><strong>100 (2568)</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

$$
\chi^2 = 23,33, \text{ df}=8, \ p=0,003
$$

Taulukko 22. Tyytymättömien, neutraalien ja tyytyväisten osuudet vuonna 1997 (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asuinkunta</th>
<th>Espoo</th>
<th>Helsinki</th>
<th>Kemi</th>
<th>Kuusankoski</th>
<th>Tampere</th>
<th>Yhteensä</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tyytymättömät</td>
<td>36,9</td>
<td>27,4</td>
<td>30,1</td>
<td>39,9</td>
<td>36,9</td>
<td>33,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Neutraalit</td>
<td>34,0</td>
<td>34,4</td>
<td>26,5</td>
<td>34,5</td>
<td>34,7</td>
<td>34,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tyytyväiset</td>
<td>29,1</td>
<td>38,2</td>
<td>43,4</td>
<td>25,6</td>
<td>28,4</td>
<td>32,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä (%)</td>
<td>100 (1171)</td>
<td>100 (1121)</td>
<td>100 (136)</td>
<td>100 (168)</td>
<td>100 (577)</td>
<td>100 (3173)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ \chi^2 = 49,01, \text{df}=8, p=0,000 \]

Taulukko 23. Tyytyväimien, neutraalien ja tyytyväisten osuudet vuonna 2001 (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asuinkunta</th>
<th>Espoo</th>
<th>Helsinki</th>
<th>Kemi</th>
<th>Kuusankoski</th>
<th>Tampere</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Tyytyvämmät</td>
<td>Neutraalit</td>
<td>Tyytyväiset</td>
<td>Yhteensä (%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>37,4</td>
<td>32,5</td>
<td>30,1</td>
<td>100 (976)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>28,2</td>
<td>32,2</td>
<td>39,7</td>
<td>100 (696)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>39,1</td>
<td>38,2</td>
<td>22,7</td>
<td>100 (110)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>36,5</td>
<td>33,6</td>
<td>29,9</td>
<td>100 (137)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>34,0</td>
<td>32,0</td>
<td>34,0</td>
<td>100 (503)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
<td>34,1</td>
<td>32,6</td>
<td>33,3</td>
<td>100 (2422)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

$\chi^2 = 28,17$, df=8, p=0,000


Kuvio 4. Terveyskeskushallintoihin tyytyväisten osuuden kehitys tutkimuksen kaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001 (%)
Vastaavasti tyytymättömien ryhmään kuuluvien osuus kasvoi vuodesta 1993 vuoteen 2001 muissa tutkimuskaupungeissa paitsi Tampereella ja Helsingissä (kuvio 5). Eniten tyytymättömien määrä kasvoi Kuusankoskella (10,6 prosenttiyksikköä) ja toiseksi eniten Kemissä (5,8 prosenttiyksikköä).

Kuvio 5. Terveyskeskuspalveluihin tyytymättömien osuuden kehitys tutkimuksen kaupungeissa vuosina 1993, 1997 ja 2001 (%)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kaupunki</th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>31,8</td>
<td>36,9</td>
<td>37,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>29,6</td>
<td>29,4</td>
<td>28,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>33,3</td>
<td>30,1</td>
<td>39,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>25,9</td>
<td>39,9</td>
<td>36,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>38,9</td>
<td>36,9</td>
<td>34,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>Tyytymättömät</th>
<th>1993</th>
<th>1997</th>
<th>2001</th>
<th>Erojen kehitys</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tyytymättömät</td>
<td>13,0</td>
<td>12,5</td>
<td>10,9</td>
<td>-2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Neutraalit</td>
<td>9,5</td>
<td>8,2</td>
<td>6,2</td>
<td>-3,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Tyytyväiset</td>
<td>5,5</td>
<td>17,8</td>
<td>17,0</td>
<td>11,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Erojen kasvu näyttäisi edenneen tutkimuskaupungeissa myös terveyskeskuspalveluihin tyytyväisten osalta. Edellä hahmotellut toimintaympäristön muutokset ovat mahdollistaneet myös tämän kaltaisen erojen kasvamisen.


Perusterveydenhuollon käyttökustannukset

Kustannus-vaikuttavuus = \[
\frac{\text{Perusterveydenhuollon käyttökustannukset}}{\text{Vaikuttavuus (tyytyväisyys)}}
\]


