



UNIVERSITY
OF TAMPERE

This document has been downloaded from
TamPub – The Institutional Repository of University of Tampere

 *Publisher's version*

The permanent address of the publication is
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-2014060916923>

Author(s):	Lehto, Juhani
Title:	Mitä perusterveydenhuolto potee?
Main work:	Julkisen ja yksityisen rajalla : julkisen palvelun muutos
Editor(s):	Anttonen, Anneli; et al.
Year:	2012
Pages:	370-391
ISBN:	978-951-44-8910-5
Publisher:	Tampere University Press
Discipline:	Public health care science, environmental and occupational health; Social policy
School /Other Unit:	School of Health Sciences
Item Type:	Article in Compiled Work
Language:	fi
URN:	URN:NBN:fi:uta-201406091693

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

MITÄ PERUSTERVEYDENHUOLTO POTEE?

Juhani Lehto¹

Johdanto

Julkisessa keskustelussa esiintyy suhteellisen yleinen ja samaan aikaan epämääräinen käsitys, että ”perusterveydenhuolto on kriisissä”. Yleisimmin esiintyvä konkreettinen kriisikuvaus on käsitys, että lääkärit vierastavat terveyskeskustyötä, perusterveydenhuollossa on lääkäripula, potilaat joutuvat jonottamaan lääkärille pääsyä. Siksi terveyskeskuksessa pitäisi tehdä muutoksia, joiden tuloksena se olisi lääkäreille houkuttelevampi työpaikka. Ongelmakuvaukseen liitetään toisinaan käsitys, että kriisi jatkuu vuosikymmenestä toiseen ja ilmaisee terveyskeskusten ”jämähämäämistä” 1970-luvun alussa luotuun byrokraattiseen toimintamalliin. Median lisäksi tällainen kuva perusterveydenhuollon ongelmien paikantumisesta lääkäreiden aikuisvastaanottotyöhön saa tilaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva terveyskeskus -projektin kuvauksessa (STM 2011 a) sekä useissa terveydenhuollon rahoitusta ja hallintajärjestelmän

1. Artikkelin valmistamisessa olen saanut korvaamatonta kritiikkiä ja tukea kirjan toimittajien lisäksi Marja Jylhältä, Simo Kokolta ja Arja Rimpelältä.

uudistamista käsittelevissä raporteissa (esim. Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Johnson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2010; Aronkytö, Hallipelto & Kangasharju 2010).

Tässä artikkelissa pyrin jäsentämään suomalaisen perusterveydenhuollon kuvaa ja tilaa terveystieteiden 40-vuotisen kehityshistorian ja yliopistomme tutkijaryhmien viime aikoina perusterveydenhuollon eri osa-alueilla tekemien analyysien pohjalta. Artikkelini pyrkii vastaamaan kahteen kysymykseen. Kehityshistoriakuvaavien avulla etsitään vastausta kysymykseen, onko perusterveydenhuollon toimintamallien kehitys pysähtynyt 1970-luvun alun jälkeen. Sekä kehityshistoriakuvaavien että nykytilan analyysien pohjalta pohdittiin perusterveydenhuollon jäsentämistä eri asiakasryhmille soveltuvien erilaisten toimintamallien yhdistelmänä. Voisiko perusterveydenhuollon jäsentää erilaisille avain-, kanta- ja satunnaisasiakasryhmille kehittyvinä eriytyvinä toimintamalleina?

Suomalaisen terveystieteiden kehityksestä

*Perusterveydenhuollon*² käsite yhdistyy kansainvälisessä keskustelussa usein vieläkin Maailman terveysjärjestön ja eräiden muiden YK-järjestöjen yhteiseen Alma Atan julistukseen vuodelta 1978. Julistuksen ilmeinen pyrkimys oli määritellä terveyden perusedellytyksiä globaalisti ja myös kehitysmaiden olosuhteisiin sopivasti. Tämä perusterveydenhuollon määritelmä pitää sisällään rokotusten ja muiden ehkäisevien palvelujen ja sairauksien perushoidon lisäksi esimerkiksi puhtaan veden, jätehuollon, asumisen perusturvan ja ravitsemuksen. (Kaprio 1991.)

Alma Atan julistukseen on vedottu myös maapallon vauriissa maissa, ja useimmiten sitä on käytetty kritiikissä liian sairaalapäinnotteisia ja tautien spesialistijohtoiseen hoitoon painottuneita ter-

2. Englanniksi primary health care

veydenhuoltojärjestelmiä kohtaan. Julistukseen vedoten on haluttu korostaa terveyden edistämisaktiviteettien, sairauksia ehkäisevien terveyspalveluiden ja yleislääkärikeskeisen sairaanhoidon merkitystä (Kaprio 1991). Usein kuitenkin perusterveydenhuolto redusoituu kansainvälisessä kirjallisuudessa tarkoittamaan lähinnä yleislääkärikeskeistä sairaanhoitoa (vrt esim. Saltman ym 2006) ja muuntuu täten eräänlaiseksi ”perussairanhoidoksi”³. Niiden rinnalla ja monissa maissa eri organisaatioiden vastuulla ovat tällöin ehkäisevät terveyspalvelut⁴ ja terveyden edistäminen⁵. Suomessa 1970-luvun alussa tehty ratkaisu pyrkiä kokoamaan suuri osa näistä kolmesta toimialasta yhteen organisaatioon, *terveyskeskukseen*, ja kutsua tätä kokonaisuutta *kansanterveysyöksi* (Aer 1975), edustaa kansainvälisessä vertailussa pikemminkin poikkeusta kuin yleistä linjaa. Monessa muussakin vauraassa maassa tällaista yhteen kokoamista on tavoiteltu, mutta se ei ole näyttänyt soveltuvan yhtä hyvin pääasiassa vakuutusrahoitteisiin (esimerkiksi Saksa, Ranska, Hollanti) tai keskitetympiin hallinnoituihin verorahoitteisiin (esimerkiksi Englanti) terveydenhuoltojärjestelmiin.

