

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

Hallintotiede

Perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottomallien kehittämishaasteet

Case Tampere

Hallintotiede

Pro gradu- tutkielma

28.2.2016

Ohjaaja: Klaus af Ursin

Aku Karttunen

TIIVISTELMÄ

Tampereen Yliopisto	Johtamiskorkeakoulu, Hallintotiede
Tekijä:	Aku Karttunen
Tutkielman nimi:	Perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottomallien kehittämishaasteet
Pro gradu- tutkielma:	85 sivua, 3 liitesivua
Aika:	Helmikuu 2016
Avainsanat:	Avoterveydenhuolto, Vastaanotto toiminta, Toteutus, Kehittäminen

Suomalaista terveydenhuoltoa ja sen toteuttamista on perinteisesti pidetty laadukkaana ja edistyksellisenä. Maamme terveydenhuollon kulmakivenä on useiden vuosikymmenien ajan toiminut julkisin varoin ylläpidetty terveydenhuoltojärjestelmä, ja sen piirissä on ollut suuri osa maamme väestöstä. Terveydenhuoltojärjestelmämme yksi keskeisin ja tutuin toteutusmalli on pitkään ollut terveyskeskusten omalääkärijärjestelmä. Viime vuosikymmenien aikana julkinen terveydenhuoltomme on kuitenkin joutunut mittavien haasteiden eteen. Nämä haasteet ovat seurausta muuttuneista vaatimuksista niin palvelun tuottajien, kuin asiakkaiden eli kuntalaisten, terveydenhuollon toteutusta ja tavoitteita kohtaan. Myös aiemmin niin toimivaksi koetun omalääkärijärjestelmän toimivuutta on täten jouduttu tarkastelemaan uudelleen.

Tutkin tässä Pro gradu- työssä suomalaista perusterveydenhuollon toteuttamista, ja tarkemmin sen sisältämän avoterveydenhuollon vastaanotto toiminnan eri järjestämistapoja. Työssäni paneudun niihin syihin jotka ohjaavat vastaanotto toiminnan suunnittelua ja toteutusta. Työni koostuu kirjallisuuskatsauksesta, jossa selvitän maamme perusterveydenhuollon rakenteita, sekä sen toteuttamista ja kehittämistä ohjaavia tekijöitä. Tämän ohella työni käsittelee tutkimusaineistoa, joka on kerätty tätä tutkimusta varten Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon organisaatiolta. Johtopäätelmien laadinnassa on tätä työtä varten kerätyn empiirisen aineiston ohella hyödynnetty aiemmin Tampereen kaupungin terveystalveluiden työntekijöiltään keräämää aineistoa.

Tutkimuksen tulokset osoittavat konkreettisesti sen, että jatkuva toiminnan arviointi ja kehittäminen niin sisäisten kun ulkoistenkin vaatimusten johdosta on välttämätöntä myös terveydenhuollon sektorilla. Jotta suomalaisille voidaan tarjota laadukasta julkista terveydenhuoltoa, tulee terveyskeskusten palveluita kehittää dynaamisesti nyt ja tulevaisuudessa.

SISÄLLYSLUETTELO

I JOHDANTO.....	5
1. Tutkimusaiheen kuvaus	5
1.1 Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset.....	8
1.2 Tutkimuksen kohdeorganisaatio	10
1.3 Tutkimusmenetelmät.....	13
1.3.1 Kirjallisuuskatsaus.....	14
1.3.2 Case- tutkimus	14
1.4 Tutkimuksen tavoite.....	16
II TEOREETTINEN VIITEKEHYS	18
2. Perusterveydenhuolto.....	18
2.1 Perusterveydenhuollon käsite	18
2.2 Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta	19
2.2.1 Terveyskeskusten vastaanottotoiminnan haasteet	20
2.2.2 Terveyskeskusten vastaanottotoiminnan kehittäminen	21
3. Perusterveydenhuollon palvelut sekä vertailu	23
3.1 Käytössä olevia vastaanottomalleja	25
3.1.1 Perinteinen vastaanottomalli	26
3.1.2 Carve out- malli.....	27
3.1.3 Omalääkäri- omahoitaja malli	28
3.1.4 Listautumismalli	30
3.1.5 Kanavamalli.....	31
3.1.6 Oma lääkärisi toimintakonsepti	33
3.1.7 Pikavastaanotto.....	34
3.1.8 Puhelinvastaanotto sekä sähköinen asiointi	35

3.2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen vertailu.....	37
4. Katsaus kansallisiin hankkeisiin ja esiselvityksiin	39
4.1 Kaste-ohjelma	39
4.2 Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma	41
4.3 Hyvä vastaanotto- hanke	43
4.4 Potku- hanke	45
4.5 Terveempi Pohjois- Suomi- hanke.....	47
4.6 Parempi arki- hanke	49
5. Vastaanottotoiminnan kehittämisen keskeiset periaatteet	51
5.1 Palvelujen tuottavuus	51
5.2 Palvelujen vaikuttavuus	53
5.3 Palvelujen laatu	55
6. Tampereen kaupungin perusterveydenhuolto	56
III POHDINTA	58
7. Empiirinen analyysi ja johtopäätökset.....	58
7.1 Tutkimuksen lähtökohta.....	59
7.2 Katsaus nykyhetkeen.....	60
7.3 Case Tampere.....	64
7.4 Päätelmät.....	70
7.5 Kriittinen tarkastelu sekä jatkotutkimusaiheet.....	75
LÄHTEET	77
LIITTEET	86
Liite 1. KYSELY LINNAINMAAN TERVEYSASEMA, LÄÄKÄRIT	86
Liite 2. RYHMÄHAASTATTELU, LINNAINMAAN TERVEYSASEMA, SAIRAAHOITAJAT.....	88

I JOHDANTO

1. Tutkimusaiheen kuvaus

Tämä johdantokappale esittelee tämän tutkimuksen kohdeorganisaation ja tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät. Ensimmäiseksi esitellään tutkimuksen aihe ja tämän jälkeen tutkimusongelma sekä tutkimuskysymykset. Lopuksi esitellään vielä tutkimuksen tavoite.

Julkisen sektorin rooli terveyspalveluiden järjestäjänä on useissa maissa ollut perinteisesti suuri. Myös pohjoismaissa, kuten Suomessa, julkinen terveydenhuolto on muodostanut perustan hyvinvointivaltion olemassaololle. Julkisen sektorin suurta roolia terveyspalveluiden järjestäjä on perusteltu muun muassa oikeudenmukaisuuden sekä tasa-arvon näkökulmasta. (Sinervo ym. 2010, 22.) Sosiaali- ja terveydenhuolto on yksittäisenä toimialana kuntien isoin tehtävä. Esimerkiksi Tampereella kunnan työntekijöistä noin kolmannes työskenteli sosiaali- ja terveyspalveluiden alaisissa tehtävissä vuonna 2013 (2013 henkilöstötilinpäätös, 6.) Lakisääteisten perusoikeuksiin kuuluvien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä kuuluu kunnille. Edellä mainitut palvelut kunta voi tuottaa itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. (Kuntaliitto, a.)

Kuten Poutvaara esityksessään 2000-luvun alussa totesi, julkisessa terveydenhuollossa niukkoja resursseja jaetaan lähtökohtaisesti jonottamalla ja priorisoimalla. Yksityinen sektori on myös perinteisesti nähty innovatiivisempänä toimijana terveyspalveluiden kehittämisessä verrattuna julkisen sektorin toimijoihin. (Poutvaara 2005.) 2010-luvulle tultaessa tilanne on muuttunut, ja edelleen niukkoja resursseja jaetaan tänä päivänä myös terveydenhuollon rakenteita ja palveluita kehittämällä. Tästä hyvänä esimerkkinä voidaan pitää Kaste-ohjelmaa, joka on Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma vuosille 2012-2015. Ohjelmassa tavoitellaan terveyserojen kaventumista sekä asiakaslähtöisempiä rakenteita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamiseksi. (Kaste 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma, 3.)

Vuonna 2010 julkaistussa VTT:n tutkimusraportissa esiteltiin terveysasematoimintojen vertailua Tampereella. Tutkimusraportissa vertailtiin muun muassa avosairaanhoidon käytössä olevia vastaanottomalleja Lielahden terveysaseman sekä Pihlajalinnan Omapihlajan terveysaseman yksiköissä. Tällöin Lielahden terveysasemalla työ oli organisoitu siten, että omalääkäri hoiti asiakkaitaan irrallisena muusta hoitohenkilökunnasta. Terveysaseman asiakkaan lääkäri oli lähtökohtaisesti aina sama, mutta erikseen nimettyä hoitajaa asiakkaalla ei ollut. Omapihlajassa puolestaan oli käytössä lääkäri-hoitaja työparimalli, jossa asiakkaan lääkäri sekä hoitaja pysyivät samoina. Lielahden terveysaseman ajanvaraus toteutui keskitetyn ajanvarausjärjestelmän kautta, Omapihlajassa puolestaan asiakas varasi ajan vastaanotolle suoraan omahoitajalta. (Heikkilä ym. 2010.)

Elokuussa 2013 kahdella Tampereen kaupungin terveysasemalla aloitettiin kokeilu, jossa vastaanotto toiminta järjestettiin perinteisen omalääkärille suoritettavan ajanvarauksen ohella niin sanotun listautumismallin mukaan. Nämä terveysasemat olivat Linnainmaan terveysasema sekä Tesoman terveysasema. Listautumismallissa asiakas voidaan ohjata oman terveysasemansa ensimmäiselle vapaalle lääkärille omalääkärin sijasta. Tämän vastaanottomallin tavoitteena oli nopeuttaa hoitoon pääsyä, sekä tasata työkuormaa terveysasemilla. Kokeilun ulkopuolelle jätettiin pitkäaikaisairaat. Listautumismallin katsotaan palvelevan parhaiten juuri satunnaista hoitoa tarvitsevia henkilöitä, sen sijaan jatkuvassa hoitosuhteessa olevien kuntalaisten hoito toteutettiin edelleen omalääkärin mallin mukaisesti. (Tampereen kaupunki, b.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 47§ mukaan kuntalainen on voinut valita vuoden 2011 alusta miltä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän terveystalvelunsa hankkii. Terveysasemaa on voinut vaihtaa enintään kerran vuodessa ja se on tehtävä kirjallisesti. Vuodesta 2014 terveysaseman on voinut valita myös yli kuntarajojen. Aamulehdessä julkaistiin 22.3.2015 artikkeli liittyen Tampereen kaupungin terveysasemien toimintaan, ja artikkelissa käsiteltiin myös vuoden 2014 tilastoja terveysasemien hoitoon pääsystä, asiakastyytyvääisyydestä sekä vaihtamisesta. Tilastojen valossa tyytyväisimmät asiakkaat löytyivät niiltä terveysasemilta joille hoitoon pääsyn aika oli lyhyin. Näille terveysasemille vaihtoi myös enemmän asiakkaita muilta terveysasemilta. Kuten Tampereen kaupungin terveyden ja toimintakyvyn

edistämisen tilaajayksikön suunnittelupäällikkö Mika Vuori artikkelissa toteaa, terveysaseman vaihtamiseen vaikuttaa terveysaseman sijainnin ohella palvelun taso sekä hoitoon pääsyn odotusaika. (Aamulehti 22.3.2015, A4-A7.)

Listautumismallin kokeilun vaikutusta on vaikea arvioida edellä esitetyn tilaston perusteella, koska se otettiin käyttöön vasta elokuussa 2013. Vuonna 2014 Linnainmaan ja Tesoman terveysasemien asiakkaiden tyytyväisyys saamiinsa terveyspalveluihin ja aikataulujen pitävyyteen oli kaikkien Tampereen terveysasemien joukossa keskiluokkaa. Tilastoista näkyvä huomionarvoinen seikka on kuitenkin se, että pitkään omalääkäri- omahoitaja vastaanottomallilla toiminut Kehräsaaren omapihlajan terveysasema sai vuonna 2014 ylivoimaisesti eniten uusia asiakkaita. Vastaavasti Hatanpään terveysasema on menettänyt eniten asiakkaita (noin 500), sen jälkeen kun terveysaseman vaihtaminen tuli mahdolliseksi vuonna 2011. Hatanpään terveysaseman vastaanottopalvelut toteutetaan siten, että omalääkäri vastaanottaa asiakkaansa irrallisena muusta henkilökunnasta. (Aamulehti 22.3.2015, A4-A7; Tampereen kaupunki, a.)

Tampereen kaupungin kokeilu terveyspalveluiden toteutuksen järjestämisestä vaihtoehtoisella tavalla on hyvä esimerkki lakisääteisten palveluiden kehittämisestä asiakaslähtöisemmäksi kuntatasolla. Sitä voidaan pitää myös välttämättömyytenä vastata niin kuntalaisten kasvaneisiin tarpeisiin, kuin lainsäätäjän vaatimuksiin sillä hetkellä käytössä olevilla resursseilla. Se on myös osoitus terveyden edistämisen parissa toteutettujen hankkeiden sekä tehdyn tutkimustyön tulosten jalkauttamisesta osaksi jokapäiväistä toimintaa. Palveluiden vaikuttavuuden lisääminen, asiakastyytyväisyyden toteutuminen, väestörakenteenmuutos sekä taloudellisesti kapeampi liikkumavara pakottaa kunnat miettimään jatkuvasti vaihtoehtoisia malleja lakisääteisten palveluiden tuottamiseksi. Vastaavaa työtä tehdään luonnollisesti myös muualla Suomessa. Esimerkiksi Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä otettiin käyttöön vuoden 2014 aikana toimintamalli jossa perusterveydenhuollon asiakkaat jaettiin kahteen eri segmenttiin. Ensimmäisen segmentin muodostivat pitkäaikaissairaant asiakkaat, jotka käyttivät merkittävästi terveyspalveluita, ja toisen satunnaisesti terveyspalveluita käyttävät asiakkaat. Ensimmäisen segmentin asiakkaat ohjattiin pysyvään moniammatilliseen hoitoketjuun, ja toisen segmentin asiakkaat nopean hoidon

piiriin, jossa hoitohenkilökunta määräytyi saatavuuden perusteella. (Järjestämissuunnitelma 2014–2017, 27- 28.) Tämä kyseinen palvelunjärjestämismalli muistuttaa suuresti nyt Tampereen kaupungilla kokeilussa olevaa vaihtoehtoista toimintamallia avosairaanhoidon vastaanottojen toteuttamisesta.

Tässä tutkimuksena keskeisenä lähdeaineistona perusterveydenhuollon kehittämisen tutkimiseen, ja erityisesti terveyskeskusten vastaanotto toiminnan organisoimisen muutoksiin, käytetään Kaste- ohjelman hankkeita. Näiden hankkeiden sisällön ja tulosten tutkiminen on perusteltua, koska ensinnäkin tutkimustieto on uutta, ja toiseksi osana tätä tutkimusta oleva Tampereen kaupungin perusterveydenhuolto ja sen avopalvelut on ollut mukana useissa Kaste- ohjelman hankkeissa. Perusterveydenhuollon kehittämiseen on viime vuosina panostettu Suomessa paljon, ja tämä näkyy myös maamme tuloksissa kansainvälisessä vertailussa. Siksi uusimman tutkimustiedon hyödyntäminen on edellytys vaikuttavuuden tavoitteen saavuttamiselle tämänkaltaisessa tutkimuksessa. Tampereen kaupungin perusterveydenhuollon yksiköt ovat puolestaan viime vuosina osallistuneet Kaste- ohjelman eri hankkeisiin, ja tämän vuoksi kyseisten hankkeiden synnyttämän tiedon hyödyntäminen tässä tutkimuksessa on perusteltua.

1.1 Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset

Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon palveluiden järjestämisen muutoksesta mielenkiintoisen tekee se, että avopalveluiden vastaanotto toimintaa on kehitetty paljon viime vuosina. Yksityiseltä palveluntuottajalta hyväksi havaitun omalääkäri-omahoitaja- mallin rinnalle ollaan tuomassa myös listautumiseen perustuvaa vastaanottomallia, jonka käytöllä kuntalaisten hoitoon pääsyä pyritään nopeuttamaan satunnaisen hoidon tarpeessa. Omalääkäri- omahoitajamallin käyttöönotto on hidasta, koska se vaatii lisäresursseja henkilöstön määrään. Toisaalta listautumismallin juurruttaminen osaksi terveysasemien vastaanotto toimintaa vaatii sen tutuksi tuomista niin henkilöstölle kuin kuntalaisillekin. On selvää että tämän kaltaiset muutokset vaikuttavat terveysasemien toimintaan monella eri tasolla. Asiaa voidaan tarkastella

henkilöstön näkemyksien pohjalta, asiakkaiden kokemusten perusteella sekä työn tuottavuutta ja vaikuttavuutta tutkimalla.