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>74,71/3,90=19,16</td>
<td>75,04/3,69=20,34</td>
<td>81,94/3,69=22,21</td>
<td>3,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>131,09/3,93=33,36</td>
<td>134,92/3,83=35,23</td>
<td>166,61/3,85=43,28</td>
<td>9,92</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
<td>99,01/3,91=25,32</td>
<td>106,24/3,89=27,31</td>
<td>135,03/3,61=37,40</td>
<td>12,08</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>85,17/3,99=21,35</td>
<td>100,16/3,63=27,59</td>
<td>136,73/3,73=36,66</td>
<td>15,31</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>95,46/3,80=25,12</td>
<td>111,28/3,68=30,24</td>
<td>132,02/3,75=35,21</td>
<td>9,15</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskiarvo</td>
<td>100,0/3,89=25,71</td>
<td>112,26/3,74=30,02</td>
<td>132,02/3,75=35,21</td>
<td>9,15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kuvio 6. Kustannus-vaikuttavuuden kuvaaja. Mitä pienempi suhdeluku on, sitä kustannus-vaikuttavampaa terveydenhuolto on ollut


8 YHTEENVETO

8.1 JOHTOPÄÄTÖKSET


Tampere pysytteli koko vertailujakson ajan niin kustannus-vaikuttauudessa vertailun keskivaiheilla, lukuun ottamatta vuoden 1993 kokonaistytyväisyysen heikointa arvosanaa. Toisaalta Tampereella kustannus-vaikuttauvuus laski vertailun toiseksi vähiten ja tytyväisyys vähiten.


Erot tutkimuskaupunkien välillä ovat kasvaneet niin kokonaistytyväisyysydessä, tytyväisyysydessä useisiin terveyskeskuspalveluiden osa-alueisiin kuin kustannus-vaikuttavuudessa. Uusliberalististen oppien mukaan erojen kasvu ei ole huono asia. Hyvinvointivaltion puolustajat kuitenkin suhtautuvat erojen kasvuun kielteisemmin. Miten käy kuntien, jotka eivät pysy mukana kehityksessä? Entä jos erot kuntien välillä kasvavat suuriksi? Erojen kasvavessa merkittävästi vaarana voi olla tasa-arvoisten perusterveydenhuoltopalveluiden turvaami-
nen kansalaisille asuinpaikasta riippumatta. Se taas on vakava uhka hyvinvointivaltion perusperiaatteiden kannalta.


joissa sairastavuus nousi eniten (Kemi ja Kuusankoski) nousivat myös perusterveydenhuollo
kustannukset eniten. Vastaavasti Espoossa, jossa kustannukset nousivat vertailun vähi-
ten, myös sairastavuus oli alhaisinta ja laskevaa. Toisaalta Helsingissä kustannukset olivat
korkeimmat, vaikka sairastavuus oli toiseksi matalinta vuoteen 2001 tultaessa ja jossa sai-
rastavuus myös laski koko tutkimusjakson. Tampereella sairastavuus oli vertailun toiseksi

Tulokset nostavat esiin terveyspalveluiden asiakkaan. Tyytyväisyys on herkästi haavoittu-
vaav eikä ole täysin yhteydessä käytettyihin panoksiin. Tyytyväisyys rakentuu yksityiskohtaa
dista eikä mukaile tehokkuusoppeja ja on subjektiivista. Se ei ole luotavissa päättäjiien aset-
tamien tavoitteiden mukaisesti. Tyytyväisyys elää osittain ”ooma elämäänsä” ja voi paikoin
olla lähestä, paikoin kaukana asetettuista tavoitteista. Tyytyväisyys on subjektiivista ja sitä
kautta herkäksi muotoksiille. Vuodesta toiseen toistuvaa tasaiseen tyytyväisyyteen on lähis
mahdotonta päästä, vaikka asiakastyytyväisyys asetettaisiin erityisesti tavoitteeksi jokais-
nessa strategiassa. Kuntien erilaistumiskehityksen mahdollistaneet toimet ovat samalla luo-
neet mahdollisuuden myös tyytyväisyyden, asiakirjoissa asetettujen tavoitteiden sekä pe-
rusterveydenhuollon kustannusten erilaistumiskehitykselle. Kaiken kaikkiaan kuntalaiset
ovat kuitenkin melko tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihinsa laajasta julkisesta kriitikistä
huolimatta. Tyytyväisyys pysyi tutkimusajangoksella melko tasaisena. Tutkimuskaupunkin-
en voidaan nähdä tältä osin myös onnistuneen asiakaslähtöisyysen tavoittelussa. Ulkoinen
palvelukyky on tutkimuskunnissa ollut hyvä taso. Suuresta tyytyväisyysasteesta voidaan
ainakin päätellä, että perusterveydenhuoltopalveluita kunnioitetaan. Niitä ei pidetä itses-
täänselvyytenä.