Jo 1970-luvulla Suomen terveyskeskuksiin sijoittui lisäksi myös hammashoitoa, pitkäaikaista laitoshoidoa, kuntoutusta ja kotisairaanhoitoa. Rajat sosiaalihuoltoon ja mielenterveyspalveluihin alkoivat vähitellen ja viimeistään 1990-luvulle tultaessa liikkua tai ylittyä. Käsitteellisesti jotkut ratkaisivat muutoksen laajentamalla perusterveydenhuollon käsitettä ja toiset ottamalla käyttöön *perusturvan* tai *perusturvan palvelujen* käsitteet. Vuosien 2007–2011 kunta- ja palvelurakennemuutoksessa kokonaisuutta kuvataan käsitteellä ”perusterveydenhuolto ja siihen läheisesti liittyvät sosiaalihuollon palvelut” (STM 2010).

3. Englanniksi primary medical care

4. Englanniksi public health services

5. Englanniksi health promotion

Mitä toimintoja terveyskeskukseen koottiin

Vuodesta 1971 terveyskeskukseksi kutsuttuun kokonaisuuteen koottiin aluksi ennen muuta 1950-luvun lailla (Mattila 2011) aiemmin säädetty kunnanlääkäritoiminta, 1940-luvun lailla (Wrede 2001) säädetty äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, paikkakunnalla aiemmin toiminut paikallissairaala tai vanhainkodin (entisen kunnalliskodin) sairausosasto ja kotisairaanhoidon (Aer & Rokka 1975), kouluterveydenhuolto ja koululaisten hammashoito ja näihin liittyvät erilliset ehkäisevät palvelut, esimerkiksi rokotukset (Mäenpää & Mäkikärki 1975) sekä terveydenhoitolailla säädetty ja useimmiten eläinlääkäristöä ja terveystarkastajasta koostuva ympäristöterveydenhuolto (Elo & Ojala 1975). Kansanterveyslain mukaan (Aer 1975) kokonaisuuteen kuului myös sairaankuljetus, joka kuitenkin jo tuolloin oli usein joko yksityisten yritysten vastuulla tai osa palo- ja pelastustoimea.

Terveyskeskukseen ei kuitenkaan yhdistetty esimerkiksi apteekkia, työterveyshuoltoa, opiskelijoiden terveydenhuoltoa tai yksityislääkärien vastaanottoja, vaikka ne monissa kansainvälisissä asiakirjoissa ja myös eräissä kansanterveyslain valmisteluteksteissä (esim. Kaipainen 1969) ymmärretään samaan kokonaisuuteen kuuluviksi. Terveyskeskus oli siis vähemmän kuin tuon ajan ymmärrys perusterveydenhuollosta.

Terveyskeskus jatkuvassa muutoksessa

Aiemmin erillään olleissa toiminnoissa on tapahtunut 1970-luvun alun jälkeen määrällisen kasvun lisäksi myös monia muita muutoksia.

Paikallissairaaloista ja vanhainkotien sairausosastoista alkunsa saaneet terveyskeskusten vuodeosastot yrittivät yhdistää perinteensä – lääketieteellisesti vähemmän vaativan akuuttihoidon ja pitkäaikaissairaanhoidon sekä kuntoutuksen. Kun akuuttisairaanhoidon alku

jakautua erittäin lyhyisiin ja intensiivisiin sairaalahoitajaksoihin ja vähemmän vaativissa tapauksissa avohoitona annettavaksi, on terveyskeskussairaaloihin jäänyt pääasiassa pitkäaikaissairaanhoitoa. Samalla haetaan erikoissairaanhoidossa uutta jakoa ”vaativaan” ja ”perustason” erikoissairaanhoitoon, jolloin perustason erikoissairaanhoitoa voitaisiin toteuttaa jonkinlaisissa aluesairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosaston välimuodoissa. Terveyskeskuksen vuodeosasto on täten ollut jatkuvassa uuden profiilin hakuprosessissa (ks. Kokko & Lehto 1996; Kokko, Peltonen & Honkonen 2009).

Yleislääkärin vastaanotto toimintaa on yritetty kehittää toistuvien kriisijulistusten sävyttämänä jo yli 25 vuotta. Ensimmäinen oli omalääkärikokeilu (Vohlonen 1989), sitten Väestövastuukokeilu (Mäkelä, Åström & Bergström 1996) ja nyt Toimiva terveyskeskus (STM 2010). Vastaanotto työ on sisällöltään muuttunut olennaisesti. Viimeisen noin 15 vuoden aikana yleislääkärien päivystykset on suurelta osin erotettu muusta vastaanotto työstä suurempiin sairaaloiden yhteydessä toimiviin päivystyskeskuksiin ja/tai ulkoistettu yksityisille lääkäripalveluyrityksille (Kokko 2009; Tiilikka, Palukka & Tolkki 2009). Samaan aikaan akuuttisairaalahoitojaksojen lyhentäminen on siirtänyt akuuttisairaaloista vastaanottoille jatkuvasti lisää tehtäviä (Lehtomäki 2009). Vastaanotto työn tehtävien määrää kasvattaa myös kroonisesti sairaiden vanhusten määrän kasvu (Lehto 2004).

Terveyskeskuksen alkuaikoina hammashoito kohdistui ensisijaisesti koululaisiin. 1980- ja 1990-luvuilla oikeus terveyskeskuksen hammashoitoon laajeni nuorempiin aikuisikäluokkiin ja 2000-luvun alussa koko väestöön. Väestövastuu kuitenkin käytännössä jaettiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin otetun yksityisen hammashoidon kanssa. Hammashoito, joka on kaiken aikaa ollut toiminnallisesti ja hallinnollisesti erillinen terveyskeskusten lohkonsa, on laajentunut aina näihin päiviin asti. (Widström, Väisänen & Niskanen 2008.)

Terveyskeskusten rakentamisen alkuaikoina ei mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon ja ehkäisyyn panostettu merkittävästi. Päihdeongelmien hoitojärjestelmää kehitettiin erityisesti A-klini-

koiden muodossa osana sosiaalihuollon palvelujärjestelmää (Takala & Lehto 1992). Mielenterveyspalvelujen kehityksen painopiste oli myös terveyskeskusten ulkopuolella, pyrkimyksessä rakentaa psykiatrinen erikoissairaanhoito vähemmän sairaalapainotteiseksi ja enemmän avopalveluista vastaavien mielenterveystoimistojen varaan (Mielenterveystyön komitea 1984). Vaikka ajatus terveyskeskusten laajasta roolista mielenterveystyössä esitettiin jo 1970-luvulla (Miettinen 1975), eteneminen on ollut suhteellisen hidasta. Päihde- ja mielenterveystyön laajentaminen terveyskeskuksissa kuitenkin nopeutui 1990-luvulla (Karlsson & Wahlbeck 2010).