Tarkastelen pro gradu- tutkielmassani sitä, mitkä ovat vastaanottotoiminnan kehittämisen haasteet ja millaisena tulevaisuuden vastaanottopalvelut nähdään. Pro gradu- tutkielmani voidaan jakaa kahteen osaan. Tutkimusongelma on edellä mainittu terveysasemien vastaanottotoiminnan kehittämisen haasteet ja tulevaisuus. Sen tavoitteena on tuottaa lisäarvoa päätöksentekoon suunniteltaessa julkisen terveydenhuollon avopalveluiden vastaanottotoiminnan toteutusta. Viitekehyksenä vastaanottotoiminnan kehittämisen tarkastelulle toimii tässä tutkimuksessa Kaste-ohjelman useat eri kehittämishankkeet. Näiden kehittämishankkeiden sisällön tarkastelulla pyrin löytämään niitä tekijöitä jotka mahdollistavat vastaanottopalveluiden kehittämisen. Tutkin työssäni sitä, millaisia eroja eri palveluiden järjestelymalleilla on vastaanottopalveluiden toteuttamisen osalta, eli käytännössä sitä millaisin perustein asiakas ohjautuu terveysaseman vastaanotolle.

Toinen keskeinen osa tätä työtä on case- tutkimus Tampereen kaupungille. Case- tutkimuksessa suoritetaan interventio Linnainmaan terveysasemalle, ja sen avulla selvitetään terveysaseman vastaanottomallien toimivuutta kyseisen terveysaseman hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Case- tutkimuksessa selvitetään lääkäreiden ja hoitajien näkemyksiä siitä, mikä on heidän kantansa käytössä oleviin palvelumalleihin, ja millaiset vastaanottomallit he näkevät toimivammaksi oman työnsä kannalta. Tämän intervention tavoitteena on tuottaa lisäarvoa Tampereen kaupungille suunnittelutyöhön, joka tähtää yhtenäisen terveydenhuollon avopalvelumallin käyttöönottoon.

Oletusarvona tälle tutkimukselle voidaan pitää sitä, että yhtä ainoa ja oikea tapaa organisoida terveysaseman vastaanottotoimintaa ei ole olemassa, vaan tavoitteena on löytää käytössä olevien mallien hyviä ja huonoja puolia eri tilanteissa. Kuntien tulee myös huomioida omat yksilölliset ominaispiirteensä, sekä kuntalaisten palvelutarpeet terveyspalveluiden toteutusta suunniteltaessa. Näen tämän aiheen olevan erittäin ajankohtainen Sote- uudistuksen ollessa pinnalla, koska se vaikuttaa väistämättä kuntiin niiden suunnitellessa terveydenhuoltopalveluidensa organisointia. Rakenteelliset muutokset, kuten väestön ikääntyminen, ei ainakaan vähennä painetta jota julkisten terveydenhuoltopalveluiden suunnittelijat ja päättäjät kohtaavat työssään. Varsinkin

Suomessa ikääntyminen tulee olemaan erityisen nopeaa tulevina vuosina (Erhola ym. 2013, 7). Terveydenhuoltolain mahdollistaman terveysaseman vaihdon tilastot tulevat tulevaisuudessa kertomaan osaltaan sen, mitkä terveysasemat pystyvät vastaamaan asiakkaiden kasvaviin ja monimuotoisimpiin tarpeisiin.

Tälle tutkimukselle on asetettu kaksi keskeistä tutkimuskysymystä, joihin pyritään vastaamaan tutkimalla avoterveydenhuollon vastaanotto toiminnan toteutusta ja siihen liittyviä kehityshankkeita. Lisäksi työhön sisältyvälle case- tutkimukselle on asetettu oma tutkimuskysymys. Nämä tutkimuskysymykset kuuluvat seuraavasti:

- Millaisin tavoittein perusterveydenhuollon vastaanottopalveluita tulisi kehittää?
- Millaisia vaatimuksia perusterveydenhuollon vastaanottopalveluille tulisi asettaa?
- Mitkä ovat henkilöstön näkemyksen mukaan keskeisiä tekijöitä Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon vastaanottopalveluiden organisointia suunniteltaessa?

Edellä mainittuja tutkimuskysymyksiä tarkastellaan lähtökohtaisesti Kaste- ohjelman kehittämishankkeiden pohjalta. Osana tätä tutkimusta toteutettavan intervention Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon terveysasemalle tavoite on kehittää toimintaa paikallisesti, jolloin tutkittavat asiat eroavat osittain kahdesta ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä.

1.2 Tutkimuksen kohdeorganisaatio

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitteitä liittyen terveydenhuoltoon, sen käyttäjiin sekä sen toteuttamiseen. *Perusterveydenhuolto* on terveydenhuoltolain (L 1326/2010) 3§ toisen momentin mukaista kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuraamista sekä terveyden edistämistä. Se on yksi osa terveydenhuoltojärjestelmää. Tässä tutkimuksessa keskitytään perusterveydenhuollon *avosairaanhoidon* palveluiden tutkimiseen.

Terveyskeskuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon yksikköä jossa kuntalaiselle tarjotaan perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluita.

Terveyskeskus jossa kuntalaiselle tarjotaan palveluita voi olla kunnan oma tai kuntayhtymän yhteinen, se voi olla myös ulkopuolisen palveluntarjoajan yksikkö jolta kunta hankkii terveystalut ostopalveluna. (Sosiaali- ja terveysministeriö, a.) Terveystalutuksen alaisuudessa voi toimia useita eri yksikköjä joista käytetään nimitystä *terveysasema*.

Vastaanottotoiminnalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen tuottamia hoitajien ja lääkärin vastaanottoja (sosiaali- ja terveysministeriö, a). Vastaanottotoiminnan sisällön painopiste keskittyy tässä tutkimuksessa hoidon tarpeen arviointiin, sekä hoidon toteutukseen. On kuitenkin tärkeä huomata että vastaanoton tavoite on usein myös ennaltaehkäisevä ja asiakasta hoitoon osallistava. Vastaanoton luonne voi olla ajanvaraukseen perustuva tai päivystysluontoinen, ja se voidaan järjestää usealla eri tavalla.

Vastaanottomallit ovat keskeisessä roolissa tässä tutkimuksessa. Niillä tarkoitetaan erilaisia tapoja organisoida terveysaseman vastaanoton toteutusta. Vastaanottomallien toimintaa ja organisointia tarkastellaan tässä tutkimuksessa pääasiassa Kaste-ohjelman osaohjelmien toimintamalleilla, sekä Tampereen kaupungin olemassa olevilla terveysasemien vastaanottopalveluiden toimintamalleilla. Tutkimuksen kannalta mielenkiintoisinta on se millaisia eroja eri vastaanottomalleilla on. Tässä tutkimuksessa pyritään tuomaan esiin niitä tekijöitä joiden pohjalta vastaanottomalleja voidaan vertailla. Näitä tekijöitä voivat olla esimerkiksi hoitoon pääsyn aika, diagnoosi tai asiakkaan asuinpaikka.

Ulottuvuuksilla tarkoitetaan niitä tekijöitä joiden pohjalta terveysasemilla käytössä olevia vastaanottomalleja arvioidaan. Tässä tutkimuksessa nämä ulottuvuudet ovat tuottavuus, vaikuttavuus sekä laatu. Tuottavuudella tarkastellaan terveysasemien suorituskykyä, vaikuttavuudella vastaanottopalveluiden kehittämisellä aikaansaatuja vaikutuksia ja laadulla terveystalutuksen asiakkaan kokemaa laatua.

Asiakas on tässä tutkimuksessa kuntalainen joka käyttää terveyskeskuksen tuottamia avosairaanhoidon palveluita. Joissakin tilanteissa asiakkaasta voidaan käyttää myös nimitystä potilas asiayhteyden selvyden vuoksi.

Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu terveyskeskusten vastaanotto toimintojen suunnitteluun ja toteutukseen. Koska tavoitteena on selvittää erilaisten vastaanottomallien käyttöä, tutkimuksen ulkopuolelle rajataan lähtökohtaisesti vastaanotolla tapahtuvan hoidon yksilöllinen luonne ja terveyden edistämisen tavoitteet. Sen sijaan tarkastelun kohteena ovat terveyskeskusten vastaanotto toiminnan tavoitteet vaikuttavuuden, tuottavuuden, asiakastytyväisyyden sekä henkilöstön näkökulman kannalta. Toki on selvää että esimerkiksi terveyden edistämisen tavoitteiden toteutuminen tai toteutumatta jääminen vaikuttaa valittuihin tarkastelun kohteisiin, tutkimuksen tarkoituksena on joka tapauksessa tarkastella ilmiöitä organisaation, ja erityisesti henkilöstön näkökulmasta.

Terveyskeskuksissa työskentelee useiden eri terveydenhuollon ammattiryhmien edustajia. Monipuolisten ja vaihtelevien tehtävien vuoksi, sekä tutkimusaiheen hallinnan kannalta, tässä tutkimuksessa keskitytään lääkärin vastaanotto työhön terveyskeskuksessa. Lääkärin kanssa yhteistyössä toimii useita eri terveydenhuollon ammattihenkilöitä joita tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoitajina. Käytännössä siis puhuttaessa lääkäri-hoitaja työparista voi lääkärin työparina olla perus-, lähi-, terveyden-, tai sairaanhoitaja. Lisäksi hoitaja voi tietyissä tilanteissa olla esimerkiksi fysio-, tai toimintaterapeutti.

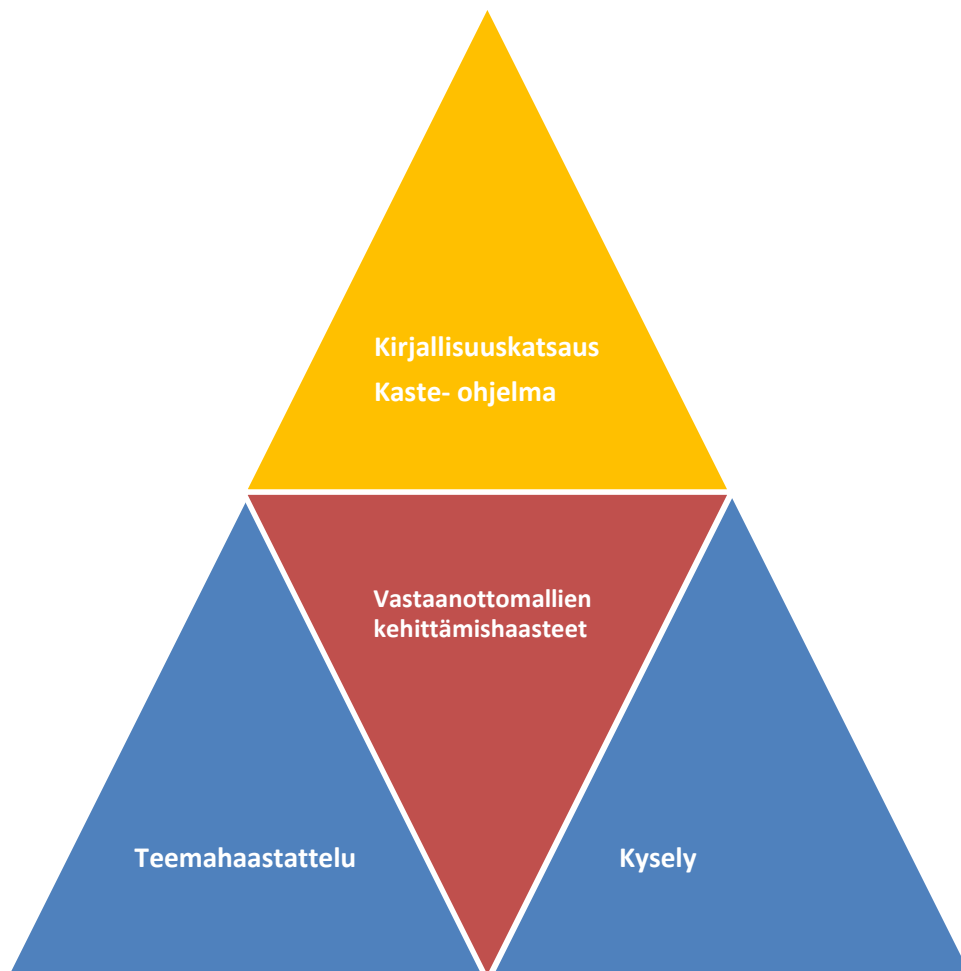
Terveyskeskuksen kuntalaisille tarjoamat perusterveydenhuollon palvelut ovat kattavat ja pitävät sisällään huomattavan määrän erilaisia palveluja (Perusterveydenhuolto 2013). Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan ainoastaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotto toimintaa sekä sen ilmiöitä. Näin ollen esimerkiksi työterveyshuolto sekä terveyskeskuksen alaiset mielenterveys- ja päihdetyö rajataan tutkimuksen ulkopuolelle.

Terveyskeskusten tuottamia avoterveydenhuollon palveluja voidaan toteuttaa myös muualla kuin terveysasemalla. On tilanteita jossa vastaanotto järjestetään asiakkaan kotona, tai palvelut viedään tarjolle sinne missä asiakkaat on helppo tavoittaa, kuten kauppakeskukseen (ks. terveyskioski). Tutkimuksen luonteen perusteella muut kuin terveysasemilla tapahtuvat vastaanotot on rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

1.3 Tutkimusmenetelmät

Tässä tutkimuksessa aineiston hankinta toteutetaan kahdella erillisellä metodilla. Kaste-ohjelman hankkeiden sisältöä analysoidaan kirjallisuuskatsauksessa, joka esittelee aiheen aiemman tutkimuksen sisällön tähän tutkimukseen valitun teoreettisen viitekehyksen sisällä. Tämän teoreettis-käsitteellisen osan havaintojen ja analyysin pohjalta vertaillaan empiiristä aineistoa, joka tähän tutkimukseen kerätään Tampereen kaupungilta. (Hirsjärvi ym. 1997, 258- 259.)

Empiirisen aineiston kerääminen toteutetaan kahdella tavalla. Linnainmaan terveysaseman lääkäreiden näkemyksiä tutkitaan kyselyn avulla, ja saman terveysaseman hoitajien näkemyksiä puolestaan tarkastellaan temahaastattelun pohjalta. Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma.

1.3.1 Kirjallisuuskatsaus

Kaste- ohjelman eri osaohjelmien vertailu luo pohjan tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaukselle. Kirjallisuuskatsaus on kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä, jonka avulla pyritään analysoimaan aineistoa narratiivien avulla. Narratiivit mahdollistavat asioiden ymmärtämisen, sekä niiden väliset riippuvuudet. (Hirsjärvi ym. 1997, 217- 218.)

Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, että aineistosta pyritään löytämään selittäviä tekijöitä tietyille toiminnalle. Useiden eri Kaste- ohjelman osaohjelmien sisällön tarkastelun ja analysoinnin avulla pyritään selittämään niitä ilmiöitä, jotka vaikuttavat terveysasemien avopalveluiden toteuttamiseen. Näiden tekijöiden järjestäminen ja analysointi tähtää tässä tutkimuksessa johtopäätösten luomiseen siitä, mitkä eri tekijät luovat haasteita terveysasemien toiminnan kehittämiseksi.

1.3.2 Case- tutkimus

Tämän tutkimuksen case- osion tutkimusstrategiaksi on valittu sekä kvantitatiivinen survey- tutkimus, että kvalitatiivinen teemahaastattelu. Linnainmaan terveysaseman lääkäreiltä kerätään tietoa Survey- tutkimuksella, ja toisaalta saman terveysaseman hoitajilta tietoa kerätään teemahaastattelulla. Lisäksi case- tutkimuksessa hyödynnetään valmista aineistoa joka kerätty kyselyllä Tampereen kaupungin avopalveluiden lääkäreiltä keväällä 2015.

Survey- tutkimuksen ominaispiireinä on Robsonin (1995) mukaan standardoidussa muodossa kerätty tieto joukolta ihmisiä. Tässä tutkimuksessa aineisto kerätään kyselyllä Linnainmaan terveysaseman lääkäreiltä keväällä 2015. Survey- tutkimuksen ominaispiirteiden mukaan perusjoukosta poimitaan otos yksilöitä, tässä tapauksessa perusjoukkona toimivat Tampereen kaupungin terveyskeskuslääkärit ja tutkimuksen otos kerätään Linnainmaan terveysaseman lääkäreiltä. Saadun tutkimusaineiston perusteella vertaillaan käytössä olevien avoterveydenhuollon vastaanottomallien toimivuutta. (Hirsjärvi ym. 1997, 134- 135.)