Toiminnassa on kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestöstä lähtevien tar-
peiden mukaan. Kunnallisten luottamushenkilöiden sekä muiden päättäjiien rooli korostuu
tehtäessä terveyspolitiikkaa paikallistasolla. He vastaavat siitä, miten hyvin palveluiden
laatu ja taso vastaavat kunnan asukkaiden tarpeita ja toiveita. Toisaalta kunta on kuitenkin
asukkailleen paljon muutakin kuin teokkaan vastikseen antaja verorahoille. Kustannus-
vaikuttavuus ei näin mitattuna tai muutenkaan kerro kaikkea kunnan toiminnan onnistumisi-
sesta. Tutkimuskaupunkien päättäjillä on kuitenkin vielä opettelemista NPM:n oppien so-
veltamisessa ja kustannus-vaikuttavuuden löytämisessä. Oikeita valintoja ei ole helppo
tehdä.


kuusongelmista. Ottamalla kansalaiset paremmin mukaan palveluiden suunnittelun ja arviointiin voitaisiin sekä legitimiteettiongelmia että tehokkuusongelmia mahdollisesti lieventää tai ainakin etsiä ratkaisuja yhdessä.

8.2. JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli valottaa hieman kunnissa tapahtunutta perusterveydenhuollon kehitystä laman jälkeisenä aikana. Valittu tarkastelutapa ei ole yksiselitteinen tai ainoa mahdollinen tapa lähestyä perusterveydenhuollon kustannus-vaikuttavuutta. Aihetta voidaan lähestyä usealla eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun muassa eri tavalla, muun


Tulevaisuudessa terveydenhuoltoa koskevan tutkimuksen tarve ei ainakaan vähene. Yhä lisääntyvää määrin tarvitaan terveydenhuoltotutkimusta myös poikkitieteellisistä, kuten yhteiskunta- ja taloustieteellisistä näkökulmaista. Työvoiman eläköityminen, globalisaatio,
KIRJALLISUUS


Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen hallitusohjelma 15.4.1999.


Suomen säädöskokoelma:


**Kuntien asiakirjat:**


Painamatomat lähteet:


Muut lähteet:


Liite 1. Vuoden 1993 kaupunkipalvelututkimuksen taustamuuttujat ja terveyspalveluita koskevat kysymykset

---

Efektia Palvelu Oy
Kaupunkipalvelut 1993

KYSELYLOMAKE

1 Mikä on postinumeronne? __ __ __ __ __

2 Minkä ikäinen olette? __ __ vuotta

3 Oletteko
   1 Mies
   2 Nainen

4 Oletteko
   1 Naimisissa tai avoliitossa
   2 Naimaton
   3 Muu (leski, eronnut)

5 Millainen peruskoulutus Teillä on?
   1 Perus-, kansa- tai keskikoulu
   2 Ylioppilastutkinto

6 Jos Teillä on alle 18-vuotiaita lapsia, kuinka monta heitä on? ____ lasta

7 Jos olette ansiotyössä niin missä työskentelette?
   1 Yksityisessä yrityksessä
   2 Julkisella sektorilla (kunta, valtio, muu yleishyödyllinen järjestö)

8 Mikä on ammattiasemanne tällä hetkellä? Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.
   1 Apu- tai sekatyöntekijä, harjoittelija
   2 Ammattitahtoainen työntekijä
   3 Toimihenkilö tai virkamies, ei johtavassa asemassa
   4 Toimihenkilö tai virkamies, johtavassa asemassa
   5 Itsenäinen yritysjä
   6 Maanviljelijä, isäntä tai emäntä
   7 Opiskelija tai koululainen
   8 Koti- tai koti- tai koti-isä
   9 Eläkeläinen
   10 Työön tai tilapäisesti poissa ansioityöstä

9 Jos olette työssä, onko työpaikanne
   1 Asuinkaupungissanne
   2 Muuassa kunnassa

10 Mikä on työmatkanne pituus yhteen suuntaan? ____ kilometriä
11 Mitä kulkuvälineittä käytätte pääasiallisesti työmatkallanne?
1 Joukkoliikennettä (juna, linja-auto, jne.)
2 Henkilöautoa
3 Polkupyörää
4 Kuljen jalkaisin
5 Muuta
6 Työskentelen kotona

12 Asutteko
1 Kerrostalossa
2 Rivitalossa
3 Omakotitalossa
4 Muun tyypillisessä talossa

13 Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten asuinaluettanne?
1 Kaupungin keskusta tai kantakaupunki
2 Esikaupunki tai lähio
3 Haja-asutusalue

22 Ovatko asuinkaupunkinne terveyskeskuksen palvelut verrattuna vastaaviin yksityisiin palveluihin mielestänne
1 Paremmat
2 Samanlaiset
3 Huonommat
4 En osaa sanoa

23 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa sairauden tai tapaturman vuoksi?
1 En yhtään
2 1-3 kertaa
3 4-9 kertaa
4 10 kertaa tai enemmän

24 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana yksityisellä lääkäriasemalla tai yksityislääkäriin vastaanotolla sairauden tai tapaturman vuoksi?
1 En yhtään
2 1-3 kertaa
3 4-9 kertaa
4 10 kertaa tai enemmän
25 Jos kävitte edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa, miten tytyväinen olitte viimeisellä käynnillämme seuraaviin asioihin?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Erittäin</th>
<th>Melko</th>
<th>Melko</th>
<th>Erittäin</th>
<th>Ei tytyväinen tytyväinen tyytymätön tyytymätön kokemusta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ajan saanti</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Kulkuyhteydet</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Jonotusaika</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Henkilökunnan käytös</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoidon laatu</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Tutkimusten laatu ja määrä</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lääkkeiden saanti</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoitotarvikkeiden saanti</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Terveyskeskuksen tilat</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

26 Jos Te saisitte lisätä kaupunkinne terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jollakin seuraavista tavoista, minkä vaihtoehdon valitsisitte? Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.