Myös terveyskeskusten kotisairaanhoito on kokenut suuria laadullisia ja määrällisiä muutoksia, erityisesti vanhusten hoidon osalta. Alkuaikoina kotisairaanhoito painottui akuuttien sairauksien kotona tapahtuvaan jatkohoitoon ja sosiaalihuollon osana ollut kodinhoitoapu lapsiperheiden auttamiseen (Rauhala 1996; Aer & Rokka 1975). Muutos kohti nykyisin valtavirtana olevaa yhdistettyä kotihoitoa, joka suunnataan ennen muuta pitkäaikaissairaiden vanhusten tukemiseen ja pitämiseen mahdollisimman pitkään kotona laitos- ja palveluasumistarpeen minimoimiseksi (STM 2008), on suuri.

Terveyskeskusten alkuvaiheessa ei vielä puhuttu terveyden edistämisestä, vaan painotus oli yksilöihin kohdistuvan terveysneuvonnan, ei-toivottujen raskauksien ehkäisyyn sekä seulontojen ja terveystarkastusten kehittämisessä (Aer 1975a, Leppo & Launis 1975, Aromaa 1975). Yhteisöllisemmän ja yhteiskuntapoliittisemmän terveyden edistämisen painotukset alkoivat nousta 1970-luvun aikana esimerkiksi Pohjois-Karjala-projektin sekä ravitsemus-, tupakka- ja alkoholipolitiikan uudistuksissa. Niissä terveyskeskuksiin kohdistettiin suuret odotukset erityisesti paikallisyhteisöihin vaikuttamisessa. Toistuvasti on kuitenkin julkaistu arvioita, joiden mukaan terveyskeskusten kyky systemaattiseen terveyden edistämiseen on todettu vaihtelevaksi tai huonoksi (WHO 1991; Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2009). Kansanterveyslain säätämisen aikaan

vallinnut pyrkimys pääosin fyysiseen ympäristöön kohdistuvan terveydenhoidon ja ihmisiin kohdistuvan ehkäisevän toiminnan yhteen nivomisesta on myös jäänyt toteutumatta. Pikemminkin ympäristöpolitiikan ja -hallinnon vahvistuminen on kasvattanut ihmisten terveydenhuollon ja ympäristöterveystoiminnan välistä etäisyyttä (Rimpelä ym. 2009).

Jämähätkö Suomen perusterveydenhuolto 1970-luvun alun toimintamalliin?

Terveyskeskukset muodostettiin 1970-luvulla yhdistämällä monia pitkähkön perinteen ja kehityshistorian omaavia palveluita. Eräitä keskeisiä perusterveydenhuollon palveluita jätettiin terveyskeskuksen ulkopuolelle. Ei siis ole yhtä ”1970-luvun mallia”, johon olisi voinut ”jämähätä”. Jos jokin on juuttunut paikoilleen, se on ehkä ollut perusterveydenhuollon monien osien jatkaminen erillisyyttä korostavan perinteen mukaisesti. Mutta useimmissa osissa on tapahtunut laajenemisen lisäksi jopa hyvin syvällisiä muutoksia ja muutosyrityksiä. Paikalleen jämähätäminen voidaan ehkä tunnistaa myös siinä, että lääkärien vastaanottotyö on noussut toistuvasti ongelmaksi, jonka kautta yleistävää keskustelua koko terveystieteiden tilanteesta on käyty.

Muutokset terveystieteiden eri toiminnoissa ovat olleet eriaikaisia. Keskeisiä muutoksen moottoreita ovat laajenemisen lisäksi esimerkiksi lääketieteen kehitys ja muun sairaanhoidon kehitys (suuri osa aiemmin sairaaloissa annetuista hoidoista annetaan nyt avohoidossa; työikäisten terveyden seuranta ja perushoito tapahtuu yhä laajemmin työterveydenhuollossa), väestön vanheneminen (kroonisten sairauksien suhteellisen osuuden kasvu ja jatkuvasti uusiutuva työnjako hoivapalveluissa), väestön koulutustason nousu ja terveystiedon lisääntyminen (terveyden edistämisen uusiutumisen jatkuva paine; itsehoidon roolin kasvu).

Perusterveydenhuollon asiakasryhmittely

Asiakasryhmittelyn perinteitä

Terveydenhuollon perinteinen etiikka korostaa sekä universaalisuutta – kaikkien potilaiden käsittelyä yhtäläisellä tavalla – että kunkin potilaan ainutkertaisuutta. Esimerkiksi rotu, sukupuoli, yhteiskunnallinen asema tai elämäntavat eivät saisi luokitella potilaita erilaisen palvelun saaviin ryhmiin, ”asiakassegmentteihin”. Samalla korostetaan, että sairastamis- ja paranemisprosessit ovat eri yksilöillä erilaisia. Jokainen potilas on ainutkertainen ja tarvitsee juuri hänelle sopivaa palvelua. Näistä molemmista suunnista asiakaskunnan jakaminen eri tavoin palveltaviin segmentteihin voi näyttää ongelmalliselta.

Terveydenhuollon organisaatioissa eräät asiakasryhmäkohtaisen erilaistumisen muodot ovat tuttuja. Esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto edustavat terveystieteiden sisäistä segmenttaatiota, työterveydenhuolto, yksityisvastaanotot ja yliopistopotilaiden terveydenhuolto taas terveystieteiden ulkopuolelle segmentoituja palveluja.

Erikoissairaanhoidolle ominaista asiakaskunnan luokittelua sairastetun taudin ja siihen keskittyvän lääketieteen erikoisalana (Virtanen 2010) ei perusterveydenhuollossa ole vahvassa organisatorisessa mielessä kuin suun hoidon eriyttäminen kaikkien muiden ruumiinjäsenten hoidosta. Tautien mukaan segmentointiin on toki ollut pyrkimystä esimerkiksi nimeämällä diabeteksen tai syöpätautien vastuuhoidot tai lääkäreitä. Asiakaskunnan jakaminen eri tavoin palveltaviin ryhmiin taudin mukaan ei kuitenkaan ole kovin yleistä tai johda syvälliseen palvelujen eriyttämiseen. Se olisikin ongelmallista, koska merkittävällä osalla usein palveluja käyttävistä on useampia kuin yksi tauti ja samaan tautiin liittyy erilaisia hoidon tarpeita. Satunnaisimmat palvelujen käyttäjät taas voivat tulla vastaanotolle selvittämään, mikä heitä vaivaa ja mitä

vaivalle pitäisi tehdä. Tullessaan he eivät siis ole vielä luokituneet taudin mukaan.