Teemahaastattelulla kerätään tietoa Linnainmaan terveysaseman hoitajilta liittyen vastaanottotoiminnan toimivuuteen heidän omalla terveysasemallaan. Teemahaastattelu toteutetaan yhtenä ryhmähaastatteluna noin tunnin kestävässä tilaisuudessa. Tähän tutkimukseen valittiin haastattelumuodoksi ryhmähaastattelu, koska tavoitteena oli saada aikaan vapaata keskustelua tutkittavasta aihepiiristä. Haastateltavien sairaanhoitajien lukumäärästä johtuen ryhmähaastattelu sekä äänitetään että videoidaan. Ryhmähaastattelu toteutetaan Linnainmaan terveysasemalla keväällä 2015. (Hirsjärvi ym. 1997, 208- 211.)

Sekä kvantitatiivisen-, että kvalitatiivisen tutkimusmenetelmien valinnat tämän tutkimuksen strategioiksi valikoituivat kyseessä olevien menetelmien keskeisten tekijöiden ja ominaispiirteiden vuoksi. Tässä tutkimuksessa niiden voidaan nähdä tukevan toisiaan, ja tuottavan sitä kautta lisäarvoa empirian analysointiin ja johtopäätösten tekemiseen. Lisäksi valmiiksi saadun aineiston analysointi tarjoaa syvyyttä ja luotettavuutta johtopäätelmien tekemiselle.

Kvantitatiivisen tutkimuksen kannalta on tärkeää, että tutkittavasta aiheesta on luotu johtopäätöksiä aiemman tutkimuksen perusteella, sekä se että tutkittavasta aiheesta on olemassa aiempia teorioita. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii esittämään hypoteeseja sekä määrittelemään käsitteitä tutkittavasta aiheesta. Aineiston kerääminen tulee toteuttaa siten, että se soveltuu määrälliseen tulosten esittämiseen ja koehenkilöt ovat valittu siten että edustavat osaa tutkittavasta perusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 1997, 140.)

Kun edellä esitettyjä kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä asioita verrataan tämän tutkimuksen valintoihin, voidaan sen avulla perustella kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttö tässä tutkimuksessa. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan toteutuksesta on olemassa tutkimustietoa joiden pohjalta toimintatapoja ja käytänteitä on viime vuosina pyritty kehittämään. Tästä hyvänä osoituksena on Tampereen kaupungin terveysasemien vertailu vuodelta 2010. Hypoteesien esittäminen tämän kaltaisen tutkimuksen pohjalta on luonnollista, koska mitattavien muuttujien esiintyminen saatetaan havaita mahdollisesti vasta useiden vuosien kuluttua siitä, kun avoterveydenhuollon vastaanottopalveluiden toteuttamista mahdollisesti muutetaan. Syynä tähän on luonnollisesti se, että terveydessä esiintyvien muutosten ilmaantuminen vie pidemmällä kymmeniäkin vuosia. Linnainmaan

terveysaseman lääkärit soveltuvat hyvin kvantitatiivisen tutkimuksen otokseksi, koska siellä työskentelee sekä useita vuosia virassa olleita kokeneita lääkäreitä, kuin hiljattain työelämään tulleita lääkäreitä. Tämän vuoksi otokseen saadaan useamman vastaanottomallin mukaisesti työtään suorittaneita lääkäreitä jotka edustavat hyvin tutkimuksen perusr ryhmää.

Myös kvalitatiivisen näkökulman käyttö on perusteltua tässä tutkimuksessa. Linnainmaan terveysaseman hoitajille toteutettavan teemahaastattelun tavoitteena on löytää niitä yksityiskohtia jotka kuvaavat todellisen elämän tilanteita heidän työpaikallaan. Teemahaastattelun tavoitteena onkin kuvata valitun tutkimuskohteen sen hetkistä tilannetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ja tämän tiedon pohjalta löytää niitä yksittäisiä tekijöitä joiden avulla toimintaa voidaan kehittää koko terveyspalvelusektorin alueella. (Hirsjärvi ym. 1997, 160- 161.)

Kvalitatiivisen näkökulman käyttöä osana tätä tutkimusta puoltaa myös kohdejoukko, eli Linnainmaan terveysaseman sairaanhoitajat. Kyseinen rajattu tutkimusjoukko ei ole valikoitunut tähän tutkimukseen satunnaisotoksen perusteella, vaan heidät on valittu heidän kokemuksensa ja työympäristönsä perusteella. Tutkimusjoukko on kokenutta ammattihenkilöstöä joilla on taustaa erilaisten vastaanottomallien parissa työskentelystä, ja mikä keskeisintä, he ovat osana pilottihanketta jossa listautumismallia testataan Tampereen kaupungin avopalveluissa. Tämän lisäksi heidän terveysasemallaan ollaan ottamassa lähitulevaisuudessa käyttöön työparimalli, joka on myös keskeisessä osassa tätä tutkimusta. (Hirsjärvi ym. 1997, 164.)

1.4 Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa lisäarvoa kansallisesti avoterveydenhuollon vastaanotto toiminnan kehittämiseen. Tarkemmin kuvailtuna tutkimuksen tavoite on löytää niitä haasteita, joita ratkaisemalla kuntalaisille pystytään tarjoamaan parempia julkisia terveydenhuollon palveluita heidän omilla terveysasemillaan. Tähän tavoitteeseen pyritään pääsemään aineiston systemaattisella analysoinnilla, luokittelulla ja kuvailulla.

Tutkimuksen tavoite on myös tuottaa lisäarvoa case- tutkimuksen muodossa Tampereen kaupungin terveysasemien vastaanottotyön suunnitteluun ja organisointiin. Paremmin organisoiduilla avoterveydenhuollon palveluilla säästetään julkisia varoja, saadaan tyytyväisempiä asiakkaita sekä paremmin työssään viihtyviä työntekijöitä. Käytössä olevien vastaanottomallien vertailulla pyritään löytämään hyväksi havaittuja toimintamalleja edelleen jatkossa käytettäväksi, ja toisaalta nostaa esiin epäkohtia joita kehittämällä terveysasemien vastaanottoa voidaan muuttaa toimivammaksi. Tämä tutkimus on luonteeltaan selittävä, koska tässä työssä tavoitteena on tunnistaa syitä onnistuneille ja ongelmia aiheuttaneille ilmiöille. Yhtä lailla tätä tutkimusta voidaan pitää myös ennustavana, koska tutkittavien ilmiöiden seuraukset ilmenevät vasta pitkän ajan kuluttua. (Hirsjärvi ym. 1997, 137- 139.)

II TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2. Perusterveydenhuolto

Seuraavaksi tarkastellaan kirjallisuuskatsauksen puitteissa perusterveydenhuoltoa, sekä siihen liittyviä keskeisiä toimintoja etenkin tämän tutkimuksen kannalta. Ensimmäiseksi käydään läpi perusterveydenhuollon käsitteistö, sekä maassamme käytössä olevat yleisimmät perusterveydenhuollon vastaanottomallit. Tässä yhteydessä luodaan myös katsaus perusterveydenhuollon kansainväliseen vertailuun, ja niin ikään tarkastellaan tarkemmin myös case- tutkimuksen kohdeorganisaatiota. Kappale pitää sisällään myös katsauksen ajankohtaisiin kehittämishankkeisiin sekä periaatteisiin joiden avulla perusterveydenhuollon vastaanottoa pyritään maassamme kehittämään.

2.1 Perusterveydenhuollon käsite

Perusterveydenhuolto on yksi osa kattavaa terveydenhuollon kokonaisuutta joka esitetään kuviossa 2. Terveydenhuollon muodostavat terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy, sairaanhoito, kuntoutus sekä saattohoito. Sairaanhoito käsittää perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon. (Isokoski 1988, 14.)



Kuvio 2. Terveydenhuollon rakenne.

Perusterveydenhuollon (Primary Health Care) yleinen kansainvälinen määritelmä on esitetty Maailman terveysjärjestö WHO:n julistuksessa vuonna 1978. Sen mukaan perusterveydenhuolto käsittää yhteisön terveysongelmiin vaikuttavan toiminnan väestön tarpeiden mukaan. Toiminta pitää sisällään edistävän, ennaltaehkäisevän, parantavan ja kuntouttavan toiminnan toteutusta. (WHO 1978, 4-5.)

Perusterveydenhuollon olemassa oloa ja toimivuutta ei voida globaalisti pitää itsestäänselvyytenä. Suomen tilannetta tarkasteltaessa yhteiskuntarakenteiden kehitys on luonut perustan toimivalle perusterveydenhuoltojärjestelmälle. Suomi on kehittynyt maatalousyhteiskunnasta teollisuusyhteiskunnan kautta palveluyhteiskunnaksi. Kansainvälisessä tarkastelussa maamme luokitellaan hyvinvointivaltioksi sosiaalisen turvallisuuden, kattavan koulutusjärjestelmän sekä toimivan terveydenhuollon vuoksi. Keskeinen ohjaava tekijä perusterveydenhuollon kehittymiselle luotiin vuoden 1972 kansanterveyslailla ja sen ohjaamalla terveyskeskusjärjestelmällä. Samalla kun Suomi on kehittynyt hyvinvointivaltioksi, myös julkisen sektorin kulut ovat kasvaneet jatkuvasti. Tämä on luonnollista, koska panostukset muun muassa terveydenhuollon palveluihin ovat kasvaneet, samalla kun julkisen sektorin henkilöstön määrä on lisääntynyt. (Hautamäki ym. 1990, 21- 27.)

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007) uudisti perusterveydenhuollon rakenteita merkittävästi. Tällöin perusterveydenhuollon väestöpohjaksi säädettiin 20 000 henkeä (L 169/2007, 5 §). Muutos pakotti pienempien kuntien muodostamaan yhteistoiminta-alueita jotta väestöpohjan minimimäärä perusterveydenhuollon palveluiden järjestämiseksi toteutui.

2.2 Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta

Kuntalaisen tutuin, ja usein lähin hoitopaikka on terveyskeskus. Terveyskeskus tuottaa kunnan järjestämät terveydenhuollon palvelut, sekä seuraa ja edistää kuntalaisten terveyttä. Terveyskeskus tarjoaa useita erilaisia terveydenhuollon palveluita, kuten hoitajan ja lääkärin vastaanottoja. Palveluita käyttävät niin lyhytaikaista hoitoa tarvitsevat potilaat, kuin pitkäaikaissairaat. Palveluiden sisältö vaihtelee hoidon tarpeen

arvioinnista vuodeosastohoitoon, ja tarvittaessa pitää sisällään myös potilaan ohjauksen erikoislääkärin tai erikoissairaanhoidon piiriin. Akuuttihoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan tilanteen mukaan heti joko terveyskeskuksen päivystyksessä, tai sairaaloiden yhteispäivystyksissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, a.)

Tämän tutkimuksen kannalta perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kiinnostavin osa-alue on erilaiset vastaanottomallit jotka ohjaavat terveyskeskusten, sekä niiden sisällä terveysasemien toimintaa. Vastaanottokäytänteiden vaikutukset kuntalaisten hoitoon pääsyyn, työntekijöiden hyvinvointiin, asiakkaiden tyytyväisyyteen sekä kuntalaisten terveyteen ovat merkittäviä tekijöitä terveyspalveluiden toteuttamista suunniteltaessa. Käytössä olevat resurssit, sekä rahoittajatahon vaatimukset panostuksilla aikaansaaduista vaikutuksista ohjaavat merkittävästi terveyspalveluiden suunnittelua ja toteutusta. Kun tähän lisätään vielä kunnan yksilölliset ominaispiirteet palvelutarpeiden kysynnän puolesta, on käsillä oleva hallittava kokonaisuus moniulotteinen ja jatkuvasti muuttuva.

2.2.1 Terveyskeskusten vastaanottotoiminnan haasteet

Terveyskeskusten lääkärinvastaanotto on perinteisesti toiminut ajanvarausjärjestelmän ohjaamana siten, että lääkäri on vastaanottanut kolme potilasta tunnista. Kiireellistä hoitoa vaativat toimenpiteet on hoidettu päivystyksessä, joka on myös toiminut ajanvarausvastaanottoon perustuvan hoidon apujärjestelmänä. Lääketieteen ja hoitoprosessien kehittymisen seurauksena perinteinen vastaanottotoiminta ei pysty enää vastaamaan nykypäivän terveydenhuollon vaatimuksiin. Konkreettisia syitä tähän ovat muun muassa moniammatillisen hoitotyön vaatimukset, asiakkaiden odotusten ja vaatimusten lisääntyminen, lainsäädäntö sekä rahoittajatahojen vaatimukset hoitotyön tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta. (Kinnunen ym. 2010, 8-9.) Haasteet hoitohenkilökunnan rekrytoinnissa ja terveyskeskustyön houkuttelevuuden puute aiheuttaa ongelmia työn suunnitteluun. Tästä osoituksena on esimerkiksi 2000-luvun alussa lisääntynyt vuokratyövoiman käyttö terveyspalveluiden toteuttamisessa (Myllymäki 2006, 11).

Suomessa tuli voimaan vuonna 2005 hoitotakuu, jonka perusteella asiakkaan on saatava välittömästi yhteys terveyskeskukseen virka-aikana, ja että hoidon tarpeen arviointiin tulee päästä kolmen arkipäivän kuluessa. Kiireelliseen hoitoon on puolestaan päästävä heti. Mikäli hoidon tarpeen arvioinnin seurauksena potilas tarvitsee lääketieteellistä hoitoa, on siihen päästävä kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. (L 855/2004, § 15 b.) Hoitotakuun tavoitteena on ollut yhtenäistään kansalaisten pääsyä terveydenhuollon palvelujen piiriin, sekä poistaa terveysalan henkilöstövajetta (Kinnunen ym. 2010, 9). Tilastot kuitenkin osoittavat, että hoitotakuu ei ole taannut kuntalaisten pääsyä terveyspalveluiden piiriin sen vaatimusten mukaisesti. Keväällä 2013 15 % suomalaisista asui sellaisessa kunnassa jossa lääkärin vastaanotolle pääsi alle kahdessa viikossa. Yli 30 % suomalaisista joutui yhä odottamaan lääkärin vastaanotolle pääsyä vähintään viisi viikkoa. (Erhola ym. 2013, 9.)

Kuten esimerkiksi kansanterveyslain 12§ ja 13§ pykälissä säädetään, kunnan tehtäviin kuuluu kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. On selvää, että onnistuneella terveyden ja hyvinvoinnin aktiivisella edistämällä terveyspalveluiden niukkoja resursseja säästetään ja pystytään kohdentamaan paremmin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että panostuksia voitaisiin käyttää tehokkaammin moniongelmaisten ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevien potilaiden hoitamiseen. Perinteisen vastaanottomallin käyttö terveyskeskuksissa johtaa monesti siihen, että lääkärin rooli potilaan hoidossa on passiivinen. Terveyttä edistävien ja sairauksia ennaltaehkäisevien toimien toteutus vaatii entistä aktiivisempaa otetta perusterveydenhuollon toteuttamiseen. (Kinnunen ym. 2010, 10.) Tähän on helppo yhtyä jo tilastojenkin valossa, koska hoitotakuun voimaantulon jälkeen hoitoon pääsemisen ajat ovat yhä pitkittyneet (Erhola ym. 2013, 9).

2.2.2 Terveyskeskusten vastaanottotoiminnan kehittäminen

Myllymäki(2006) esittelee raportissaan TERVEYSKESKUS 2015- terveyskeskustyön tulevaisuus toimenpide-ehdotuksia terveyskeskusten toiminnan parantamiseksi. Raportin toimenpide-ehdotukset on jaoteltuun kuuteen teemaan jotka ovat:

1. Terveyskeskusten perustehtävän määrittely
2. Potilaslähtöisyyden vahvistaminen
3. Osaamisen ja laadun kehittäminen
4. Terveyskeskuksien kansallinen verkosto
5. Tutkimuksen ja kehittämisen tukeminen informaatioteknologian keinoin
6. Organisaation ja toiminnan kehittäminen

Toimenpide-ehtotusten taustalla nähdään olevan tarve vastata terveystalouden tuottamisen tulevaisuuden haasteisiin. Vanhojen toimintamallien käytön ei nähdä enää tarjoavan riittävää vaikutusta tämän päivän terveydenhuollon vaatimukseen, joten terveyskeskusten kehittäminen on välttämätöntä. (Myllymäki 2006, 3, 30.) Tämän tutkimuksen kannalta raportin mielenkiintoisimmat teemat ovat potilaslähtöisyyden vahvistaminen, sekä organisaation ja toiminnan kehittäminen. Olkoonkin että jokainen edellä mainittu teema tukee toistaan, eikä niiden välille voida vetää selvää rajaa.