1. Erikoislääkäripalvelujen lisääminen
2. Lääkärin kotikäyntien lisääminen
3. Lisätä potilaan mahdollisuutta valita hoitava lääkäri
4. Omalääkärijärjestelmän käyttöönotto, lisääminen tai jatkaminen
5. Lääkäripalveluja ei tarvitse lisätä
1 Mikä on postinumeronne? __________

2 Minkä ikäinen olette? __________ vuotta

3 Oletteko
   1 Mies 2 Nainen

4 Oletteko
   1 Yksin asuva
   2 Vanhempien luona asuva
   3 Kaksinhuoltajaperheen isä tai äiti
   4 Yksinhuoltaja
   5 Lapseton puoliso
   6 Muu kuin yllä mainittu

5 Millainen koulutus Teillä on?
   1 Perus-, keski- tai kansakoulu
   2 Ylioppilastutkinto tai ammatillinen koulutus (myös opistotasoinen)
   3 Korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinto

6 Onko asuintalonne
   1 Kerrostalo
   2 Rivitalo
   3 Paritalo
   4 Omakotitalo
   5 Muu

7 Mikä seuraavista kuvaa parhaiten asuinaluettanne?
   1 Kaupungin keskusta, kantakaupunki tai kunnan keskustaajama
   2 Esikaupunki, lähiö tai kunnan muu taajama
   3 Haja-asutusalue

8 Jos olette työssä, onko työpaikkanne
   1 Asuinkunnassa
   2 Muualla

9 Kuinka kauan olette asunut nykyisessä asuinkunnassanne?
   1 Alle vuoden
   2 1-3 vuotta
   3 4-9 vuotta
   4 Kauemmin

10 Jos Teillä on alle 18- vuotiaita lapsia, kuinka monta heitä on? ______ lasta
11 Mikä on ammattiasemanne tällä hetkellä? **Ympäriöikää vain yksi vaihtoehto.**
   1 Työntekijä
   2 Toimihenkilö tai virkamies
   3 Itsenäinen yritysjohtaja tai maanviljelijä, isäntä tai emäntä
   4 Opiskelija tai koululainen
   5 Kotiirouva, kotiäiti tai koti-isä
   6 Eläkeläinen
   7 Työtön tai tilapäisesti poissa ansiotyöstä
   8 Muu

12 Onko perheenne **käytössä** henkilöauto?
   1 Kyllä, yksi
   2 Kyllä, useampia
   3 Ei

13 Mitä kulkuvälineettä käytätte **pääasiailisesti** työmatkallanne?
   1 Joukkoliikennettä (juna, linja-auto, jne.)
   2 Henkilöautoa
   3 Polkupyörää
   4 Kuljen julkaisin
   5 Muuta
   6 Työskentelen kotona
   7 En ole työssä

14 Mikä on työmatkanne pituus yhteen suuntaan? __________ kilometriä

23 Ovatko asuinkuntanne terveyskeskuksen palvelut verrattuna vastaaviin yksityisiin palveluihin mielestänne?
   1 Paremmat
   2 Samanlaiset
   3 Huonommat
   4 En osaa sanoa

24 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana **kunnallisessa terveyskeskuksessa** sairauden tai tapaturman vuoksi?
   1 En yhtään
   2 1-3 kertaa
   3 4-9 kertaa
   4 Useammin

25 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana **yksityisellä lääkäriasemalla** tai yksityislääkärin vastaanotolla sairauden tai tapaturman vuoksi?
   1 En yhtään
   2 1-3 kertaa
   3 4-9 kertaa
   4 Useammin