Yksittäisten tautien mukaan segmentoinnin sijasta sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva terveyskeskus -projektissa pyritään kehittämään omaa toimintamallia erilaisia kroonisia tauteja sairastaville. Kansainvälisesti tätä on kutsuttu Chronic Care Modeliksi ja Suomessa terveyshyötymalliksi (Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008; Mäntyranta 2010). Tämä malli pyrkii nostamaan kroonisten sairauksien hoidon systemaattisemman kehitystyön kohteeksi. Sen voisi ajatella synnyttävän terveyskeskuslääkärin vastaanoton jakamisen kolmeen segmenttiin: päivystysvastaanotot, kroonisesti sairaiden vastaanotot ja muut vastaanotot. Päivystystä on viime vuosikymmenen aikana siirretty joko lääkärivuokrausyritysten vastuulle tai sairaalapäivystysten yhteyteen. Ryhmään ”muut” voi ajatella kuuluvaksi erilaisten todistusten ja tavallisten tartuntatautien vuoksi lääkäriä tarvitsevat. Kroonisesti sairaat ovat tämän jälkeenkin erittäin laaja ja heterogeeninen ryhmä. Jos mukaan lasketaan vielä henkilöt, joilla ei vielä ole kroonista tautia mutta taudin kohonnut riski (emt.), valtaosa terveyskeskuksen potilaista ja myös päivystys- ja todistuspalveluita käyttävistä kuuluu tähän ryhmään. Terveyshyötymallia ei olekaan syytä pitää niinkään asiakaskunnan segmenttaatioon kuin kroonisesti sairaiden parempaan hoitoon pyrkivänä ajatuksena. Mallin perusteluissa ei myöskään esitetä, että kroonisesti sairaille rakennettaisiin yksi yhteinen toimintamalli, vaan pikemminkin kehoitetaan luomaan kullekin potilaalle soveltuva erityinen hoitosuunnitelma (emt.).

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyessä yhdeksi hallinnolliseksi toimialaksi toimialan sisäinen hallinto on usein pyritty rakentamaan niin kutsutun elämäntaakkarimallin mukaisesti (THL 2009). Lähes aina tämä on tarkoittanut lasten ja nuorten – joskus lasten ja perheiden – palveluyksiköiden kokoamista yhdeksi ja vanhusten palveluyksiköiden kokoamista toiseksi kokonaisuudeksi. Kolmatta kokonaisuutta on kutsuttu yleisesti aikuisten palveluiksi. Tämä

ilmentää sitä, että monet sosiaalipalvelut on jo pitkään kohdistettu vain lapsiin, nuoriin tai vanhuksiin. Perusterveydenhuollon puolella on myös ollut vain lapsiin tai nuoriin kohdistuvia palveluita. Suuri osa terveyspalveluita ei sen sijaan ole eriyttänyt aikuispalveluita erikseen työikäisille ja vanhuksille kohdistetuiksi. Elämänkaarimallissa onkin kyse enemmän hallinnon uudelleenjärjestelystä kuin uudesta tavasta jäsentää asiakassuhteita ja asiakasryhmiä.

Käytännön asiakastyössä tapahtuu monenlaista potilaiden saamaa palvelua erilaistavaa luokittelua. Potilaita, joilla on käytössään myös työterveydenhuolto tai taloudelliset edellytykset käyttää yksityis palveluita, voidaan ohjata erilaiseen jatkohoitoon kuin potilaita, joilla ei tätä mahdollisuutta ole. Joillekin potilaille varataan pidempi vastaanottoaika kuin toisille, jos ennakoidaan, että heidän ongelmiansa käsittely vie pidemmän ajan. Hyvin koulutettu sekä ongelmansa ja tarpeensa selkeästi artikuloiva potilas voi saada toisenlaisen palvelun kuin näitä ominaisuuksia vailla oleva potilas (ks. esim. Kokko 1990). Suurelta osin tällainen ”käytännön segmentointi” on julkilausumatonta, epäsystemaattista ja joiltakin osin myös tiedostamatonta.

Monia tutkijaryhmiemme perusterveydenhuollon eri osa-alueille kohdistamien viimeaikaisten tutkimusten tuloksia on hyödyllistä tarkastella myös segmentoinnin näkökulmasta. Seuraavassa nostetaan esiin eräitä keskeisimpiä.

Palvelut elämän viimeisinä vuosina

Vanhenemisen tiedetään lisäävän terveydenhuollon ja hoivapalvelujen tarvetta. Tarve liittyy osittain elettyjen vuosien määrään, mutta vielä vahvemmin jäljellä olevien elinvuosien määrään. Palvelujen käytöstä ja kustannuksista merkittävä osa syntyy viimeisiä 2–3 elinvuottaan elävien ihmisten tarpeiden tyydyttämisestä (Jylhä ym.

2008). Tampereen yliopiston Terveystieteen yksikön tutkijaryhmä⁶ on tutkinut sairaaloista, vanhustenhuollon laitoksista ja palveluasumisesta saatavien rekisteritietojen pohjalta suomalaisten viimeisten 2 vuoden palvelukäyttöä (esim. Forma ym 2007; Forma ym 2009; Aaltonen ym 2010).

Tutkimuksen tulokset kertovat, että vaikka kyselyjen mukaan useimmat ihmiset toivovat voivansa kuolla kotona, vain pieni vähemmistö – esimerkiksi noin 10 % 70-79-vuotiaista miehistä ja vain 2 % yli 90-vuotiaista naisista – kuolee kotona. Noin 80 % yli 70-vuotiaiden kuolemista tapahtuu terveyskeskus-, alue- tai keskussairaalassa. Ehkä hätkähdyttävien tulos on, että varsin monia vanhuksia siirretään viimeisinä vuosina ja varsinkin viimeisinä kuukausina hoitopaikasta toiseen. Näitä siirtymiä on lähempänä 70 ikävuotta kuolevilla enemmän kuin vanhana kuoleville ja miehillä enemmän kuin naisilla, mutta yli 90-vuotias nainenkin saattaa kokea toistakymmentä siirtymää kodin ja eri hoitopaikkojen välillä viimeisenä kahtena vuotenaan. (Jylhä, Forma, Aaltonen, Raitanen & Rissanen2008.)