Potilaslähtöisyyden vahvistaminen tunnustetaan tärkeäksi kehittämishaasteeksi osana terveyskeskusten kehittämistä. Uusien toiminta- ja palvelumallien käyttöönottamisella nähdään olevan positiivisia vaikutuksia siihen, että erilaisiin tarpeisiin pystytään vastaamaan, ja eri väestöryhmiä pystytään palvelemaan paremmin ja tasapuolisemmin. Asiakkaan varaaman lääkäriajan voidaan nähdä vastaavan pääasiassa aktiivisen väestön kysyntään. Kuntalaisten tarpeisiin vastaaminen ei yleisellä tasolla kuitenkaan tällä mallilla toteudu. Vakavasti sairast ja heikosti hoitoon motivoituneet henkilöt jäävät usein passiivisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelle, ja tämä lisää entistä enemmän kuntalaisten terveyseroja. Potilaslähtöisyydellä tavoitellaan terveyserojen kaventumista kohdistamalla palvelut entistä paremmin niitä tarvitseville. Keinoja tähän ovat esimerkiksi kuntalaisten osallistaminen terveystalouden suunnitteluun, potilaiden valinnanvapauden lisääminen, sekä ylikuntarajojen tapahtuvan asioinnin helpottaminen. (Myllymäki 2006, 14- 15, 31.)

Organisaation ja toiminnan kehittämisen lähtökohdaksi voidaan nähdä yhteistyön merkityksen keskeisyys. Yhteistyötä tulee parantaa niin terveydenhuollon eri toimijoiden, kuin ammattilaistenkin välillä. Terveystaloudjärjestelmässä toimii kunnallinen perusterveydenhuolto (terveyskeskukset), sairaanhoitopiiri/ sairaala sekä yksityiset terveystalouden tuottajat. Eri toimijoiden yhteistyön kehittäminen tukee

toinen toistaan, ja sitä kautta sen merkitys on tärkeää myös yksittäisen terveystieteiden toiminnan kannalta. Organisaatiotasolla yhteistyön merkitys voidaan nähdä entistä parempien hoitoketjujen kehittämisellä. Perusterveydenhuollon ammattiryhmien käsityksen hoitoketjun toiminnasta tulee olla yhtenevä, jotta hoitoketju voi toimia tehokkaasti ja asiakaslähtöisesti. Tämän vuoksi hoitotyön suunnitteluun pitää ottaa mukaan kaikki tahot jotka vastaavat hoitotyön toteutuksesta, sekä myös potilaiden edustaja. (Myllymäki 2006, 23- 24, 32- 33.)

Uusi terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011. Laissa kuntalaisen vapautta valita sekä hoitopaikkansa, että häntä hoitavan terveydenhuollon ammattihenkilön, lisättiin vaiheittain. Myös julkisen terveydenhuollon laadunhallinnan suunnitelmallisuutta, sekä hoitoketjujen toimivuutta parannettiin. Uuden terveydenhuoltolain tarkoituksena on myös tehostaa hoitotakuun toteutumista sekä terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä organisaatiotasolla. Yhteistyön toimivuutta parannettiin muun muassa edellyttämällä sairaanhoitopiirin kunnilta perusterveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Laki myös edellyttää kuntia huomioimaan terveyttä edistävien toimenpiteiden tavoitteet ja toteutus entistä paremmin. (Tiedote 432/2010.)

Uuden terveydenhuoltolain suunnittelussa näytetään huomioitujen perusterveydenhuollossa esiintyviä ongelmia ja muutostarpeita. Edellä mainitut toimenpiteet näyttävät selvästi pyrkimyksen parantaa perusterveydenhuollon toimivuutta niin organisaatiotasolla, kuin asiakastytyväisyyden perspektiivistä. Useat muutokset terveydenhuoltolaissa näyttäisivät olevan vastaus koettujen ongelmien ehdotettuihin parannuksiin, ja sitä kautta kokonaisvaltaisesti parempaan julkiseen perusterveydenhuollon toteutukseen.

3. Perusterveydenhuollon palvelut sekä vertailu

Perusterveydenhuollon järjestämisestä säädetään Kansanterveyslaissa (66/1972). Kuten edellä mainitun lain ensimmäisen luvun 1§ momentissa mainitaan, perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.

Kansanterveyslain alainen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, ja aluehallintovirastot ohjaavat sekä valvovat näitä toimia alueellisesti (L 66/1972, 2.1- 2.2§.)

Lakia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) sovelletaan perusterveydenhuollon suunnitteluun ja toteutukseen. Lain 4§ pykälän mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät seuraavilla eri tavoilla:

1. Toiminnan järjestäminen itse.
2. Sopimusperustaisesti yhdessä toisen tai toisten kuntien kanssa.
3. Olemalla jäsenenä tehtäviä hoitavassa kuntayhtymässä.
4. Hankkimalla palvelut valtiolta, kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta.
5. Sitoutumalla maksamaan palvelun käytön antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin jolla palvelunkäyttäjä hankkii palvelun kunnan hyväksymältä yksityiseltä palveluntuottajalta.

Kuntien saamat valtionosuudet muodostavat merkittävän osan perusterveydenhuollon rahoituksesta, tämän vuoksi kunnan onkin osoitettava riittävät voimavarat terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen ja terveyden edistämiseen. Näiden tehtävien hoitamiseksi kunnalla on oltava käytössä riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä, sekä riittävät toimitilat sekä välineistö palveluiden tuottamiseksi. (L 1326/2010, 4§.)

Lainsäädäntö määrittää raamit joiden puitteissa yksittäinen kunta voi järjestää perusterveydenhuollon kuntalaisille parhaaksi katsomallaan tavalla. Vuonna 2015 Suomessa on 317 kuntaa joista 107 on kaupunkeja (Kuntaliitto, b.) Väestön ikä-, tarve- ja palvelurakenne vaihtelee suuresti kunnittain, joten on luonnollista että terveyspalveluiden järjestämisen toteutus vaihtelee suuresti eri kuntien välillä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena vertailla Suomessa käytössä olevia avoterveydenhuollon vastaanottomalleja, ja sen avulla selvittää millaisia haasteita vastaanottomallien suunnittelussa tulee ottaa huomioon. Tämän vuoksi on keskeistä ensin selvittää mitä erilaisia tapoja Suomessa on tällä hetkellä käytössä avoterveydenhuollon palveluiden toteutuksessa.

3.1 Käytössä olevia vastaanottomalleja

Perusterveydenhuollon päivittäisiä perustehtäviä suoritetaan terveyskeskuksen alaisten terveysasemien vastaanotoilla. Luonteeltaan nämä tehtävät ovat sairaanhoidollisia, ennaltaehkäiseviä ja terveyskasvatuksellisia. Asiakkaiden kanssa tapahtuvan välittömän kanssakäymisen ohella terveysasematyöskentely pitää sisällään sähköistä asiointia ja puhelimessa tapahtuvaa työskentelyä. (Kinnunen ym. 2010, 32.) Tietämyksen lisääntyminen, sekä teknologian kehittyminen on mahdollistanut uusien toimintatapojen hyödyntämisen myös perusterveydenhuollon vastaanottoiminnalle. Toisaalta niukat resurssit, kasvavat asiakasmäärät ja tuloksellisen toiminnan vaatimukset ovat myös pakottaneet kuntia ja terveyskeskuspalveluiden suunnittelijoita järjestelemään vastaanottoiminnan toteutusta uudelleen. Terveyskeskuksen vastaanottopalvelut voidaan järjestää erilaisia malleja käyttämällä ja niitä yhdistelemällä. Kuntalain (365/1995) 2§ mukaan kunta järjestää itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa tehtävät, sekä lailla sille säädetyt tehtävät. Lainsäädäntö ohjaa voimakkaasti terveyskeskusten toimintaa, mutta osa kunnan terveyskeskuksissa tarjoamista palveluista voi perustua myös vapaaehtoisuuteen. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/1992) määrittelee raamit keinoille kuinka kyseiset palvelut järjestetään.

Kunnan väestörakenteiden ominaispiirteet, sekä edellä mainitut säätely- ja ohjauskeinot luovat tilanteen jossa ei ole yhtä ja ainoaa tapaa järjestää terveyskeskusten vastaanottoimintoja. Seuraavaksi esitellään Suomessa käytössä olevia vastaanottomalleja. Katsaus on rakennettu esimerkkien pohjalta ja ei ole tyhjentävä, koska käytännössä malleja voisi olla yhtä monta kuin on palveluntarjoajiaakin. Vastaanottomalleja pyritään tarkastelemaan niin henkilöstön kuin asiakkaidenkin näkökulmasta huomioimalla niiden edut sekä kehittämishaasteet. Tämä kirjallisuuskatsaus luo edellytykset johtopäätelmien tekemiselle siitä, millaisin perustein ja tavoittein avoterveydenhuollon vastaanottopalveluita tulisi kehittää tulevaisuudessa.

3.1.1 Perinteinen vastaanottomalli

Perinteisessä terveyskeskuksen vastaanottomallissa jokaisella kuntalaisella on asuinpaikan perusteella määräytyvällä terveysasemalla omalääkäri. Hoitajat sen sijaan työskentelevät kaikkien potilaiden sekä lääkäreiden kanssa työtilanteen mukaan. Asiakkaan varatessa aikaa terveysasemalle hänen lääkärinsä on siis lähtökohtaisesti aina sama, mutta hoidossa mahdollisesti mukana oleva hoitaja vaihtelee. Asiakkaan hakeutuessa ainoastaan hoitajan vastaanotolle tilanne on luonnollisesti sama, tällöin asiakkaat otetaan vastaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Hoitajan tekemän hoidontarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle varataan tarvittaessa aika omalääkärin vastaanotolle. (Heikkilä ym. 2010, 9-11.)

1990- luvun alussa testattu ja Suomessa paljon käytetty omalääkärijärjestelmä ei pysty enää tänä päivänä vastaamaan sellaisenaan nykypäivän terveydenhuollon tarpeisiin ja vaatimuksiin. Syynä tähän nähdään olevan muun muassa liian suuriksi paisuneet potilasmäärät, asiakkaiden lisääntyneet vaatimukset sekä terveysasemien jatkuva lääkäripula. Asiaa on tutkinut muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön ylilääkäri Arto Vehviläinen. Hänen mukaansa väestöpohjaan perustuva omalääkärijärjestelmä toimisi, mikäli lääkärin väestövastuu olisi noin 1000- 1500 potilasta, kun potilasmäärä alkaa lähennellä 2000 potilasta niin lääkärit kokevat työnsä pakkotahtiseksi ja raskaaksi. (Yle uutiset, 2013.) Perinteisessä omalääkärijärjestelmässä isona ongelmana nähdään myös olevan asiakaslähtöisyyden vähäisyys. Suomalaista terveydenhuoltoa on myös kritisoitu tästä syystä OECD:n toimesta. (Kantonen 2014, 37.)

Omalääkärijärjestelmän käytöstä on luovuttu suurissa määrin ympäri Suomea. Syitä omalääkärijärjestelmän purkamiseen on lukuisia, esimerkiksi lääkärin vastustus joka näkyy jatkuvana lääkäripulana terveysasemilla. (Kantonen 2014, 36; Kokko 2015.) Valinnanvapauden puute näyttäytyy lääkäreiden kannalta siinä, että mikäli potilaat määräytyvät muuten kuin diagnosoiperusteisesti ei lääkärin omaa mielenkiintoa voida huomioida työn sisällön suunnittelussa. Myös lainsäädännön uudistuksilla, kuten uudella terveydenhuoltolailla (1326/2010), on ollut väistämättä vaikutusta omalääkärijärjestelmän toimivuuteen koska potilaan vapautta valita hoitopaikkansa on lisätty (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 7, 18).

Omalääkärijärjestelmästä on saatu paljon kokemuksia ja se on ollut Suomessa käytössä pitkään. Omalääkärijärjestelmän ehdottomia hyviä puolia ovat vastuunjaon selkeys hoidon toteutuksesta sekä lääkäri-potilassuhteen tuttuus, joka on luonnollisesti niin asiakkaan kuin lääkärinkin etu. Edellä mainitut syyt ovat juuri niitä joita omalääkärijärjestelmän kehittämällä aikoinaan myös tavoiteltiin. (Kuntatyönantajat 2004, 18- 19.)

Omalääkärijärjestelmä nähtiin aiemmin toimivana ja selkeänä tapana tuottaa terveyskeskuksen lääkäripalvelut kuntalaisille. Esimerkiksi 1990- luvun puolivälissä hoitoon pääsy oli nopeaa, eikä terveydenhuoltoalan ammattilaisista ollut pulaa. Tuolloin puolet maamme väestöstä oli parhaimmillaan omalääkärimallin piirissä. Hallinnolliset uudistukset etenkin 2000- luvun aikana ovat kasvattaneet väestövastuualueiden kokoa, ja samalla terveydenhuollon ammattilaisista, ja varsinkin lääkäreistä, on tullut pulaa. Tähän kun lisätään terveydenhuoltoalan kehitys, ja yhä monipuolisemmat tehtäväkokonaisuudet niin yhä useampi taho on kokenut omalääkärijärjestelmän olevan riittämätön tapa järjestää terveyskeskuksen lääkäripalveluiden tarjonta. (Kokko ym. 2009. 8-16.)

3.1.2 Carve out- malli

Carve out- malli muistuttaa luonteeltaan hyvin pitkälti perinteistä vastaanottomallia. Erona perinteiseen malliin on se, että carve out- mallissa kiireellistä hoitoa tarvitsevat asiakkaat pyritään ohjaamaan hoitoon ennalta varattujen vastaanottoaikojen lomassa. Tällöin hoitava lääkäri määräytyy terveyskeskuksen sen hetkisen tilanteen mukaan, eikä jatkuvaa hoitosuhdetta ole mahdollista pitää yllä. Terveysasemien vastaanotoille voidaan myös jättää avoimia vastaanottoaikoja kiireellisten asiakkaiden varalta, tämä kuitenkin pidentää kiireettömään hoitoon tulevien asiakkaiden hoitoon pääsyn aikoja. Carve out- malli aiheuttaa ongelmia siinä, että kiireelliseen hoitoon tuleva asiakas saattaa todellisuudessa olla kiireettömän hoidon tarpeessa ja näin ollen hän ohittaa toisen asiakkaan joka on aiemmin varannut itselleen vastaanottoajan terveysasemalta. (Murray & Berwick 2003, 1036- 1037.)

Carve out- malli on Suomessa yleinen tapa järjestää terveyskeskusten vastaanottotoimintaa. Koska akuuttihoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrää on mahdotonta tietää etukäteen, perustuu käytössä olevien henkilöresurssien määrä arvioon. Tämä voi johtaa Väihinpään (2009) työssään esittämään tilanteeseen (ks. Lillrank 2004, 58- 59), jossa hoitohenkilökunnan kapasiteettiä jää käyttämättä. Toisaalta tilanne voi johtaa myös Pesosen (2013) näkemyksen mukaan siihen, että hoitohenkilökunnan työaikaa on lisättävä jotta kaikki asiakkaat saadaan hoidettua. (Murray & Berwick 2003, 1036- 1037.)

3.1.3 Omalääkäri- omahoitaja malli

Omalääkäri- omahoitaja mallissa asiakkaalle on ennalta määrätty sekä omahoitaja että omalääkäri jotka toimivat työparina hoitotilanteessa. Ajanvaraus tapahtuu joko suoraan omahoitajan kautta, joka puhelimesta arvioi hoidontarpeen ja tarvittaessa varaa ajan itselleen tai työparinaan toimivalle asiakkaan omalääkärille, tai terveyskeskuksen keskitetyn ajanvarauksen kautta (ks. Tampereen kaupunki, b). Keskeinen ero perinteiseen vastaanottomalliin on hoitajan rooli asiakkaan hoidossa. Perinteisessä mallissa ajanvaraukset tapahtuvat joko terveyskeskuksen päivystyksestä tai kunnan keskitetystä ajanvarauspalvelusta. Omalääkäri- omahoitaja mallissa asiakkaan ajanvarauksesta vastaa pääasiassa omahoitaja. Etuna perinteiseen vastaanottomalliin voidaan pitää terveyskeskuspalveluiden joustavuutta, koska omahoitaja pystyy tarvittaessa konsultoimaan asiakkaan omalääkäriä lyhyelläkin varoitusajalla. Omahoitaja oppii myös tuntemaan asiakkaansa paremmin koska asiakasmäärä on pienempi kuin perinteisessä vastaanottomallissa. (Kinnunen ym. 2010, 10- 13.)