26 Jos Te saisitte lisätä asuinkuntanne terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jollakin seuraavista tavoista, minkä vaihtoehdon valitsisitte? Ympäriöikää vain yksi vaihtoehto
   1 Erikoiussäätiölääkäripalvelujen lisääminen
   2 Lääkärin kotiäidintä lisääminen
   3 Lisätä potilaan mahdollisuuutta valita hoitava lääkäri
   4 Omaliikäritärjestelmän käyttöönotto tai jatkaminen
   5 Muiden lääkäripalvelujen lisääminen
   6 Lääkäripalveluja ei tarvitse lisätä
27 Jos kävitte **edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa**, miten tyytyväinen olitte viimeisellä käynnillänne seuraaviin asioihin?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Erittäin tyytyväinen</th>
<th>Melko tyytyväinen</th>
<th>En kumpaakaan</th>
<th>Melko tyytymätön</th>
<th>Erittäin tyytymätön</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Ajan saanti…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Kulkuyhteydet…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Jonotusaika…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Henkilökunnan palvelualtti……</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Hoidon laatu…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Tutkimusten laatu ja määrä……</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Lääkkeiden saanti…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Hoitotarvikkeiden saanti…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Terveyskeskuksen tilat…………………</td>
<td>5…………………</td>
<td>4…………………</td>
<td>3…………………</td>
<td>2…………………</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1 Mikä on postinumeronne? ________              10 Kuinka kauan olette asunut nykyisessä asuin-   
(viidellä numerolla)                                             nassanne?

2 Minkä ikäinen olette? ___ vuotta                             1 Alle vuoden

3 Oletteko (ympäröikää numero)                                 2 1-3 vuotta

1 Mies 2 Nainen                                                           3 4-9 vuotta

4 Oletteko
1 Yksin asuva                                                             4 Kauemmin
2 Vanhempien luona asuva
3 Kaksinhuoltajaperheen isä tai äiti
4 Yksinhuoltaja
5 Lapseton puoliso
6 Muu kuin yllä mainittu

5 Millainen koulutus, Teillä on?                                  11 Jos Teillä on alle 18-vuotiaita lapsia, kuinka monta
1 Perus-, keski- tai kansakoulu                                             heitä on?_________________________ lasta

2 Ylioppilastutkinto tai ammatillinen koulutus (myös    4 1-3 vuotta
opistotasoinen)                                                                 3 4-9 vuotta

3 Korkeakoulu- tai ammattikorkeakoulututkinto

6 Onko asuintalonne
1 Kerrostalo
2 Rivitalo
3 Paritalo
4 Omakotitalo
5 Muu

12 Mikä on ammattiasemanne tällä hetkellä?               13 Onko perheenne käytössä henkilöauto?
Ympäröikää vain yksi vaihtoehto.                                 1 Kyllä, yksi 2 Kyllä, useampa

7 Mikä on asuntotyyppinne työmatkallanne?                 14 Mitä kulkuvälineitä käyttäte pääasiallisesti
1 Omistusasunto                      1 Joukkoliikennettä juna, linja-auto, jne.)
2 Asumisoikeus- tai osaomistusasunto                               2 Henkilöauto
3 Vuokra-asunto                                                            3 Polkupyörää
4 Muu                                                                     4 Kuljen jalkaisin

5 Muuta
6 Työskentelen kotona
7 En ole työssä
8 Mikä seuraavista kuvaa parhaiten asuinaluettanne?
1 Kaupungin keskusta, kantakaupunki tai kunnan keskustajaama
2 Esikaupunki, lähiö tai kunnan muu taajama
3 Haja-asutusalue

15 Mikä on työmatkanne pituus yhteen suuntaan?

__________ kilometriä

9 Jos olette työssä, onko työpaikkanne
1 Asuinkunnassa
2 Muualla

24 Ovatko asuinkuntanne terveyskeskuksen palvelut verrattuna vastaaviin yksityisiin pal-
velu mielestänne
1 Paremmat
2 Samanlaiset
3 Huonommat
4 En osaa sanoa

25 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa
terveyskeskuksessa sairauden tai tapaturman vuoksi?
1 En yhtään
2 1-3 kertaa
3 4-9 kertaa
4 Useammin

26 Kuinka monta kertaa Te olette käynyt edellisten 12 kuukauden aikana yksityisellä läää-
käriasemalla tai yksityislääkäрин vastaanotolla sairauden tai tapaturman vuoksi?
1 En yhtään
2 1-3 kertaa
3 4-9 kertaa
4 Useammin

27 Jos Te saisitte lisätä asuinkuntanne terveyskeskuksen lääkäripalveluja, jollakin seuraa-
tavoista, minkä vaihtoehdon valitsitte? Ympäröikää enintään kaksi vaihtoehtoa
1 Erikoislääkäripalvelujen lisääminen
2 Lääkärin kotikäyntien lisääminen
3 Lisätä potilaan mahdollisuutta valita hoitava lääkäri
4 Omalääkäriräjärjestelmän käyttöönotto tai jatkaminen
5 Muiden lääkäripalvelujen lisääminen
6 Lääkäripalveluja ei tarvitse lisätä
28 Jos kävitte edellisten 12 kuukauden aikana kunnallisessa terveyskeskuksessa, miten tyytyväinen olitte viimeisellä käynnillänne seuraaviin asioihin?