Tutkimustulokset viittaavat vahvasti siihen, että palvelujärjestelmässä sairauksien diagnostisoimisen ja hoidon logiikka ja hoivan logiikka eivät muodosta toimivaa kokonaisuutta. Liittyisikö tämä siihen, että ”vanhuspalveluilla” usein ymmärretään vain kotihoidon ja palveluasumisen tai pitkäaikaishoidon tapaisia hoivapainotteisia palveluita. Niille annetaan tehtäväksi mahdollistaa vanhuksen ”kotona asuminen mahdollisimman pitkään”. Sen sijaan lääketieteelliseen sairaanhoitoon ei ole muodostunut selkeää ”vanhussegmenttiä”, jossa voisi olla esimerkiksi enemmän kotikäynteihin perustuvaa lääketieteellistä avohoitoa ja sairaalahoitojaksojen sopeuttamista paremmin vanhusten elämäntilanteeseen ja hoivan järjestelyihin.

6. Marja Jylhä, Pekka Rissanen, Leena Forma, Mari Aaltonen ja Jani Raitanen Tampereen yliopistosta sekä Anja Noro Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksesta

*Epätyypillisissä työsuhteissa
ja työttömänä olevien työikäisten terveydenhuolto*

Työikäisten suomalaisten perusterveydenhuollon palvelujen käyttö vaihtelee jyrkästi työmarkkina-aseman mukaan. Käyttö on huomattavasti vähäisempää työttömillä ja epätyypillisissä työsuhteissa olevilla. Käytön vähäisyyttä korostaa se, että vähän käyttävien palvelujen tarve on suurempi kuin enemmän palveluja käyttävien (Virtanen, Kivimäki, Vahtera & Koskenvuo 2006).

Tampereen yliopiston tutkijaryhmä⁷ on analysoinut useita kokeiluja työttömien tai epäsäännöllisellä työuralla olevien perusterveydenhuollon kehittämiseksi. Kokeilut ovat kohdistuneet muun muassa terveyskeskuksen ja työvoimatoimiston yhteistyöhön (Virtanen ym. 2008), työttömille suunnattuihin erityisiin terveystarkastuksiin ja ehkäiseviin palveluihin (Nygård, Virtanen, Saloniemi, Koivisto, Sysmä & Kaukiainen 1995, Virtanen ym. 1997) sekä ammattikursseille, tukityöjaksoille tai muuhun ”aktivointi-interventioon” rekrytoituille vaikeasti työllistettäville kohdennettuun erityiseen ”työuraterveydenhuoltokokeiluun” (Virtanen ym. 2008, Romppainen, Jähi, Saloniemi & Virtanen 2010). Tulokset osoittavat kohdeväestön erityiset tarpeet perusterveydenhuollon palveluja tarjottaessa.

Tulokset voi tulkita ilmaukseksi nykyisen työikäisten perusterveydenhuollon segmentaation ongelmallisuudesta. Määräaikaisissa projekteissa terveyskeskukset ovat ottaneet työttömien ja heikossa työmarkkina-asemissa olevat erityistä palvelua tarvitseväksi asiakassegmentiksi. Normaalitylanteessa työmarkkina-asemaan perustuva vastuunjako ja segmentaatio johtaa enemmän palveluja tarvitsevat työikäiset huonompaan asemaan kuin vähemmän palveluja tarvitsevat.

7. Pekka Virtanen, Antti Saloniemi, Clas-Håkan Nygård, Virpi Liukkonen, Katri Romppainen, Rita Jähi

Mielenterveyden häiriöiden hoito perusterveydenhuollossa

Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen aiheuttaja. Suurin osa mielenterveyden häiriöistä on kuitenkin lievempiä ja väliaikaisia. 30–40 prosenttia suomalaisista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä jossakin elämänsä vaiheessa (Isohanni 2002). Usein mielenterveyspalveluiksi mielletään kuitenkin lähinnä erikoistuneet psykiatriset julkiset ja yksityiset palvelut.

Tampereen yliopiston Terveystieteen yksikön tutkijaryhmä⁸ tutki mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää perus- ja erityispalvelujen käyttöä ja kustannuksia viidessä Pirkanmaan kunnassa (Vitikainen, Forma, Rissanen, Raitanen, Kilkku & Ahonen 2005; Forma ym. 2009). Tulokset osoittivat, että asiakaskäynneillä mitattuna terveyskeskus on laajimmasta mielenterveyspotilaiden määrästä vastaava palvelumuoto ja että muut käynnit jakautuvat likimain tasan psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yksiköiden (erityisesti sosiaalityön, A-klinikan, perheneuvolan) välillä. Myös työterveyshuolto on merkittävä mielenterveyden häiriöitä kohtaava palvelumuoto. Kustannuksista kuitenkin suurin osa syntyy psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskuksen vastaanotto toiminnan rinnalla merkittävä kustannustekijä on myös mielenterveyspotilaiden asumis- ja hoivapalvelut.

Kuntien väliset erot sekä käytön että kustannusten jakautumisessa eri organisaatioiden kesken ovat merkittävät (emt). Kokonaiskustannukset suhteessa vakioituun hoidon tarpeeseen olivat alhaisimmat kunnassa, jossa suurempi osa käytöstä kohdistui terveyskeskukseen. Koska palvelun laatua ei kyetty tutkimusasetelmassa mittaamaan tai vakioimaan, tuloksiin on syytä suhtautua varoen. Tarvitaan jatko-tutkimuksia sekä toiminta- ja työnjakomallien kokeiluja.

Tulokset viittaavat vahvasti siihen, että mielenterveyshäiriöistä kärsivien erityistarpeet olisi syytä ottaa paremmin huomioon pe-

8. Pekka Rissanen, Leena Forma, Tiina Jarvala, Jani Raitanen, Kirsi Vitikainen

rusterveidenhuollon kehittämässä. Kun lisäksi on vahvaa näyttöä siitä, että mielenterveyspotilaiden somaattisiin sairauksiin ei usein kiinnitetä riittävästi huomiota terveydenhuollossa (Karlsson & Wahlbeck 2010), voi tässäkin olla erityinen perusterveydenhuollon asiakassegmentaation haaste.