Omalääkäri- omahoitaja mallista käytetään myös yleisesti nimitystä työparimalli. Tämän päivän yksi keskeisimmistä vaatimuksista myös terveydenhuollon piirissä on asiakaslähtöisyys, ja työparimalli on yksi vastaus siihen. Kuten THL:n aloitteesta vuodelta 2013 todetaan, perusterveydenhuollon organisaatioiden rakennetta tulee kehittää asiakaslähtöisyys tavoitteena. Aloitteesta mainitaan lääkärin ja hoitajan tiimityön merkityksestä hoitoprosessin toteutuksessa. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että alkuvaiheessa lääkäri laatii asiakkaan hoidosta tilannearvion jonka pohjalta

ensisijainen kontaktivastuu siirtyy asiakkaan omahoitajalle. Kokonaisvastuussa hoidon toteutuksesta on silti omalääkäri. (Erhola ym. 2013, 47.)

Suomessa on 2000- luvulla toteutettu useita hankkeita joiden tavoitteena on ollut terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen vastaamaan tämän päivän tarpeita. Yksi näistä on Terveydenhuolto 2000- luvulle hanke, jonka aikana useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa on uudistettu työnjaon organisointia. Useissa terveyskeskuksissa otettiin tämän myötä käyttöön myös hoitajien vastaanottoajat niin akuuttihoidon, kuin pitkäaikaissairaiden seurantakäyntien osalta. Tämä muutos vaikutti keskeisesti työnjakoon lääkäreiden ja hoitajien välillä. (Peltonen 2009, 42.)

Terveydenhuollon hallinnon edustajien mukaan työnjaon lisäämistä lääkäreiden ja hoitajien välillä puoltaa usea seikka. Näitä ovat taloudelliset raamit, henkilöstön käytettävyyttä sekä ammattitaidon hyödyntäminen. Nämä muutokset nähdään toimiviksi nimenomaan perusterveydenhuollon, kuten terveysasemien vastaanottopalveluiden, toiminta-alueilla. Tehtäviä siis ole tarkoitus siirtää ammattiryhmältä toiselle, vaan tarkastella eri hoitovastuualueiden organisointia. (Peltonen 2009, 47.)

Myös kansainvälinen tutkimus puoltaa työnjaon uudelleen organisointia lääkäreiden ja hoitajien välillä. Italiassa tehdyn tutkimuksen (Sakr ja työryhmä 1999) mukaan nuorten lääkäreiden ja hoitajien välillä ei ollut eroja potilaiden tutkimisen tarkkuudessa ja hoidon suunnittelussa. Tiimityötä tukeva työympäristö lisää myös sairaanhoitajien kokemaa työtyytyväisyyttä, ja sellaiset organisaatiot jossa tiimityötä lääkärin ja hoitajan välillä tuetaan, koetaankin sairaanhoitajien keskuudessa houkuttelevimpina työpaikkoina. Tämän ohella on myös raportoitu tuloksia Yhdysvalloista, joiden mukaan lääkäreiden ja hoitajien muodostamat tiimit saavat aikaan korkeampaa potilastyytyväisyyttä kuin perinteisellä tavalla toimiva terveydenhuollon henkilöstö. (Ks. Peltonen 2009, 43- 45.)

Kun tiedetään tämän päivän tilanne Suomessa jossa lääkäreistä on pulaa, ja terveyskeskuksissa työskentelevät lääkärit ovat suurelta osin nuoria, niin näitä faktoja ei voida sivuuttaa suunniteltaessa terveysasemien päivittäisten toimintojen organisointia. Hoitajien monipuolisempi osallistuminen potilaiden hoitoon näyttää myös tukevan

asiakaan omahoidollisia resursseja joka nähdään keskeisenä suuntauksena tämän päivän perusterveydenhuollon toteuttamisessa. (Peltonen 2009, 47.)

3.1.4 Listautumismalli

Listautumismallin keskeisenä erona omalääkäri- omahoitaja malliin on se, että asiakas voi niin halutessaan varata ensimmäisen vapaan ajan omalta terveysasemaltaan. Tällöin asiakkaan vastaanottaa omalla terveysasemallaan ensimmäisenä vapaana oleva lääkäri tai hoitaja. Listautumismallilla pyritään tarjoamaan nopeampaa ja joustavampaa palvelua terveyskeskuksen asiakkaille. Terveyspalvelun tuottajan näkökulmasta listautumismallilla on tavoiteltu käytössä olevien resurssien tasapuolisempaa jakautumista niin henkilöstön, kuin terveysasemienkin välillä. (TERKE 2010- 1234.) Listautumismallia voidaan kutsua myös edistyksellinen saatavuus- malliksi (Advanced Access Model). Tämän vastaanottomallin peruslähtökohtana on saattaa asiakas hoidon piiriin saman päivän aikana. (Murray & Berwick 2003, 1037.)

Listautumismallin mukaan toteutettava vastaanotto soveltuu parhaiten satunnaisia perusterveydenhuollon palveluita tarvitseville asiakkaille, pitkäaikaissairaiden hoidossa tuttu omalääkäri- omahoitaja työparityöskentely on yhä perusteltua. Suurin osa terveyskeskuksen asiakkaista käyttää terveyskeskuspalveluita satunnaisesti, ja listautumismalli tarjoaakin heille nopeamman hoitoon pääsyn. Asiakkaan niin halutessaan hän voi listautumismallista riippumatta varata ajan omalääkärille tai omahoitajalle, tällöin kuitenkin hoitoon pääsyn odotusaika on todennäköisesti pidempi. (Tampereen kaupunki, b.)

Listautumismalli ei ole suoranaisesti vastaanottomalli, se voidaan nähdä ennemminkin vaihtoehtoisena tapana ohjata terveyspalvelun asiakas hoidon piiriin. Tämän vuoksi etenkin asiakkaiden kokemuksia listautumismallin toimivuudesta on vaikea arvioida, varsinkin sen vuoksi että terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksen mukaan vastuu listautumisen toteuttamisesta ei ole asiakkaalla vain terveyspalvelun tuottajalla.

Suomessa listautumismallia on testattu 2010- luvulla eri terveysasemilla, esimerkiksi Helsingissä Kivikon, Kontulan ja Laajasalon terveysasemilla alkaen syksyllä 2010. Kokemukset listautumismallista olivat Helsingin kaupungilla pääsääntöisesti positiivisia

pilottihankkeen aloittamisen jälkeen. Listautumismallin nähtiin selkeyttävän vastaanottotoiminnan suunnittelua. Ajanvarauksen yhteydessä asiakas lähtökohtaisesti ohjattiin entuudestaan omalle työparilleen (lääkäri-hoitaja), mutta mikäli tämä ei ollut mahdollista niin tällöin hänet ohjattiin ensimmäiselle vapaalle työparille omalla terveysasemallaan. Listautumismallin käyttöönotto vaikutti myös positiivisesti lääkärihakanssien täyttöön pilottiin osallistuneilla terveysasemilla. (Helsingin kaupunki terveyslautakunta 2011.)

Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon kokemukset listautumismallista ovat ristiriitaisia, mutta se nähdään kehityskelpoisena lisänä vastaanottopalveluiden toteutuksessa. Terveys­huollon ammattihenkilöstön näkemyksen mukaan listautumismallin käytössä on potentiaalia vaikuttavampien terveys­palveluiden tarjoamiseksi, toisaalta sen toimivuutta kritisoidaan etenkin ajanvarauksen toimivuuden johdosta. Tampereen kaupungin listautumismallipilotin piirissä työskennelleet terveydenhuollon ammattilaiset painottavat voimakkaasti terveys­palvelun tuottajan vastuuta listautumismallin toimivan käytön edellytyksenä. Tätä tukee myös henkilökunnan näkemys siitä, että asiakkaat eivät tiedä mitä listautumismalli tarkoittaa tai mihin sillä pyritään.

3.1.5 Kanavamalli

Kanavamalli on Hämeenlinnan terveys­palveluissa vuosina 2010- 2014 kehitetty toimintamalli avosairaan­hoidon toimintojen toteuttamistavaksi. Kanavamalli perustuu terveyshyötymalliin (Chronic Care Model), jota on Suomessa toteutettu Kaste-ohjelman Potku- hankkeessa alkaen vuodesta 2010. (Hämeenlinnan kaupunki a, tiedotteet terveys­palvelut; Potku- hanke.)

Kanavamallin tavoitteena on ollut kehittää avosairaan­hoidon toimintaa palveluiden kysynnän lisääntyessä, samalla kun suhteelliset resurssit palveluiden tuottamiseen pienentyvät. Toiminnan tavoitteena on lisäksi ollut kansansairauksien hoidon parantaminen, joka omalta osaltaan nähdään olevan edellytyksenä vastata palveluiden tarpeeseen myös tulevaisuudessa. Kanavamallin kehittämistyön taustalla on ollut se, että Hämeenlinnan terveys­palveluiden jonot ovat kasvaneet, ja ikääntyvä väestö sairastaa

yhä useampia sairauksia samanaikaisesti. Lisääntyvän ja monipuolisemman hoidontarpeen aikana taloudelliset resurssit sanelevat käytössä olevan hoitohenkilökunnan määrän samalla, kun lääkärien saatavuus on ollut ongelmana. (Hämeenlinnan kaupunki a, tiedotteet terveyspalvelut.)

Kanavamallissa on luovuttu omalääkäri järjestelmän käytöstä, ja hoitoon pääsy on pyritty järjestämään asiakkaan tarpeen mukaan mahdollisimman kevyellä palvelurakenteella. Tämä on toteutettu siten, että tilapäisiä terveydenhuollon palveluita tarvitsevat asiakkaat ovat saaneet palvelunsa niin sanotusta episodikanavasta jossa toimii sairaanhoitajan, fysioterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan, päihdesairaanhoitajan sekä lääkärin muodostama moniammatillinen hoitotiimi. Hoitotiimin ohella asiakkaille tarjotaan ryhmätoimintaa sekä sähköisiä terveyspalveluita omahoidon tueksi. (Hämeenlinnan kaupunki a, tiedotteet terveyspalvelut.)

Pitkäisaikaissairaiden sekä korkeassa sairastumisriskissä olevien kuntalaisten palvelut on puolestaan järjestetty niin sanotussa terveyshyötykanavassa jonka toiminta on kokonaisvaltaista, ennakoitua sekä suunnitelmallista. Terveyshyötykanavan asiakkaalle on nimetty vastuuhoidtaja joka koordinoi asiakkaan hoitoa moniammatillisen tiimin tuella. Jokaiselle terveyshyötykanavan asiakkaalle laaditaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma, jossa merkillepantavaa on se että asiakas itse määrittää hoidon tarpeen sekä sen tavoitteet. Hoidon tuloksia seurataan aktiivisesti ja sähköisten terveyspalveluiden käyttöä lisätään jatkuvasti liittyen asiointiin ja omahoidon tukeen. (Hämeenlinnan kaupunki a, tiedotteet terveyspalvelut.)

Kanavamallin toimintaa johdetaan terveysasemille nimettyjen vastuuhoidtajien toimesta. Nämä palvelukoordinaattorit vastaavat toiminnan sujuvuudesta. Terveysasemilla toimivat moniammatilliset tiimit määrittävät toiminnalleen tavoitteet ja saavat palautetta niiden toteutumisesta. Yhteistyötä Hämeenlinnan kaupungin muiden toimijoiden sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa on kehitetty varsinkin ryhmätoiminnan toteuttamiseksi. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että asiakas on pyritty ohjaamaan terveyspalveluiden toteuttaman ryhmäjakson jälkeen suoraan johonkin edellä mainittujen toisten osapuolten ryhmään. Asiakkaiden osallistaminen palveluiden kehitykseen, toteutukseen ja oman hoitonsa suunnitteluun on merkittävässä roolissa osana kanavamallin toimintaa. (Hämeenlinnan kaupunki a, tiedotteet terveyspalvelut.)

Hämeenlinnan kaupungin terveystaluiden asiakkaista 5 %:lle voidaan tarjota terveyshyötykanavan mahdollistavat palvelut. Loput 95 % asiakkaista pyritään hoitamaan episodimallin mukaisesti jolloin tavoitteena on nopea hoitoon pääsy ja asiakkaan aktiivinen rooli osana hoidon toteutusta. (Hämeenlinnan kaupunki b, Hämeenlinnan kanavamalli.)

Kanavamalli nähdään potentiaalisena vaihtoehtona terveysasemien vastaanottopalveluiden organisoiminnin toteuttamisessa useastakin syystä. Se mahdollistaa useassa tapauksessa paremmin rajallisten resurssien käytön, sekä palveluiden saatavuuden. Suomessa on pitkään ollut pulaa lääkäreistä, varsinkin julkisella sektorilla, kanavamallin kevyempi palvelurakenne on myös vastaus tähän, sillä siinä asiakkaan hoidosta vastaa moniammatillinen tiimi. Terveystaluiden ammattilaisten muodostama tiimi vapauttaa lääkäreiden resursseja yksittäisten asiakkaiden hoidosta. Tällöin puhutaan nimenomaan satunnaisesti terveystaluiden käyttävästä asiakkaasta. Kanavamallin yksi keskeinen tavoite on osallistaa terveystaluiden asiakasta entistä voimakkaammin omahoidollisiin, sekä sähköisesti tapahtuviin toimenpiteisiin. Tämä itseohjautuvuuden lisääminen keventää entistä enemmän palvelurakennetta, ja mahdollistaa resurssien käytön tehokkaammin pitkäaikaissairaiden ja muiden useammin terveystaluiden käyttävien henkilöiden keskuudessa. (Yle uutiset 21.12.2012.)

3.1.6 Oma lääkärisi toimintakonsepti

Oma lääkärisi toimintakonsepti on yksityisen terveystaluidentuottaja Mediverkon toimintamalli. Se on käytössä muun muassa Espoossa, jossa Espoontorin terveysasema tuottaa ostopalveluna terveysasema palveluita kuntalaisille. Espoontorin terveysaseman asiakkaaksi on voinut listautua vuoden 2014 alusta myös toisen kunnan asukkaat. Vuonna 2013 tehdyn seurantalutkimuksen tulosten perusteella Oma lääkärisi toimintakonseptilla julkisia terveydenhuollon palveluita tuottava Espoontorin terveysasema on pystynyt tuottamaan julkisilla varoilla vaikuttavia ja kustannustehokkaita terveysasema palveluita. Vertailussa verrokkina käytettiin Espoon kaupungin omaa Kivenlahden terveysasemaa. (Raportti terveysasemapilotista Oma Lääkärisi Espoontori vs. Kivenlahti.)

Oma lääkärisi toimintakonseptin periaatteena on tuottaa terveysasemapalveluita asiakaslähtöisesti panostamalla palveluiden saatavuuteen, hoidon jatkuvuuteen, pitkäaikaissairaiden hoitoon sekä asiakkaiden omatoimiseen hoitoon ja terveyden edistämiseen. Hoidon laatua ja vaikuttavuutta arvioidaan useilla eri mittareilla joiden avulla hoidon järjestämistä ja työskentelytapoja kehitetään. (Terveyttä ja hyvinvointia Suomalaisille 2013, 25.)

Espoon torin terveysaseman hyvään hoitoon pääsyyn, tuottavuuteen, laboratorio- ja röntgentutkimusten rationaaliseen käyttöön sekä pienempään erikoissairaanhoidon läheteiden määrään on useita syitä. Näitä ovat onnistunut rekrytointi kokeneiden terveydenhuollon ammattilaisten osalta, mahdollisuus itsenäisempään toiminnalliseen päätöksen tekoon sekä pienempi henkilöstön vaihtuvuus. (Raportti terveysasemapilotista Oma Lääkärisi Espoon tori vs. Kivenlahti.) Yksityisen palveluntuottajan näkemyksen mukaan monituottajamalli julkisten terveyspalveluiden tarjoamiseksi nähdään niin asiakkaan, kuin toimijoidenkin etuna, koska se luo positiivista kilpailua tuottajien välille sekä lisää asiakastyytyväisyyttä. Edellytyksenä positiivisten vaikutusten aikaansaamiselle nähdään pitkäaikaiset kumppanuussuhteet julkisen ja yksityisen sektorin välillä. (Terveyttä ja hyvinvointia Suomalaisille 2013, 25.)

3.1.7 Pikavastaanotto

Pikavastaanotto tarkoittaa normaalia hoitajan tai lääkärin vastaanottoa huomattavasti lyhyempää vastaanottoaika. Käytännössä kyse on muutaman minuutin toimenpiteestä. Pikavastaanotto on tarkoitettu esimerkiksi kontrollikäynteihin, tiedossa olevan sairauden hoitoon tarvittavan lääkityksen määräämiseen tai sairausloman kirjoittamiseen. Pikavastaanotto voidaan toteuttaa erilaisilla toimintamalleilla kuten ajanvarauksen yhteydessä, osana päivystystoimintaa tai sisään rakennettuna lääkärin normaaliin työlistaan. Pikavastaanoton suurin hyöty on asiakkaan nopea hoitoon pääsy, sekä muun vastaanottotoiminnan resurssien säästäminen. Edellytyksenä pikavastaanotolle on puolestaan onnistunut hoidon tarpeen arviointi. (Taskinen ym. 2012, 31- 33.)