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Erittäin</th>
<th>Melko</th>
<th>En kum-</th>
<th>Melko</th>
<th>Erittäin</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>tyytyväinen</td>
<td>tyytyväinen</td>
<td>paakaan</td>
<td>tyytymätön</td>
<td>tyytymätön</td>
</tr>
<tr>
<td>Ajan saanti</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Kulkuyhteydet</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Jonotusaika</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Henkilökunnan palvelulaitteet</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoidon laatu</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Tutkimusten laatu ja määrä</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Lääkkeiden saanti</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoitotarvikkeiden saanti</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Terveyskeskuksen tilat</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Espoo</td>
<td>Helsinki</td>
<td>Kemi</td>
<td>Kuusankoski</td>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>---------</td>
<td>----------</td>
<td>---------</td>
<td>-------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Asukasluku</strong></td>
<td>182679</td>
<td>508588</td>
<td>25095</td>
<td>21695</td>
<td>176149</td>
</tr>
<tr>
<td>0-14-vuotiaat, % väestöstä</td>
<td>21,5</td>
<td>15,5</td>
<td>18,0</td>
<td>17,2</td>
<td>16,4</td>
</tr>
<tr>
<td>15-64-vuotiaat, % väestöstä</td>
<td>70,8</td>
<td>70,5</td>
<td>68,1</td>
<td>67,9</td>
<td>68,8</td>
</tr>
<tr>
<td>65-täyttäneet, % väestöstä</td>
<td>7,8</td>
<td>14,1</td>
<td>13,9</td>
<td>14,9</td>
<td>14,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Huoltosuhde</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>41</td>
<td>42</td>
<td>47</td>
<td>47</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tuloveroprosentti</strong></td>
<td>16,5</td>
<td>16</td>
<td>18,5</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verotulot mk/asukas</strong></td>
<td>12964</td>
<td>12461</td>
<td>10677</td>
<td>10298</td>
<td>10231</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vuosikate mk/asukas</strong></td>
<td>1472</td>
<td>2885</td>
<td>2167</td>
<td>1048</td>
<td>3385</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lainakanta mk/asukas</strong></td>
<td>4934</td>
<td>6903</td>
<td>8114</td>
<td>3068</td>
<td>4519</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Käyttötilalouden vallton- osuudet, mk/asukas</strong></td>
<td>4433</td>
<td>4916</td>
<td>9717</td>
<td>6223</td>
<td>5560</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kassan riittävyys (päivä)</strong></td>
<td>15</td>
<td>61</td>
<td>3</td>
<td>33</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Työttömät, % työvoimasta</strong></td>
<td>14,0</td>
<td>17,5</td>
<td>26,0</td>
<td>23,2</td>
<td>23,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sairauspäivärahaa saavan vakiointi indeksi</strong></td>
<td>83</td>
<td>97</td>
<td>114</td>
<td>115</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakiointi indeksi</strong></td>
<td>90</td>
<td>88</td>
<td>101</td>
<td>91</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Työkyvyttömyyseläkettä saavien vakiointi indeksi</strong></td>
<td>67</td>
<td>87</td>
<td>145</td>
<td>95</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kelan vammasetuukisia saavat /1000 asukasta</strong></td>
<td>21</td>
<td>31</td>
<td>36</td>
<td>31</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vakiointi kuolleisuus, koko väestö</strong></td>
<td>85</td>
<td>105</td>
<td>117</td>
<td>106</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, 1000 mk</strong></td>
<td>470832</td>
<td>1977717</td>
<td>90785</td>
<td>54724</td>
<td>450465</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perusterveydenhuollon %-osuus sosiaali- ja terveysstoimen nettokustannuksista</strong></td>
<td>16,1</td>
<td>20,4</td>
<td>16,4</td>
<td>18,2</td>
<td>18,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asukasluku**</th>
<th>Espoo</th>
<th>Helsinki</th>
<th>Kemi</th>
<th>Kuusankoski</th>
<th>Tampere</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-14-vuotiaat, % väestöstä</td>
<td>21,5</td>
<td>15,5</td>
<td>17,1</td>
<td>17,3</td>
<td>16,4</td>
</tr>
<tr>
<td>15-64-vuotiaat, % väestöstä</td>
<td>70,3</td>
<td>70,8</td>
<td>67,4</td>
<td>66,3</td>
<td>68,9</td>
</tr>
<tr>
<td>65-täyttäneet, % väestöstä</td>
<td>8,3</td>
<td>13,7</td>
<td>15,6</td>
<td>16,4</td>
<td>14,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Huoltosuhde</td>
<td>42</td>
<td>41</td>
<td>48</td>
<td>51</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Tuloveroprosentti*</td>
<td>17</td>
<td>16,5</td>
<td>18,5</td>
<td>17</td>
<td>16,75</td>
</tr>
<tr>
<td>Verotulot mk/asukas**</td>
<td>16978</td>
<td>18771</td>
<td>13368</td>
<td>13316</td>
<td>12423</td>
</tr>
<tr>
<td>Vuosikate mk/asukas**</td>
<td>1717</td>
<td>4585</td>
<td>-57</td>
<td>88</td>
<td>1949</td>
</tr>
<tr>
<td>Lainakanta mk/asukas**</td>
<td>3254</td>
<td>4814</td>
<td>10162</td>
<td>2884</td>
<td>2469</td>
</tr>
<tr>
<td>Käyttötilalouden vallton- osuudet, mk/asukas**</td>
<td>1410</td>
<td>1947</td>
<td>6860</td>
<td>3796</td>
<td>3486</td>
</tr>
<tr>
<td>Kassan riittävyys (päivi)**</td>
<td>51</td>
<td>106</td>
<td>4</td>
<td>37</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Työttömät, % työvoimasta</td>
<td>9,9</td>
<td>14,5</td>
<td>25,3</td>
<td>18,9</td>
<td>18,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Sairauspäivärahaa saavien vakioitu indeksi</td>
<td>77</td>
<td>88</td>
<td>112</td>
<td>116</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakioitu indeksi</td>
<td>88</td>
<td>87</td>
<td>102</td>
<td>94</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Työkyvyttömyyseläkettä saavien vakioitu indeksi</td>
<td>61</td>
<td>82</td>
<td>142</td>
<td>94</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Kelan vammaisetuksia saavat /1000 asukasta</td>
<td>21</td>
<td>28</td>
<td>40</td>