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto

Ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden elintapoihin ja terveyspalvelujen tarpeisiin (esim. Karvonen & Koivusilta 2010; Rimpelä 2010) kohdistuneet tutkimukset ovat toistuvasti osoittaneet, että terveysongelmien riskit ja terveysongelmat ovat ammattikoulussa yleisempiä kuin lukioissa. Samanlaisia tuloksia on saatu myös vertailtaessa ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoiden tilannetta (Väyrynen & Saaristo & Wiss & Rigoff 2009). Samaan aikaan ammatillisen koulutuksen opiskelijoille on osoitettu vähemmän nimenomaan heille kohdistettuja perusterveydenhuollon voimavaroja, eli he ovat olleet enemmän terveyskeskusten yleisten, segmentoimattomien palvelujen varassa (emt.).

Koulu- ja opiskelijaterveyteen sekä kouluterveydenhuoltoon kohdistuvaa tutkimusta tehnyt Tampereen yliopiston terveystieteen yksikön tutkijaryhmä⁹ on myös arvioinut, että kouluterveydenhuollon kehittäminen ja voimavarat ovat kärsineet, kun terveyskeskuksen uudistamista on ohjannut liian yksipuolisesti lääkärin sairaanhoitovastaanottotyön ongelmat (Rimpelä ym. 2009; Kivimäki ym. 2007).

Tämän artikkelin kysymyksenasettelun näkökulmasta voi olettaa, että myös koululaisten ja opiskelijoiden terveydenhuollossa nimenomaan näille asiakasryhmille viritetyillä palveluilla on mahdollista saavuttaa terveyskeskuksen yleisiä palveluja parempi palvelutulos.

9. Arja Rimpelä, Matti Rimpelä, Timo Ståhl, Susanna Raisamo, Pirjo Linfors ym.

*Alemmassa sosiaalisessa asemassa olevilla
heikompi perusterveydenhuolto*

Monet edellä esitetyt tutkimustulokset liittyvät Terveystieteiden yksikössä toimineiden Ilmo Keskimäen ja Kristiina Manderbackan selvittämään alempien sosiaaliryhmien muita heikompaan asemaan suomalaisessa terveydenhuollossa. Tässä yhteydessä keskeinen on heidän tuloksensa, jonka mukaan perusterveydenhuollon toimenpitein ehkäistävissä oleva kuolleisuus on huomattavasti suurempi alimmissa sosiaaliryhmissä. Kaiken lisäksi se on ollut viime vuosikymmeninä kasvussa, kun ylempien sosiaaliryhmien vastaava kuolleisuus on vähentynyt (Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008). Tämänkin tulos haastaa pohtimaan, onko perusterveydenhuollon palvelujen kokonaisuus viritetty oikealla tavalla suhteessa eri asiakasryhmien tarpeisiin.

*Yksityisten palvelutuottajien rooli
terveyskeskuspalvelujen tuottamisessa*

Kansanterveyslain ensimmäisinä vuosikymmeninä valtio velvoitti kunnan tuottamaan lakisääteiset palvelut omana tuotantonaan. Alun perin poikkeuksen muodosti vain sairaankuljetus, josta terveyskeskuksen oli mahdollista sopia myös yksityisen palvelutuottajan kanssa (Aer 1975). 1980-luvun lopulla valtion rahoituksesta alle 5 % oli mahdollista käyttää yksityisten palvelujen ostamiseen. Nämä rajoitukset poistettiin kokonaan vuonna 1993 voimaan tulleessa uudessa valtiosuuslaissa (Kokko & Lehto 1993). Ostopalvelutoiminta on laajentunut nopeasti 2000-luvulla. Siihen liittyvää tutkimusta on tehty muun muassa Tampereen yliopiston terveystieteen yksikön¹⁰ ja yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön¹¹ tutkijaryhmissä.

10. Juhani Lehto, Sari Miettinen ja Liina-Kaisa Tynkkynen

11. Hannele Palukka, Tiina Tiilikka ja Helena Tolkki

Tämän artikkelin näkökulmasta tutkimustemme alustavat tulokset (ks. esim. Tiilikka, Palukka ja Tolkki 2009; Lehto, Miettinen ja Tynkkynen 2012) viittaavat siihen, että yksityisiltä palvelutuottajilta harvoin ostetaan jonkin asiakassegmentin tarvitsemaa palvelukokonaisuutta. Sen sijaan ostetaan esimerkiksi lääkärityövoimaa, palveluasumissuoritteita, kotihoitosuoritteita tai vastuuta sairaankuljetuksesta. Eri asiakasryhmien tarvitsema palvelukokonaisuus muodostuu, jos kunnan omista ja ostetuista palveluista kytetään muodostamaan toimiva kokonaisuus. Esimerkiksi elämänsä viimeisiä vuosia elävän vanhuksen kannalta kokonaisuuteen kuuluu kaikkia edellä mainittuja ostopalveluita, sairaala, apteekki ja luultavasti vielä muita. Kokonaisuuden hallinta erityisesti tämän asiakasryhmän kannalta näyttää tutkimustulostemme mukaan helposti hajoavan.

Erilaisia kokemuksia asiakaskunnan segmentoitumisesta

Edellä kuvatut segmentointikokemukset ja eräiden asiakasryhmien ongelmat viittaavat siihen, että palvelujen rakentamista asiakasryhmäkohtaisiksi palvelukokonaisuuksiksi kannattaa tarkemmin pohtia. Se, että asiakasryhmäkohtaisesti jäsenyneet palvelut, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto ja työterveyshuolto, eivät näytä olevan kriisiksi kuvatussa tilassa, ei tietenkään sinänsä todista, että selitys olisi juuri segmentoinnissa. Sitä ei sinänsä todista myöskään se, että yritykset tautikohtaiseen segmentointiin ovat olleet vähemmän onnistuneita. Eikä todisteeksi riitä myöskään se, että perusterveydenhuollon kriisi on usein paikannettu juuri segmentoimattomaan lääkärin vastaanotto- ja päivystystoimintaan tai moneen fragmenttiin jaettuun vanhusten sairaanhoito- ja hoivapalveluun. Eikä edes se, että ongelmia löydetään segmentoitujen palvelujen ulkopuolelle putoavista, kuten työterveydenhuollon ulkopuolelle jäävistä heikossa työmarkkina-asemassa olevilta tai opiskelijaterveydenhuollon marginaaliin jääneiltä

ammattillisen koulutuksen opiskelijoilta. Ajatuksia nämä kaikki kuitenkin herättävät.