Kokemukset pikavastaanottomallin käytöstä muun vastaanottotoiminnan rinnalla ovat positiivisia. Esimerkiksi Helsingissä Kontulan terveysasemalla kokeiltiin yhden tai kahden lääkärin pikavastaanottoa terveyskeskuksen ajanvarauksen yhteydessä, ja sen todettiin vähentävän ajanvarauksen ruuhkautumista aamuisin. Suoritettuja toimenpiteitä olivat esimerkiksi reseptien uusimiset. Pikavastaanoton haasteina nähtiin olevan hoitajien suuri vastuu ohjata oikeat asiakkaat pikavastaanotolle ja asiakkaiden kokemukset palvelun laadusta. Lääkärin edellytyksenä toimia terveyskeskuksen pikavastaanotolla koettiin edellyttävän pitkää työkokemusta kyseisellä terveysasemalla. Hoitotyön laadun tarkastelun kannalta pikavastaanotto herättää kysymyksiä, se voidaan kuitenkin nähdä yhtenä keinona nopeuttaa potilaiden hoitoon pääsyä. Paikallisesti räätälöity pikavastaanotto voi tukea terveyskeskuksen muuta vastaanottotoimintaa, ja tämän vuoksi sen kehittämisen ja kokeilujen jatkamista suositellaan jatkossakin. (Taskinen ym. 2012, 31- 33.)

3.1.8 Puhelinvastaanotto sekä sähköinen asiointi

Virtuaalisella vastaanotolla sekä puhelinvastaanotolla terveysasemat voivat järjestää ajasta ja paikasta riippumattomia vastaanottopalveluita. Tällöin asiakas saa yhteyden terveyskeskukseen sähköisesti tai puhelimitse hoidon tarpeen arvioimiseksi tai hoidon saamiseksi. Virtuaalinen ja puhelinvastaanotto vastaa sisällöltään käyntiä terveyskeskuksesta, ja se edellyttää hoitohenkilökunnan suorittamaa kirjausta potilaskertomukseen. Hoidon sisältö voi olla parantavaa, lievittävää tai ennaltaehkäisevää aivan kuten terveyskeskusasioinninkin yhteydessä. Virtuaalisen ja puhelinvastaanoton tavoitteena on asiakkaan kannalta joustava ja nopea saatavuus, terveyspalvelun tuottajan kannalta se myös mahdollistaa resurssien tehokkaamman allokoinnin. Sähköinen asiointi mahdollistaa aiempaa helpommin toteutettavan vieraalla kielellä tapahtuvan asioinnin hyödyntämällä sähköisiä tulkkipalveluita. Teknologian hyödyntämisen etuna on myös aiempaa tehokkaampi potilaan osallistaminen mukaan hoitoon. Keskeinen huomio kaikessa etänä tapahtuvassa asioinnissa on se, että mikäli hoidon tarpeen arviointi niin osoittaa, asiakas tulee pystyä ohjaamaan ongelmitta perinteiselle terveyskeskuksen vastaanotolle. (Kinnunen ym. 2010, 46- 47.)

Suomen Lääkäriliiton hallitus hyväksyi suosituksen sähköisestä viestienvaihdosta potilas- lääkärisuhteessa marraskuussa 2014. Lääkäriliiton mukaan sähköinen asiointi on osa nykyaikaista terveydenhuoltojärjestelmää, ja se mahdollista useita eri tapoja joiden välityksellä asiakas voi olla yhteydessä terveystaloihin. Suosituksessa todetaan lääkärin vastuun olevan sähköisten viestienvaihdon yhteydessä verrannollinen perinteiseen hoitosuhteeseen. On selviö että sähköinen asiointi edellyttää toimivia ja varmistettuja järjestelmiä tietosuojan turvaamiseksi. Sähköisten viestienvaihtojärjestelmien käytön opastus niin hoitohenkilökunnalle kun asiakkaille onkin äärimmäisen tärkeää. (Sähköinen viestinvaihto potilas-lääkärisuhteessa, 2014.)

Sähköinen asiointi on kiinteä osa tätä päivää terveydenhuollossa, ja sitä hyödynnetään niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla kokoajan enemmän. Esimerkiksi terveystarkastus- ja hoitopalveluita voidaan toteuttaa sähköisesti. Lisäksi oirearviot ja sähköiset reseptit ovat nykyään käytettävissä. Sähköinen asiointi vapauttaa terveydenhuollon ammattilaisten resursseja niihin tehtäviin jotka pitää hoitaa fyysisesti terveysasemalla, ja sitä kautta parantaa sekä asiakastyytyväisyyttä, että henkilökunnan työssä jaksamista. (Manninen 2015.)

Sähköisen asioinnin hyviä puolia ovat potilasturvallisuuden lisääntyminen sekä asiakkaiden itseohjautuvuus. Etenkin itseohjautuvuuden parantuminen on välttämätöntä tämän päivän terveydenhuollossa, jonka on vastattava yhä laajempiin kokonaisuuksiin samoin tai vähenevin resurssein. Sähköisen asioinnin käyttö terveydenhuollossa tulee arvioida tapauskohtaisesti, ja on selvää että sitä ei voida hyödyntää kaikkien asiakkaiden kohdalla. Mikäli kyseessä on sairaus jonka hoidon toteutus on selkeää, ja samalla potilas omaa riittävät voimavarat asian hoitamiseksi, on sähköinen asiointi hyvä vaihtoehto osana hoidon toteuttamista. (Manninen 2015; Varinen 2014.)

Nykyteknologia mahdollistaa lääkärin vastaanottokäytänteiden entistä monipuolisemmat toteuttamistavat kuten Ronkainen (2014) artikkelissaan toteaa. Kuva- ja videoyhteyksien laatu, sekä mobiilisovellusten ja pikaviestipalveluiden tarjoaman mahdollisuuden hyödyntäminen tarjoaa yhä useammalle asiakkaalle vaivattoman pääsyn lääkärin vastaanotolle. Samalla terveydenhuoltopalveluiden niukkoja resursseja säästetään, ja niitä pystytään kohdentamaan entistä tehokkaammin. Etänä tapahtuvaa

terveydenhuoltoa ja virtuaalisia terveystalvaeluita kehittäessä tulee kuitenkin asiakkaan saama etu pitää toiminnan ensimmäisenä tavoitteena.

3.2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen vertailu

Suomessa kansanterveystyöllä on pitkät perinteet, ja maamme terveydenhuollon tasoa on perinteisesti pidetty korkeana myös kansainvälisesti. Tästä osoituksena voidaan pitää esimerkiksi sitä, että Suomi on usein mukana kansainvälisessä yhteistyössä globaalien terveysongelmien ratkaisemisessa. Tämä tutkimus tarkastelee terveydenhuollon järjestämistä kansallisella tasolla, mutta on myös tärkeää perehtyä siihen miten Suomi sijoittuu kansainvälisesti vertailtaessa perusterveydenhuollon toteuttamista.

Saltman ja Figueras luokittelevat Länsi- Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmät kahteen luokkaan jotka ovat verorahoitteiset terveydenhuollon järjestelmät, sekä vakuutusperusteiset terveydenhuollon järjestelmät. Verorahoitteista terveydenhuoltojärjestelmää edustavia maita kutsutaan Beveridge- mallin valtioiksi, ja vakuutusperusteista mallia Bismarck- malliksi. Suomen ohella Norja, Ruotsi sekä Iso-Britannia edustavat Beveridge- mallia terveydenhuoltojärjestelmän osalta. Yksi Bismarck- mallin tyyppi esimerkki puolestaan on Saksa. Vaikka esimerkiksi Suomen ja Iso- Britannian terveydenhuoltojärjestelmät rahoitetaan verovaroin, mallien sisällä terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä on silti useita eroja. Perusterveydenhuollon osalta suurimmat erot ovat siinä kuka palvelut tuottaa. (Jylhäsaari 2009, 12- 14.)

Perusterveydenhuollon palveluiden vertailu kansainvälisesti on haastavaa esimerkiksi edellä mainittujen järjestelmäerojen vuoksi. Lisäksi käytössä olevien terveydenhuollon toimintamallien laatumittareita on vähän. OECD on tuottanut tutkimustietoa esimerkiksi lääkärikäyntien kohdentumisesta, sekä asiakkaiden tyytyväisyydestä saamiinsa terveydenhuollon palveluihin. Vuoden 2000 tiedoista käy ilmi, että 26 valtion joukosta Suomessa, Portugalissa sekä Yhdysvalloissa lääkärikäynnit jakautuivat kansalaisten keskuudessa epäoikeudenmukaisemmin. Myös Suomessa on tutkittu vastaavaa asiaa

samankaltaisin tuloksin. (Erhola ym. 2013, 11.) Edellä mainittu tieto on merkittävä, ja se kertoo siitä että perusterveydenhuoltojärjestelmämme on tuottanut 2000- luvulle tultaessa lähinnä passiivisluonteisesti palveluita. Näitä palveluita käyttävät pääsääntöisesti aktiivisesti palveluihin hakeutuvat asiakkaat. Epäoikeudenmukainen jakautuminen perusterveydenhuollon palveluiden toteutumisen osalta kertoo siitä, että eniten kyseisiä palveluita tarvitsevat ihmiset eivät syystä tai toisesta niitä tavoita tai niihin hakeudu.

Perinteisesti suomalaiset ovat olleet tyytyväisiä maamme terveydenhuoltoon. 2000- luvun alussa tilanne kuitenkin heikkeni, ja vuonna 2007 suomalaiset olivat tyytymättömiä yleislääkäripalveluihin kuin muut eurooppalaiset. 27 tutkitun valtion joukosta Suomi oli sijalla 24 arvioitaessa yleislääkäripalveluiden saatavuutta. Myös hoidosta koituihin kustannuksiin olimme Euroopan tasolla keskimääräistä tyytymättömiä. (Erhola ym. 2013, 12.)

Uusimman tutkimustiedon mukaan panostukset julkisen terveydenhuollon toteutukseen ja vaikuttavuuteen ovat tuottaneet positiivisia tuloksia vertailtaessa Suomea muihin Euroopan valtioihin. Vuoden 2014 Euro Health Consumer Indexin mukaan Suomi sijoittui 36 valtion joukossa neljänneksi. Kyseinen indeksi on tuotettu vuosittain alkaen 2005, ja se koostuu julkisista tilastoista sekä potilaskyselyistä sekä Euroopassa että Kanadassa. Indeksillä mitataan terveydenhuollon toimivuutta ja asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa terveyspalveluihin. Vuonna 2013 Suomi oli vertailussa sijalla 10. Suomen parantunutta sijoitusta selitetään hoitoon pääsyn nopeutumisella, terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden parantumisella sekä hoidon hyvällä hinta-laatusuhteella. Raportin mukaan Suomella on yhä parannettavaa omalääkärille pääsyn nopeuttamisessa sekä toisen lääkärin mielipiteen saamisessa. (Euro Health Consumer Index 2014.)

4. Katsaus kansallisiin hankkeisiin ja esiselvityksiin

4.1 Kaste-ohjelma

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (L 733/1992) 5§ 1 momentin mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi hallituksen valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa yhteensopivan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Kuten edellä mainitun lain (L 733/1992) 5§ 3 momentissa mainitaan, kansalliseen kehittämisohjelmaan voidaan asettaa sellaisia tavoitteita jotka ovat perusteltuja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen toteuttamisen kannalta.

Kaste- ohjelma on valtioneuvoston vahvistama kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma vuosille 2012- 2015. Sen sisältöä ja rakennetta havainnollistetaan kuviossa 3. Tämän tutkimuksen kannalta keskeisimmät sisällöt on korostettu kuviossa. Ohjelman tavoitteena on 1) Kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä 2) Järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluita asiakaslähtöisesti. Kaste- ohjelman tavoitteista jälkimmäinen, eli sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti nousee keskeiseksi tässä tutkimuksessa. Tämän tavoitteen edellytyksenä nähdään olevan asiakkaiden luottamus palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen, johtamisella turvatut toimivat palvelut sekä osaava ja hyvinvoiva henkilöstö, sekä se, että palvelurakenteet ovat taloudellisesti kestävä ja toimivat. (Kaste 2012- 2015. Toimeenpanosuunnitelma, 8.)

Kaste- ohjelman tavoitteisiin vastataan kuudella eri osaohjelmalla jotka kaikki täydentävät toisiaan. Osaohjelmat ovat:

1. Riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen parannetaan.
2. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja uudistetaan.
3. Ikäihmisten palveluiden rakennetta ja sisältöä uudistetaan.
4. Palvelurakennetta ja peruspalveluita uudistetaan.
5. Tieto ja tietojärjestelmät saatetaan asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi.
6. Johtamisella tuetaan palvelurakenteiden uudistamista ja työhyvinvointia.

Kaste- ohjelman toimeenpanosuunnitelma on laadittu yhteistyössä eri toimijoiden, muun muassa kuntien ja kuntayhtymien yhteistyöllä, ja se myös toimeenpannaan näiden toimijoiden taholta (Kaste 2012- 2015. Toimeenpanosuunnitelma, 3-7). Tampereen kaupunki on yksi Kaste- ohjelmaan kuuluvista kunnista. Tampereen kaupungin perusterveydenhuolto on ollut mukana Kaste- ohjelman eri hankkeessa. Kyseisiä hankkeita ovat esimerkiksi Hyvä vastaanotto- hanke, Potku- hanke sekä Parempi arki- hanke. Hyvä vastaanotto- hankkeen tavoitteena on ollut kehittää perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan vaikuttavuutta sekä terveyskeskusten työoloja, Potku- hankkeen tavoitteena on puolesta ollut pitkäaikaissairauksien omahoidon parantaminen ja potilaiden osallistaminen mukaan hoitoprosessiin. Vuoden 2015 alusta alkaneen Parempi arki – hankkeen tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon suurkuluttajille suunnattua palvelumallia. (Tampereen kaupunki, c; Tampereen kaupunki, d.)

Kaste- ohjelman eri osaohjelmia tarkasteltaessa osat 4) Palvelurakenteiden ja peruspalveluiden uudistaminen, ja 6) Johtamisella tuettu palvelurakenteiden uudistaminen ja työhyvinvointi ovat keskeisimmät osaohjelmat, joiden sisältämät hankkeet tähtäävät sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden asiakaslähtöisempään järjestämiseen. Siksi ne ovat myös keskeisiä tarkastelun kohteita tässä tutkimuksessa. Nämä osaohjelmat toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen vuoksi, joka on seurausta meneillään olevasta kuntauudistuksesta. Kuten Kaste 2012- 2015 toimeenpanosuunnitelmassa mainitaan, Pirkanmaalla on tehty useita kuntaliitoksia 2000-luvulla. Palvelurakenteiden ja peruspalveluiden uudistamisen osaohjelman mainittuja toimenpiteitä ovat asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien tekeminen, sekä tarpeenmukaisten palveluiden oikeudenmukainen saatavuuden varmistaminen. (Kaste 2012- 2015. Toimeenpanosuunnitelma, 25- 27, 81.)

Johtamisella tuettu palvelurakenteiden uudistaminen ja työhyvinvointi osaohjelma liittyy myös edellä mainittuun sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen. Siihen tähdätään vahvistamalla johtamista jolla uudistetaan palvelurakenteita ja asiakaslähtöisiä toimintatapoja, sekä edistämällä henkilöstön osallisuutta ja työhyvinvointia. Toinen toimenpide liittyen tähän osaohjelmaan on vahvistaa johtamista

jolla edistetään henkilöstön riittävyyttä, sekä kehitetään sen osaamista. (Kaste 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma, 32- 34.)



Kuvio 3. Kaste- ohjelman tavoitteet ja osaohjelmat. (mukaiillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2012)

4.2 Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma

Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma on osa Kaste- ohjelmaa. Se tukee ja ohjaa perusterveydenhuollon toimivuutta keskittymällä sen keskeisiin osa-alueisiin joita ovat:

- Perusterveydenhuollon ohjauksen ja rakenteiden kehittäminen
- Potilaiden/asiakkaiden hoitoon pääsy
- Terveystenhuollon henkilöstön saatavuus
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako
- Seuranta ja valvonta

Perusterveydenhuollon kehittämisessä tulee myös varmistua palveluprosessien toimivuudesta sekä vaikuttavuudesta varmistamalla yhteys sosiaalipalveluiden tuottajien kanssa. Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelmalle on määritelty viisi tavoitetta jotka ovat: 1) Laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen hyvä saatavuus 2) Asiakaskeskeisyyden ja valinnanvapauden parantaminen 3) Osaavan työvoiman saannin turvaaminen 4) Johtamisen vahvistaminen ja johtamisosaamisen kehittäminen ja 5) Terveystyön edistäminen ja sairauksien ehkäisy toiminnan perustaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010:4, 1; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 1.)