<td>34</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Vakioitu kuolleisuus, koko väestö</td>
<td>86</td>
<td>102</td>
<td>119</td>
<td>110</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, 1000 mk</td>
<td>581961</td>
<td>2012732</td>
<td>91352</td>
<td>58860</td>
<td>577093</td>
</tr>
<tr>
<td>Perusterveydenhuollon %-osuu sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista</td>
<td>14,3</td>
<td>19,6</td>
<td>15,6</td>
<td>18,7</td>
<td>17,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003
<table>
<thead>
<tr>
<th>Liite 6. Taustatietoa tutkimuskaupungeista vuodelta 2001</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Asukasluku</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>0-14-vuotiaat, % väestöstä</td>
</tr>
<tr>
<td>15-64-vuotiaat, % väestöstä</td>
</tr>
<tr>
<td>65-täyttäneet, % väestöstä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Huoltosuhde</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tuloveroprosentti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verotulot mk/asukas</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vuosikate mk/asukas</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lainakanta mk/asukas</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Käyttötalouden valtionosuudet, mk/asukas</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kassan riittävyys (päivi)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Työttömat, % työvoimasta (v.2000)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sairauspäivärahaa saavien vakoitut indeksi</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erityiskorvattavien lääkkeiden saajien vakoitut indeksi</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Työkyvyttömyyseläkettä saavien vakoitut indeksi (v.2000)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kelan vammasettuksia saavat /1000 asukasta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vakoitu kuolleisuus, koko väestö (v.1999)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erikoissairaanhoidon käyttökustannukset, 1000 mk</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perusterveydenhuollon %-osuus sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Lähde: SOTKA-tietokanta 2003**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Terveysasemat</th>
<th>Sosiaali- ja terveyskeskukset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Eestimetsän terveysasema</td>
<td>Espoon keskuksen sosiaali- ja terveyskeskus</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoonlahden terveysasema</td>
<td>Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskus</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalajärven terveysasema</td>
<td>Leppävaaran sosiaali- ja terveyskeskus</td>
</tr>
<tr>
<td>Kanta-Espoong terveysasemat ja terveydysalostamo Samaria</td>
<td>Matinkylän-Olarin sosiaali- ja terveyskeskus</td>
</tr>
<tr>
<td>Kauklaahden terveysasema</td>
<td>Tapiolan sosiaali- ja terveyskeskus</td>
</tr>
<tr>
<td>Kilon terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kivenlahden terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leppävaaran terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Matinkylän terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puolarmetsän terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Soukan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tapiolan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Viherlaakson terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sairaalat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jorvin sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Puolarmetsän sairaala</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>HELSINKI</th>
<th>Terveyskesussairaalaat</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Terveysasemat</td>
<td>Auran sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Haagan terveysasema</td>
<td>Herttoniemen sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Itäkeskuksen terveysasema</td>
<td>Kivelän sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Jakomäen terveysasema</td>
<td>Koskelan sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Kallion terveysasema</td>
<td>Laakson sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Kannelmäen terveysasema</td>
<td>Malmin sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Kivikon terveysasema</td>
<td>Myllypuron sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontulan terveysasema</td>
<td>Suursuon sairaala</td>
</tr>
<tr>
<td>Koskelan terveysasema (ent. Käpyläns terveysasema)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Laajasalon terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Laakson terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lauttasaren terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Malmin terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Malminkartanon terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Maunulan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Meri-Rastilan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Munkkiniemen terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Myllypuron terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oulunkylän terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Paloheinän terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pihlajamaan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pitäjänmäen terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Puistolan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pukinmaan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Suutarilan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Töölön terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vallilan terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Viikin terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Viiskulman terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vironniemen terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vuosaaren terveysasema</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
KEMI