Kanta-, avain- ja satunnaisasiakkaat

Julkisen vastuun ja -rahoituksen piirissä olevissa palveluissa ei asiakaskuntaa ole syytä ajatella jaettavan sen mukaan, miten eri asiakassegmentit tuottavat yritykselle tai sen omistajille taloudellista hyötyä. Silti voisi kaupallisille palveluille tyypillistä jakoa esimerkiksi kanta-, avain- ja satunnaisasiakkaisiin käyttää inspiraation lähteenä. Jos segmentteihin jakaminen tapahtuisi asiakasuskollisuuden mukaan, terveyskeskuksen satunnaisasiakkaita olisivat työterveydenhuollosta ja yksityisistä palveluista suuren osan palveluitaan saavat työkäiset. Kanta-asiakkaita olisivat lapset ja vanhukset, jotka asioivat terveyskeskuksessa muita ikäryhmiä paljon useammin. Työkäisistä kanta-asiakasasemaan voisivat päästä työttömät ja muut laajan työterveydenhuollon ulkopuolelle jäävät. Avainasiakkuus voitaisiin varata niille, jotka joka tapauksessa käyttävät paljon palveluita mutta joiden elämä ja palvelukäyttö kriisiytyvät, ellei palvelukokonaisuuden hallinta toimi erityisen hyvin. Avainasiakkuus kuuluisi esimerkiksi vakavasti kroonisesti sairaille tai monisairaille, joita tunnistettaisiin eniten lähinnä vanhusten, mielenterveyspotilaiden ja pitkäaikaisesti työttömien joukosta.

Satunnaisasiakkuuden julkisen ja täsmällisen luomisen keskeinen ongelma olisi oletettavasti poliittinen. Onko mahdollista avoimesti ohentaa maan parhaiden veronmaksajien ja poliittisesti vaikutusvaltaisimpien väestöryhmien terveyskeskusasiakkuutta ilman poliittista vastareaktiota? Miten kanta-asiakkuus laajassa työterveyshuollossa yhdistettynä terveyskeskuksen satunnaisasiakkuuteen saataisiin tuntumaan riittävältä? Ja onko mahdollistaa rakentaa tässä kysymyksessä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon ja niiden erilaisten julkisten rahoitusinstituutioiden (kunnat, Kela) välinen

yhteisymmärrys? Kanta-asiakkuuden kehittäminen voisi haastaa erityisesti jäsentämään uudestaan ”vanhuspalveluja”. Miten myös sairaanhoito nivellettäisiin nykyisin hoivapalveluiksi miellettyyn kokonaisuuteen? Avainasiakkuus voisi kehittää palvelukokonaisuuden hallintaa lähinnä sille alle 10 % potilaista, jotka joka tapauksessa (esim. Kokko 1990) käyttävät yli 50 % kaikista terveydenhuollon resursseista.

Lopuksi

Terveyskeskuksen tai perusterveydenhuollon kriisi näyttää liian kaiken kattavalta diagnoosilta perusterveydenhuollon tilasta. Vielä pahemmin harhaan mennään, jos diagnoosi väittää, että kriisi juontuisi jotenkin suoraan 1970-luvun alussa luoduista toimintamalleista. Itse asiassa suurta osaa toimintamalleista perittiin terveyskeskusta edeltävältä ajalta ja suuressa osassa on tapahtunut syvällisiä muutoksia 1970-luvun jälkeen.

Terveyskeskuksen ongelmat näyttävät paikantuvan vain joihinkin osiin asiakaskunnasta ja toimintamuodoista. Siksi ”kriisiä” tai ongelmia voisi olla syytä lähestyä eriytyneesti eri asiakassegmenttien kautta. Terveyskeskuksesta on mahdollista tunnistaa satunnaisasiakkaita, kanta-asiakkaita ja avainasiakkaita. Julkisrahoitteissa ja julkisen vastuun alaisissa palveluissa tällainen asiakaskunnan segmentointi edellyttää kaupallisen yrityksen segmentoinnista poikkeavia kriteereitä ja reunaehtoja. Sitä voi kuitenkin pohtia yhtenä palvelujen tuotteistamisen suuntana. Se olisi hyvä olla myös taustana, jos viime vuosien yksityistämisuuntaus terveyskeskuspalveluissa jatkuu ja jos ajatus terveydenhuollon monikanavaisen julkisen rahoituksen korjaamisesta johtaa käytännön ratkaisuihin.

Kirjallisuus

- Aaltonen, M. & Forma, L. & Rissanen, P. & Raitanen, J. & Jylhä, M. (2010) Transitions in Health and Social Service System at the End of Life. *European Journal of Ageing* 7: 91–100.
- Aer, J. (toim.) (1975) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Aer, J. (1975) *Terveysneuvonta*. Teoksessa J. Aer (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Aer, J. & Rokka, S. (1975). *Terveyskeskuksen sairaanhoidon järjestäminen*. Teoksessa J. Aer (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Aromaa, A. (1975) *Terveystarkastuksen ja seulontatutkimukset*. Teoksessa J. Aer (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Aronkylä, S. & Hallipelto, A. & Kangasharju, A. (2010) *Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä*. SITRA, elektroninen julkaisu.
- Elo, O. & Ojala, O. (1975) *Elinympäristöön kohdistuva kansanterveystyö*. Teoksessa J. Aer (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Forma, L. & Jarvala, T. & Ahonen, J. & Vitikainen, K. & Rissanen, P. (2009). Variation in use and cost of primary health and social services in mental health or drinking problems. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 12: 2: 79-86.
- Jylhä, M. & Forma, L. & Aaltonen, M. & Raitanen, J. & Rissanen, P. (2008) *Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet*. Teoksessa U. Ashorn, J. Lehto (toim.) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes.
- Isophanni, M. (2002) *Mielenterveyshäiriöiden hoidon nykytila*. Suomen Lääkärilehti 57: 4445.
- Kaipainen, O. (1969) *Kansa kaikki kärsinyt – onko terveys kauppatavara vai oikeus?* Hämeenlinna: Karisto.
- Kaprio, L. (1991) *Forty Years of WHO in Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Karlsson, N. & Wahlbeck, K. (2010) *Från reformintention till praxis: Mentalvårdens utveckling i Finland efter år 1990*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen, S. & Koivusilta, L. (2010) *Väestöryhmien väliset erot – onko väite nuorten terveyskehityksen polarisoitumisesta totta?* Teoksessa T. Ståhl & A. Rimpelä (toim.) *Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Keskimäki, I. & Manderbacka, K. & Teperi, J. (2008) *Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista*. Teoksessa U. Ashorn & J. Lehto (toim.) *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Helsinki: Stakes.