Kunnilla on terveydenhuollon järjestämisvastuu, ja palvelut tulee järjestää asukkaiden tarpeiden mukaan. Yksittäisen kunnan vastuu on suuri, koska se määrittää käyttämänsä palveluverkoston, suunnittelee palveluiden tuotantotavat, seuraa sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelutarvetta sekä valvoo toiminnan laatua. Palvelut järjestetään vaikuttavasti ja tarvelähtöisesti asiakas huomioiden. Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma tukee terveyskeskusten toimintaa konkreettisilla toimilla kiinnittämällä huomiota esimerkiksi käytäntöihin, koulutukseen ja johtamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 1.)

Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelman toimenpiteet muodostavat kolme eri kokonaisuutta jotka esitellään kuviossa 4. Terveystyöntekijä pyritään tuottamaan keskittymällä terveyskeskusten suurimpiin käyttäjäryhmiin ja pitkäaikaissairaiden hoitoon. Myös ennaltaehkäisevän toiminnan saatavuuden ja laadun parantaminen on toiminnan keskiössä. Asiakkaan osallistaminen mukaan hoitoon tukee terveystyöntekijöiden tuottamista. Tavoitteena tässä kokonaisuudessa on nopeampi hoitoon pääsy, sekä lisätä asiakastyytyväisyyttä muun muassa asiakkaan mahdollisuudella vaikuttaa hoitopaikan valintaan. Osaava henkilöstö on edellytys asiakastyytyväisyydelle sekä terveystyöntekijöiden tuottamiselle. Siksi terveyskeskusten toiminnan kehittäminen henkilöstön hyvinvointinäkökulma huomioiden on myös keskeinen kokonaisuus toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010:4, 2-3.) Potku- hanke on yksi Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelman hankkeista jota on toteutettu muun muassa Pirkanmaalla. Sen ensimmäinen vaihe piti sisällään pitkäaikaissairauksien kehittämistyötä vuosina 2010- 2012, ja toinen vaihe

kehittämistyön tuloksien jalkauttamista osaksi terveyskeskusten toimintaa Väli-Suomen alueella vuosina 2012- 2014. (Potku2- hanke). Potku- hanke esitellään tarkemmin kappaleessa 5.4.



Kuvio 4. Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelman keskeisimmät kokonaisuudet. (mukaiillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2010:4, 1)

4.3 Hyvä vastaanotto- hanke

Hyvä vastaanotto- hanke on alun perin lähtöisin Ruotsista, jossa hankkeeseen on osallistunut 60 terveydenhuollon yksikköä vuosina 2010- 2012. Valtaosa hankkeeseen osallistuneista yksiköistä oli terveysasemia. Kuten useat muut terveydenhuollon kehittämishankkeet, myös Hyvä vastaanotto- hanke on osa Kaste- ohjelman kehittämishankkeita. (Hyvä vastaanotto I, 2.) Hyvä vastaanotto- hanke lähti Suomessa käyntiin Espoon terveyskeskuksen aloitteesta. Hankkeen ensimmäinen vaihe päättyi toukokuussa 2012, ja siihen mennessä kehittämishanke oli tavoittanut Suomessa. 53 terveysasemaa ja 7 muuta terveydenhuollon yksikköä. (Brommels & Huvinen 2012, 1.)

Hyvä vastaanotto- hankkeelle asetettiin Suomessa kolme konkreettista tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena oli terveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantuminen painopisteenään terveysasemat. Toisena tavoitteena oli hankkeeseen osallistuvien terveysasemien työn hallinnan parantuminen. Kolmas tavoite oli tuoda oman työn kehittämisen menetelmät systemaattiseen käyttöön. Neljäntenä tavoitteena voidaan nähdä edellisten yhdistelmä, jonka avulla esitetyn mallin mukaiset työtavat tuodaan

saataville myös jatkossa osana suomalaista terveydenhuollon järjestelmää. (Brommels & Huvinen 2012, 2.)

Hyvä vastaanotto- hanke pitää sisällään kaksi eri pääkomponenttia, joista ensimmäinen on terveysaseman vastaanotto toiminnan uusi työskentelymalli (Brommels & Huvinen 2012, 1). Uusi työskentelymalli on johdettu Advanced access- mallin pohjalta joka voidaan suomentaa edistyskellisen hoidon saatavuus- malliksi tai listautumismalliksi. Tässä mallissa tunnuspiirteenä on se, että asiakas pyritään saamaan hoitoon saman päivän aikana kun hän ottaa yhteyttä terveysasemalle. Advanced access- mallin mukaan etukäteen varattujen vastaanottokäyntien määrä päivittäisestä työstä on rajattu pieneksi, ja samana päivänä ilmaantuvat työt pyritään myös hoitamaan saman päivän aikana. Jos perinteisen ajanvarausjärjestelmä pohjaisen terveysaseman vastaanottoajoista päivittäin on jätetty vapaaksi 10 %, uudessa mallissa vapaiden aikojen määrä pyritään saamaan lähelle 50 %. Myöskään jaottelua kiireellisen ja kiireettömän hoidon välille ei tehdä. Mikäli asiakkaalle ennalta tuttua hoitavaa henkilöä (omalääkäri/ omahoitaja) ei ole mahdollista tavata samana päivänä, ohjataan asiakas ensimmäiselle vapaalle terveydenhuollon ammattilaiselle. Asiakkaalle voidaan myös varata aika tutulle terveydenhuollon ammattilaiselle, mutta tällaisessa tapauksessa hänen tulee olla valmis joustamaan hoitoon pääsyssä. Hoitosuhteen ollessa pidempiaikainen varataan asiakkaalle aika tutulle häntä aiemmin hoitaneelle henkilölle. Kyseisen työskentelymallin etuna on nopea hoitoon pääsy, ja sen keskeisenä edellytyksenä on riittävä hoitohenkilökunnan määrä asiakaskapasiteettiin nähden sekä hoidon tarpeen ennustettavuus seurannan avulla. (Murray & Berwick 2003, 1037- 1038).

Toinen Hyvä vastaanotto- hankkeen pääkomponenteista on terveysasemien järjestelmällinen toiminnan kehittämismenetelmä. Kyseinen menetelmä perustuu hankkeeseen osallistuvien terveysasemien säännöllisestä kokemusten vaihdosta (Läpimurtotyöskentely). Pohja jatkuvalla toiminnan kehittämiselle luodaan läpimurtotyöskentelyn avulla. Sen sisältönä on työpaikalla tapahtuva työskentely, jota seuraa työyhteisöjen väliset seminaarit joissa kokemuksia jaetaan. Työyksikön sisällä toimii moniammatillinen tiimi, joka työskentelee omien kehittämistavoitteidensa ohjaamana seminaarien välillä. Työjaksojen pituus seminaarien välillä vaihtelee kahdesta neljään kuukauteen. Läpimurtotyöskentelyn menetelmään kuuluu keskeisenä

osana aikaan saatujen muutosten testaus sekä arviointi. Mikäli testattu muutos on onnistunut, se otetaan pysyväksi toimintatavaksi. Esimerkkinä voidaan pitää tavoitetta parantaa vastaanottoaikojen saatavuutta ja mittarina ajankohtaa siitä, koska on ajanvarauskirjan kolmas vapaana oleva vastaanottoaika. (Strindhall & Henriks 2007, 16-17; Brommels & Huvinen 2012, 2.)

Tampereen kaupunki oli mukana Hyvä vastaanotto- hankkeen ensimmäisessä vaiheessa. Tampereen kaupungin terveysasemista hankkeeseen osallistuivat Tesoman sekä Linnainmaan terveysasemat. Kyseisillä terveysasemilla otettiin kokeiluun listautumismallin mukainen vastaanotto toimintamalli vuonna 2013. Vuonna 2015 kokeilua laajennetaan koskemaan kaikkia Tampereen kaupungin terveysasemia.

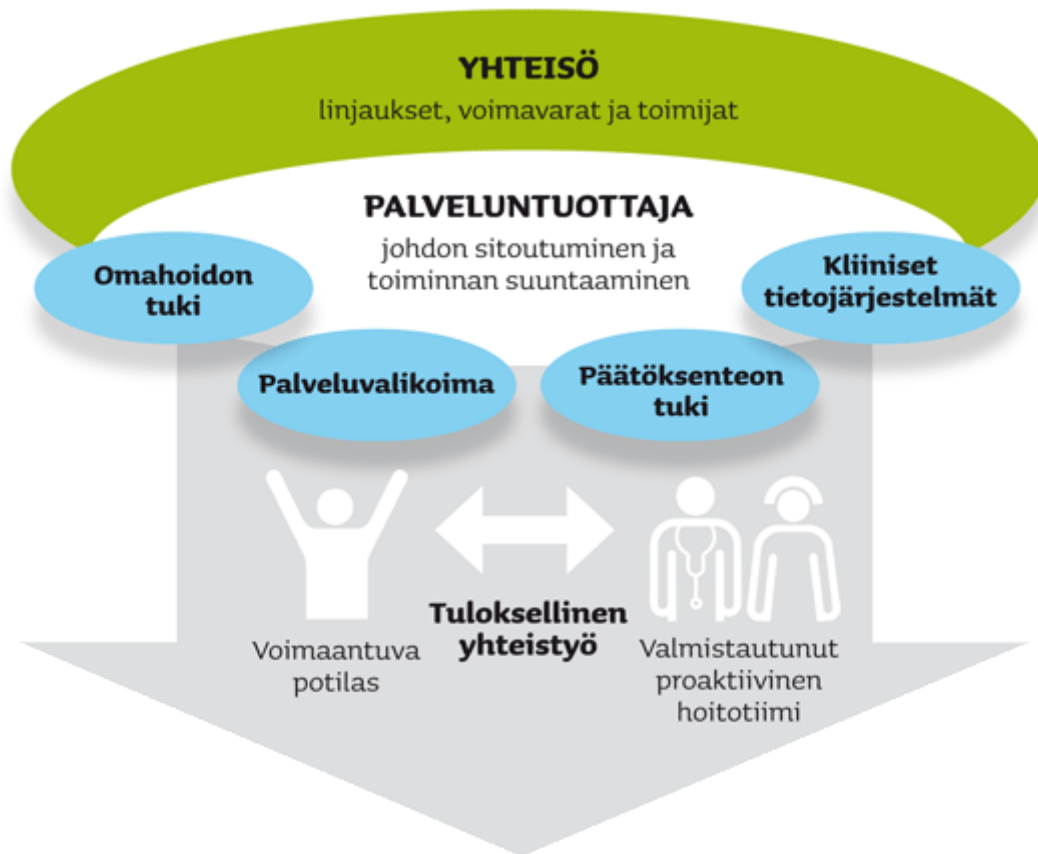
4.4 Potku- hanke

Potku- hankkeen ensimmäinen vaihe käynnistyi vuonna 2010, ja sen tavoitteena oli parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Potku- hanke on Kaste-ohjelman yksi kehittämishankkeista, se toteutettiin Väli- Suomen alueella vuosina 2010-2014. Hankkeen näkökulmana oli hyödyntää terveyshyötymallia (Chronic Care Model), joka tähtää pitkäaikaissairaiden palveluiden parantamiseen suunnitelmallisesti, tarpeenmukaisesti ja terveyshyötyjä tuottaen. Terveyshyötymallin käyttöä perusterveydenhuollossa esitetään kuvassa 5. Hankkeen keskeinen tavoite oli osallistaa terveyskeskuksen asiakkaita aiempaa paremmin oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluita terveyskeskuksissa. (Potku-hanke.) Potku- hankkeen toinen vaihe käynnistyi ensimmäisen vaiheen jälkeen, ja sen tavoitteena oli tukea ensimmäisen vaiheen aikana hyväksi havaittujen hoitomallien käyttöönottoa terveyskeskuksissa Väli- Suomen alueella. Hankkeen toinen vaihe päättyi virallisesti 31.10.2014. Tampereen kaupunki oli mukana Potku- hankkeen molemmissa vaiheissa. (Potku2- hanke.)

Terveyshyötymallin taustalla on havainnot siitä, että perusterveydenhuolto on kykenemätön vastaamaan lisääntyneiden kroonisten sairauksien aiheuttamaan ongelmaan. Haastetta lisää se että usealla pitkäaikaissairaalla on useampia sairauksia.

Terveyshyötymallin neljä keskeistä osa-aluetta ovat: 1) omahoidon tuki 2) palveluvalikoima 3) päätöksen tuki ja 4) kliiniset tietojärjestelmät. Kehittämistyön tuloksia tutkittaessa on todettu, että vaikuttavuus hoitoprosesseihin ja hoidon tuloksiin on sitä parempi, mitä useampaan osa-alueeseen on pystytty samanaikaisesti vaikuttamaan. (Potkuhanke, terveyshyötymalli.) Terveyshyötymallin ero perinteiseen terveyskeskuksen tarjoamaan akuuttihoitoon voidaan kiteyttää seuraavasti: ”Potilaalla on vaiva joka terveyskeskuksen pitää hoitaa ”(akuuttihoito), ”Potilas hoitaa aktiivisesti itseään, terveyskeskus toimii hoidon tukena” (terveyshyötymalli).

Terveyshyötymalli ei ole sinällään valmis toimintamalli joka vain jalkautetaan käyttöön osaksi perusterveydenhuoltoa, vaan se on viitekehys ja ajattelumalli toiminnan kehittämiseksi. Toiminnan kehittäminen perustuu tutkittuun tietoon jonka tuloksien perusteella terveydenhuollon palveluja tulisi kehittää. Toiminnan kehittäminen tähtää potilas- ja tiimikeskeiseen toimintaan. Välineet parempien terveyshyötyjen saavuttamiseksi ovat aktiivinen vuorovaikutus potilaan ja hoitotiimin välillä. Hoitotiimillä tulee olla ajan tasalla olevat tiedot potilaasta, jotta se pystyy tarjoamaan monimuotoisia omahoidon tukikeinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Potkuhanke, terveyshyötymalli.)



Kuva 5. Pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisy ja hoito terveyshyötymallissa. (Potku2-hanke.)

4.5 Terveempi Pohjois- Suomi- hanke

Terapeutti Pohjois- Suomi- hankkeen (TerPS1) tavoitteena oli kehittää johtamis- ja toimintamalleja joiden avulla hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita kehitetään. Tavoitteena oli kehittää kuntatasolla levitettäviä, mutta silti paikalliset erityispiirteet huomioivia kokonaisuuksia. Kehitettävien mallien testaus tapahtui erilaisten osahankkeiden kautta. TerPS1- hanke on osa valtakunnallista Kaste-ohjelmaa, jonka puitteissa terveyden edistämistä toteutetaan koko maan alueella. TerPS1 toteutettiin vuosina 2009- 2011, ja hankkeen pitkän tähtäimen tavoitteena oli terveellisten elämäntapojen edistäminen, syrjäytymisen ehkäisy, terveyserojen kaventaminen sekä yksilön oman vastuunoton lisääminen. (Niska & Helanen 2009, 3.)

Hankkeen toinen vaihe oli Terveempi Pohjois- Suomi- kansallinen käyttöönottohanke (TerPS2). Käyttöönottohanke toteutettiin vuosina 2012- 2014, ja se rakentui kahdeksasta eri osahankkeesta joissa oli mukana yhteensä 62 eri kuntaa useiden maakuntien alueelta. Jatkohankkeessa tuettiin ensimmäisessä vaiheessa hyväksi havaittujen käytäntöjen levittämistä keskittyen hyvinvointirakenteiden, hyvinvointijohtamisen periaatteiden sekä sähköisen hyvinvointikertomuksen kansalliseen käyttöönottoon. (Terveempi Pohjois- Suomi.)

Pirkanmaan osahankkeen keskeisenä tavoitteena oli TerPS2- hankkeen osalta sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöönotto ja jatkokehittäminen. Myös hyvinvointijohtamisen integrointi osaksi kunnan strategista johtamista kuului Pirkanmaalla osaksi TerPS2- hankkeen toteutusta. Mukana olevissa kunnissa nimettiin hyvinvointikoordinaattorit jotka saivat koulutuksen hyvinvointijohtamisen perusteisiin sekä sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöön. Hyvinvointikoordinaattorien vastuulla oli kouluttaa oman kuntansa viranhaltijat ja luottamushenkilöt sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöön. (TerPS2 Pirkanmaan osahanke.)