Terveysasemat
Karihaaran terveysasema
Sauvosaaenen terveysasema
Syväkankaan terveysasema

Terveyskeskukset
Kemin terveyskeskus

Sairaalat
Sauvosaaenen sairaala

KUUSANKOSKI

Terveysasemat
Voikkaan terveysasema

Terveyskeskukset
Sairaalat
Kuusankosken terveyskeskus

Kuusankosken terveyskeskus

TAMPERE

Terveysasemat
Atalan lääkäriasema
Hatanpään lääkäriasema
Hervannan lääkäriasema
Kaukajärven lääkäriasema
Kämmenniemen lääkäriasema
Lielahden lääkäriasema
Linnainmaan lääkäriasema
Pyynikin lääkäriasema
Rahola-Pispalan lääkäriasema
Tammelakeskuksen lääkäriasema
Tesoman lääkäriasema

Terveyskeskukset
Hatanpään terveyskeskus
Sairaalat
Hatanpään sairaala

Hatanpään sairaala
Liite 8. Verotulojen (mk/asukas) kehitys tutkimuskaupungeissa vuosina 1990-2000


Liite 11. Perusterveydenhuollon (poislukien hammashuolto) käyttökustannukset asukasta kohti (mk/asukas)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Espoo</td>
<td>1365</td>
<td>1195</td>
<td>1263</td>
<td>1317</td>
<td>1371</td>
<td>1369</td>
<td>1217</td>
<td>1240</td>
<td>1497</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
<td>2395</td>
<td>2638</td>
<td>2611</td>
<td>2712</td>
<td>2465</td>
<td>2420</td>
<td>2520</td>
<td>3073</td>
<td>3044</td>
<td>649</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
<td>1556</td>
<td>1567</td>
<td>1678</td>
<td>1790</td>
<td>1830</td>
<td>2011</td>
<td>2166</td>
<td>2298</td>
<td>2498</td>
<td>942</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
<td>1744</td>
<td>1862</td>
<td>1971</td>
<td>2039</td>
<td>2033</td>
<td>2097</td>
<td>2262</td>
<td>2164</td>
<td>2072</td>
<td>328</td>
</tr>
<tr>
<td>Koko maa</td>
<td>1827</td>
<td>1858</td>
<td>1904</td>
<td>1995</td>
<td>2051</td>
<td>2093</td>
<td>2144</td>
<td>2277</td>
<td>2412</td>
<td>585</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003
Liite 12. Muutokset perusterveydenhuollon (poisluikien hammashuolto) käyttökustannuksissa (mk/asukas) vuosina 1993-2001

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Korkein kustannus</td>
<td>2395</td>
<td>2638</td>
<td>2611</td>
<td>2712</td>
<td>2465</td>
<td>2420</td>
<td>2520</td>
<td>3073</td>
<td>3044</td>
</tr>
<tr>
<td>Alin kustannus</td>
<td>1365</td>
<td>1195</td>
<td>1263</td>
<td>1317</td>
<td>1371</td>
<td>1369</td>
<td>1217</td>
<td>1240</td>
<td>1497</td>
</tr>
<tr>
<td>Ero</td>
<td>1030</td>
<td>1443</td>
<td>1348</td>
<td>1395</td>
<td>1094</td>
<td>1051</td>
<td>1303</td>
<td>1833</td>
<td>1547</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähde: SOTKA-tietokanta 2003
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Ajan saanti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kulkuyhteydet</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Jonotusaika</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Henkilökunnan käytös</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hoidon laatu</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tutkimusten laatu ja määrä</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lääkkeiden saanti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hoitotarvikkeiden saanti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Terveyskeskuksen tilat</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ajan saanti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kulkuyhteydet</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Jonotusaika</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Henkilökunnan palvelualttius</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hoidon laatu</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tutkimuksen laatu ja määrä</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Lääkkeiden saanti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hoitotarvikkeiden saanti</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Terveyskeskuksen tilat</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ajan saanti</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Kulkuyhteydet</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Jonotusaika</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Henkilökunnan palvelualttius</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoidon laatu</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Tutkimuksen laatu ja määrä</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Lääkkeiden saanti</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoitotarvikkeiden saanti</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
<tr>
<td>Terveyskeskuksen tilat</td>
</tr>
<tr>
<td>Espoo</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsinki</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemi</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuusankoski</td>
</tr>
<tr>
<td>Tampere</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhteensä</td>
</tr>
</tbody>
</table>