- Kivimäki, H. & Kosunen, E. & Rimpelä, A. & Saaristo, V. & Wiss, K. & Rimpelä, M. (2007) Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta. *Suomen Lääkärilehti* 62: 61–67.
- Kokko, S. (1990) Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua? Helsinki: Hanki ja jää.
- Kokko, S. & Lehto, J. (1993) Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Helsinki: Stakes.
- Kokko, S. & Peltonen, E. & Honkonen, V. (2009) Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamisen suunnittelutyöstä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lehto, J. (2004) Väestön ikääntyminen ja terveydenhuollon tarve. Teoksessa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusseloneton liiteraportti 5, 199–202. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 33/2004.
- Lehto, J. & Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K (2012) Management of Social and Health Care Services through Purchaser-Provider-Split. Tulossa.
- Lehtomäki, L. (2009). Valtakunnallisista suosituksista talon tavaksi. *Acta Universitates Tampereensis* 1426. Tampere: Tampere University Press.
- Leppo, K. & Launis, R. (1975) Ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Teoksessa J. Aer (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Miettinen, R. (1975) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Aer, Juhani (toim.). *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Mäenpää, J. & Mäkilä, L. (1975) Kouluterveydenhuolto. Teoksessa J. Aer (toim.) *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi.
- Mäkelä, M. & Åström, M. & Bergström, M. & Sainio, S. (1996) Terveyskeskusten alueellinen väestövastuu: Toiminta ja kustannukset. Helsinki: Stakes.
- Mäntyranta, T. Terveyshyötymalli. www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hanke/toimivaterveyskus. Luettu 29.9.2011.
- Nygård, C. & Virtanen, P. & Saloniemi, A. & Koivisto, T. & Sysmä, M. & Kaukiainen, A. (1995)
- Työkyvyn ylläpito ja terveydenhuolto työttömyyden aikana. Helsinki: Työministeriö.
- Palukka, H. & Tiilikka, T. (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen ohjaus terveyspalveluiden ulkoistamisen perusteluissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2/2012: 141–159.
- Pekurinen, M. & Erhola, M. & Häkkinen, U. & Johnson, P. M. & Keskimäki, I. & Kokko, S. &
- Kärkkäinen, J. & Widström, E. & Vuorenkoski, L. (2010) Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Rauhala, P-L (1996) Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaalityötä? Tampere: Acta Universitatis Tamperensis.
- Rimpelä, A. (2010) Suomalaisnuorten terveys. Kirjassa: Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous 2010. Vammala: Duodecim ja Suomen Akatemia.
- Rimpelä, M. & Saaristo, V. & Wiss, K. & Ståhl, T. (toim.) (2009) Terveystieteen edistäminen terveyskeskuksissa. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos.
- Romppainen, K. & Jähi, R. & Saloniemi, A. & Virtanen, P. (2010) Encounters with Unemployment in Occupational Health Care. Nurses' Constructions of Clients without Work. *Social Science & Medicine* 70: 605–608.
- Saarela, O. & Lommi, M-L & Hemminki, A. & Leppäkoski, A-M & Siefen, L. (2008) Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 63: 4441–4448.
- Saltman, R. & Rico, A. & Boerma, W. (2006). Primary care in the driver's seat Maidenhead: Open University Press.
- STM (2011) www.stm.vi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste (KASTE-verkkosivut luettu 11.1.2011)
- STM (2011a) Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Hankkeen esite. www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus (hankkeen sivut luettu 11.1.2011)
- STM (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- STM (1984) Mielenterveyshuollon komitean mietintö.
- Takala, J-P & Lehto, J. Finland (1992) The Non-Medical Model Reconsidered. Teoksessa H. Klingemann & J-P Takala & G. Hunt (toim.) *Cure, Care, Control. Alcohol Treatment in Sixteen Countries*, 87–110. Albany NY: State University of New York Press.
- THL Kuntien tukena. Raportti kuntakierrokselta. www.thl.fi
- Tiilikka, T. & Palukka, H. & Tolkki, H. (2009) Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Virtanen, J. (2010) Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskihoitoon ja ylimpään hoitoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turku: Turun Kauppakorkeakoulu.
- Virtanen, P. & Romppainen, K. & Jähi, R. & Saloniemi, A. (2008) Työterveyttä työttömillekin, mutta miten? Teoksessa U. Ashorn & J. Lehto. *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, Helsinki: Stakes.
- Virtanen, P. & Kivimäki, M. & Vahtera, J. & Koskenvuo, M. (2006) Employment Status and Differences in the One-Year Coverage of Physician

- Visits: Different Needs or Unequal Access to Services? *BMC Health Services Research* 6: 123.
- Virtanen, P. & Saloniemi, A. & Nygård, C. (1997) Terveyttä työttömille Tampereella 1995 – tutkimus pitkäaikaistyöttömien osallistumisesta terveystarkastuksiin ja kuntoutusryhmiin. *Kunnallislääkäri* 4:41–48.
- Vitikainen, K. & Forma, L. & Rissanen, P. & Raitanen, J. & Kilkku, N. & Ahonen, J. (2005) Mielenterveys- ja päihdettyön kustannukset viidessä Pirkanmaan kunnassa. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4.
- Vohlonen, I. (toim.) (1989) Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokelu. Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Väyrynen P, Saaristo V, Wiss K & Rigoff AM (toim.). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa – peruseräraportti lukiokyselystä vuonna 2008. Helsinki: Opetushallitus & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Väyrynen, P & Saaristo, V. & Wiss, K. & Rigoff, A. (2009). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa – peruseräraportti lukiokyselystä vuonna 2008. Helsinki: Opetushallitus ja THL.
- WHO (1991) Health for All Policy in Finland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,
- Widström, E. & Väisänen, A. & Niskanen, T. (2008) Erillisselvitys suun terveydenhuollon tuotoksista ja kustannuksista terveyskeskuksissa vuonna 2006. Helsinki: Stakes.
- Wrede, S. (2001) Decentring Care for Mothers. The Politics of Midwifery and the Design of Finnish Maternity Services. Turku: Åbo Akademi University Press.