Hyvinvointikertomusta käytetään työvälineenä ja poliittisen päätöksen tukena kunnassa hyvinvointijohtamisen toteutuksessa. Se on ymmärrettävään muotoon kirjoitettu asiakirja joka on apuna kunnan strategiatyössä ja toiminnan sekä talouden suunnittelussa. Sen valmisteluun osallistuvat eri hallinnonalojen asiantuntijat. Hyvinvointikertomus pitää sisällään katsauksen kuntalaisten hyvinvointiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin, suunnitelman kuntalaisten hyvinvoinnin edistämisestä sekä arvion toteutuneen hyvinvoinnin edistämisen ja hyvinvointipolitiikan onnistumisesta. Sähköinen hyvinvointikertomus on internetpohjainen maksuton työväline kunnille hyvinvointikertomuksen valmisteluun ja raportointiin. Sen etuja ovat muun muassa kuntakohtaisten vertailujen helppo toteutus sekä hyvinvoinnin näkökulman yhdistäminen toiminnan ja talouden suunnitteluun. (Tietoa sähköisestä hyvinvointikertomuksesta.)

Terveempi Pohjois- Suomi 2- hankkeen päättyessä syksyllä 2014 Pirkanmaalla 19 mukana olleesta kunnasta vain kolmessa ei ollut nimettyä hyvinvointikoordinaattoria. Valtuuston hyväksymä laaja hyvinvointikertomus oli laadittuna 10 kunnalla, loppuilla kunnista se oli valmisteilla. Hankkeen tiimoilta seuraavaksi toteutuksen alla on

Pirkanmaan alueellisen terveyden edistämisen suunnitelman toimeenpano. Se käsittää alueellisen terveystuennitelman, sekä alueellisen ravitsemussuunnitelman toimeenpanoa. (Pirkanmaan diat.)

4.6 Parempi arki- hanke

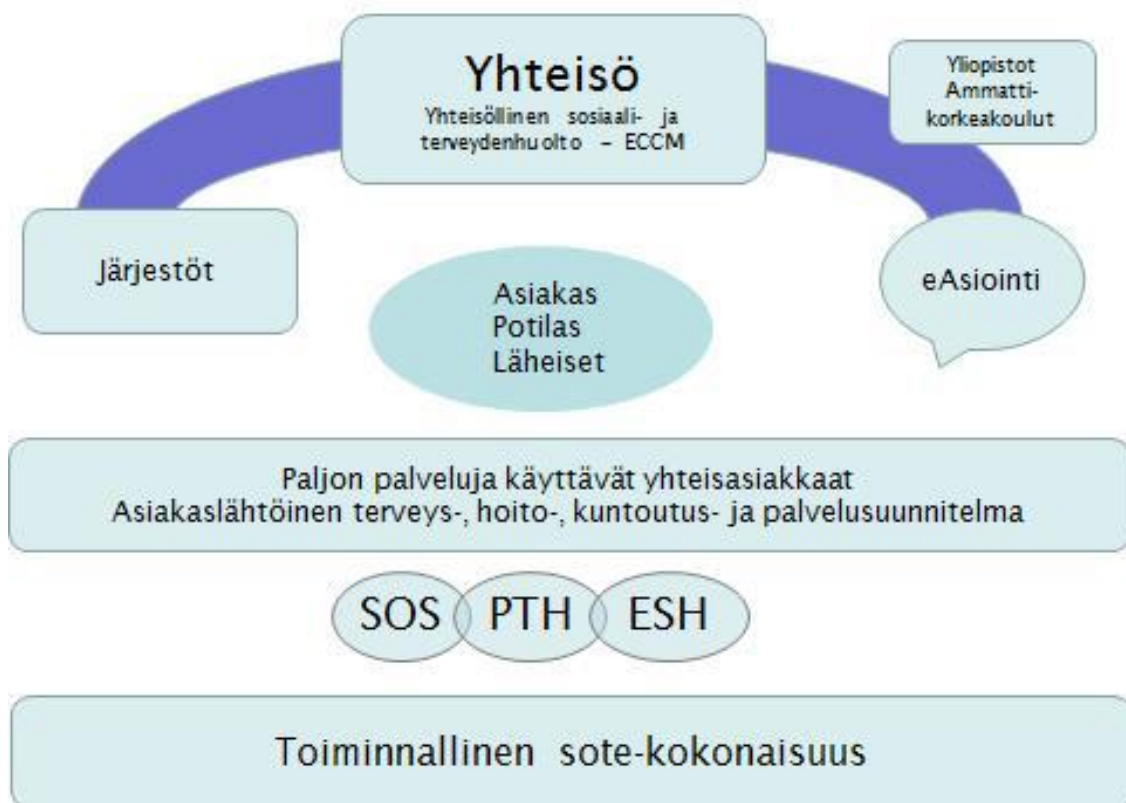
Parempi Arki- hanke on yksi Kaste- ohjelman jatkohankkeista joka toteutetaan Väli-Suomen alueella. Hanke on osa palvelurakenteen ja peruspalveluiden uudistamisen osa-ohjelmaa. Parempi Arki- hankkeen kehittämisessä hyödynnetään toimintamalleja joita on tuotettu aiempien hankkeiden yhteydessä. Yhtenä taustahankkeena 1.1.2015 käynnistyneessä Parempi Arki- hankkeessa on vuosina 2010- 2014 toteutettu Potkupuotilas kuljettajan paikalle hanke. (Oksman ym. 2015, 4-6.) Tampereen kaupunki oli yksi Potku- ohjelman osallistujista, ja se osallistuu myös Parempi Arki- hankkeen toteutukseen.

Parempi Arki- hankkeen tavoitteena on kehittää palvelumallia henkilöille jotka käyttävät paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Yhdessä asiakkaiden kanssa pyritään luomaan terveys-, hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia joiden perusteella asiakas saisi tarvitsemansa palvelut. (Tampereen kaupunki, d.) Niin kansainvälisten kansallisten tutkimusten perusteella valtaosan julkisista terveyspalveluista käyttää verrattain pieni joukko ihmisiä. Esimerkiksi Oulussa tehdyn tutkimuksen mukaan 81 % sosiaali- ja terveydenhuollon kuluista aiheutuu 10 % käyttäjäryhmän palveluista. Samankaltaisia lukuja on myös saatu myös muualta Suomesta. Vastaavan Yhdysvaltalaisen projektin lähtökohtana on tutkimustieto siitä, että viisi prosenttia käyttäjistä tuottaa 50 % terveydenhuollon kuluista. (Oksman ym. 4-5.)

Viitekehystenä Parempi Arki- hankkeen kehittämistyössä toimii asiakaslähtöisyys ja yhteisöllinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Hankkeen kehittämiskohteena on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen mahdollistama toiminnan uudelleenjärjestely ja palveluiden integrointi, ja nimenomaan niiden kehittäminen paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttävien henkilöiden kohdalla. Palveluja kehitetään kohti yhteistä kokonaisuutta joka muodostuu palveluntuottajien, innovaatioiden ja

palveluiden toisiaan täydentävistä osaprosesseista. Parempi Arki- hankkeen keskeiset toiminnot ja niiden kehittäminen on kuvattu kuviossa 6. (Oksman ym. 2015, 8.)

Toiminnallisen integraation toimintamallin kehitys ja sen ottaminen käyttöön osana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita on laaja ja vaativa kokonaisuus, tämän vuoksi Parempi Arki- hankkeen kohderyhmä on tietoisesti rajattu. Kotona asuvat monisairaat, päihde- ja mielenterveyspotilaat, ikääntyneet ja nuoret aikuiset on valittu hankkeen kohderyhmäksi koska he käyttävät valtaosan erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palveluista. Hankkeen tavoitteena on ennaltaehkäistä palveluiden suurkulutusta tunnistamalla palveluprosessin kriittisiä pisteitä. Tämän toivotaan vapauttavan entistä enemmän resursseja ennaltaehkäisevien palveluiden toteutukseen. Keskeinen työväline Parempi Arki- hankkeessa on asiakaslähtöinen terveys-, hoito-, palvelu-, ja kuntoutussuunnitelma jossa on huomioitu kunnan julkisten palveluiden ohella muut toimijat sekä kolmannen sektorin palvelut. (Oksman ym. 2015, 11.)



Kuvio 6. Parempi Arki – hankkeen kehittämisen viitekehys. (Oksman ym. 2015, 8.)

5. Vastaanottotoiminnan kehittämisen keskeiset periaatteet

Perusterveydenhuollon palveluita arvioitaessa keskiöön nousee palveluiden tuottavuus, vaikuttavuus sekä laatu. Kuten niin monesti julkisia palveluita arvioitaessa, myös perusterveydenhuollon palveluiden suunnittelua ja toteutusta ohjaavat käytettävissä olevat resurssit. Julkisten palveluiden, kuten perusterveydenhuollon, käytössä olevat resurssit ovat rajalliset, mutta niillä tuotettavien palveluiden lakisääteiset vaatimukset on kaikesta huolimatta täytettävä. Tässä kappaleessa tarkastellaan perusterveydenhuollon palveluiden kehittämisen edellytyksiä palveluiden tuottavuuden, vaikuttavuuden sekä laadun näkökulmista.

Palveluprosessien arviointi on monimutkaista, koska palvelujen tuotantoa ja kulutusta ei voida täysin erottaa toisistaan. Palveluiden arvioinnin haastetta lisää myös asiakkaan aktiivinen rooli tuotantoprosessissa. Edelleen uuden ulottuvuuden palveluiden arviointiin ja kehittämiseen tuo eri tavoitteiden mahdollinen yhteensopimattomuus. Palvelujen vaikuttavuuden näkökulmasta tuottavuus ja laatu saattavat synnyttävät ristiriitaisen tilanteen. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi silloin, kun muutoksen seurauksena tuottavuus parantuu, mutta palvelun laatu heikkenee. (Grönroos 2009, 98-99, 279.)

5.1 Palvelujen tuottavuus

Palvelujen tuottavuuden parantaminen on merkittävä tekijä julkisten palveluiden, kuten perusterveydenhuollon, kehittämisessä. Väestörakenteen muutos lisää palveluita tarvitsevien ihmisten määrää samalla kun työntekijöiden määrä vähenee. Samalla kiristynyt taloustilanne pakottaa julkista sektoria kehittämään peruspalveluita yhä tuottavammiksi. Termiä tuottavuus voidaan verrata suorituskyvyn käsitteeseen, ja se määrittelee niin yksityisten kuin julkistenkin organisaatioiden menestymistä. (Jääskeläinen 2009, 7.)

Tuottavuutta tutkitaan mittaamalla, ja julkiset organisaatiot voivat kehittää toimintaansa saadun mittausinformaation perusteella. Saadulla mittausinformaatiolla julkinen organisaatio, kuten terveyskeskus, voi osoittaa yhteiskunnalle sekä veronmaksajille oman tuottavuutensa tason. Julkisia palveluita tarkasteltaessa tuottavuuden käsitteeseen liittyy keskeisesti palvelutuotoksen laatu sekä käytössä olevien resurssien hyödyntäminen. Myös asiakkaan rooli julkisen palvelun tuottavuuden kannalta on tärkeä. Palveluiden tuotannossa henkilöstöresurssit ovat keskeisessä roolissa, joten organisaation aineettoman pääoman panokset vaikuttavat merkittävästi tuottavuuteen. Näiden edellä mainittujen seikkojen vuoksi tuottavuuden mittaaminen on varsin moniulotteisten ilmiöiden tarkastelua. (Jääskeläinen 2009, 7.)

Julkisen palvelutuotannon tuottavuuden mittaaminen on haastavaa, ja se eroaa perinteisestä teollisuudesta johdetusta tuotosten mittaamisesta monella tavalla. Suurin osa kehitetyistä tuottavuuden tutkimisen mittareista ja menetelmistä on kehitetty nimenomaan teollisuuden näkökulmasta, jolloin mittauksen kohteena on tavallisesti ollut käytettyjen panosten suhde konkreettisiin aineellisiin tuotoksiin. Julkisten palveluiden tuottavuuden mittauksen haasteina ja ominaispiirteinä voidaan pitää muun muassa seuraavia seikkoja:

- Palvelun tavoitellut vaikutukset ilmenevät mahdollisesti vasta vuosien kuluttua.
- Palvelu on aineeton ja sen koettu laatu on osittain subjektiivinen kokemus.
- Palvelutuotokset ovat yksilöllisiä ja niitä on vaikea standardoida.
- Yksittäistä palvelua on harvoin hinnoiteltu erikseen.

Palveluiden tuottavuuden voidaan nähdä syntyvän sekä sisäisten, että ulkoisten tekijöiden seurauksena. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat sekä aineettomat että aineelliset panokset. Aineettomia panoksia ovat aiemmin mainitut henkilöstön osaaminen sekä henkilöstön työtyytyväisyys. Aineellisiin panoksiin kuuluvat puolestaan henkilöstömäärä, käytössä olevat laitteet sekä aika. Sisäisten tekijöiden aikaansaamin tuotoksiin pystytään vaikuttamaan organisaation sisäisellä johtamisella ja päätöksenteolla, ja parempaan tuottavuuteen tähtäävän kehitystyön suurimmat voimavarat onkin keskitettävä näiden tekijöiden toiminnan tarkasteluun. Tuottavuuden kannalta ulkoiset tekijät ovat usein organisaation johdon vaikutuspiirin ulkopuolella olevia ilmiöitä, ja siksi niihin vaikuttaminen organisaation sisältä on vähäistä tai

olematonta. Näitä ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi toimintaa säätelevä lainsäädäntö, palveluiden kysyntä sekä palveluvalikoima. Julkisten palveluiden prosessit syntyvät ulkoisten tekijöiden ohjaamina sisäisten tekijöiden toiminnalla. Näiden prosessien tuotoksena syntyy tuotteita eli palveluita. Näiden palveluiden mittaaminen, arviointi ja vertailu tarkoittavat tuottavuuden tarkastelua. (Jääskeläinen 2009, 7- 12.)

Perinteisesti teknologian kehittyminen on parantanut tuottavuutta eri sektoreilla. Terveysthuollon sektorilla puolestaan kehittynyt teknologia näyttää kyllä parantavan palveluiden laatua sekä vaikuttavuutta, mutta samalla se nostaa terveydenhuollon palveluiden kustannuksia. Jotta terveydenhuollon kustannuskehitys olisi kestävä, tulisi teknologian kehittyminen saada tukemaan terveydenhuollon prosesseja. Tällä tarkoitetaan sitä, että kehittyvän teknologian seurauksena terveydenhuollon palveluiden tuotantoresursseja ja niistä aiheutuvia kuluja pitää pystyä tulevaisuudessa karsimaan tuottavuuden turvaamiseksi. (Luoma ym. 2009, 2.)

5.2 Palvelujen vaikuttavuus

Vaikuttavuutta tutkittaessa on huomioitava vaikuttavuuden käsitteen eri ulottuvuudet. Organisaatiotasolla vaikuttavuutta voidaan tarkastella tapauskohtaisen vaikuttavuuden tarkastelulla, palveluiden vaikuttavuutta tarkastelemalla, yhteiskunnallisen vaikuttavuuden tutkimisella sekä vaikuttavuutta koskevan tiedon tarkastelemisella. (Sinkkonen- Tolppi 2006, 8.) Tässä yhteydessä vaikuttavuutta tarkastellaan perusterveydenhuollon palveluiden perspektiivistä, eli mielenkiinnon kohteena on sellaisia muutoksia palveluiden kehittämisellä voidaan saada aikaan. Haasteen tälle tutkimustyölle tuo se, että tulokset näyttävät usein pitkällä viiveellä, sekä se että tilastot ovat tavallisesti yhteiskunnallisia, jolloin esimerkiksi yksittäisen terveyskeskuksen palvelujen vaikuttavuutta on vaikea poimia tilastoista.

Kuten tuottavuuden tarkastelussa, myös vaikuttavuutta tutkittaessa on muutosta mitattava jotta tehtyjä toimenpiteitä voidaan arvioida. Terveysthuollon sektorilla vaikuttavuuden mittarina voi olla esimerkiksi muutos ihmisten käyttäytymisessä, riskitekijöiden ilmenemisessä tai sairastavuudessa. Kustannusvaikutusten seuraaminen

tutkitun muutoksen rinnalla on merkittävässä roolissa tutkittaessa terveyden edistämisen vaikuttavuutta. (Kiiskinen ym. 2008, 3.) Kiteytettynä asian voisi ilmaista seuraavasti: Muutoksella on positiivinen vaikutus terveystalouden vaikuttavuuteen, mikäli sillä saadaan aikaan toivottu terveyttä edistävä tavoite aiempaa pienemmillä kustannuksilla.

Terveyttä edistävän toiminnan vaikuttavuuden arviointi on haastavaa, koska usein käytettyjen panosten ja niiden seurausten väli on merkittävän pitkä. Käytännössä tämä viive on vuosia tai vuosikymmeniä, kun mittarina käytetään esimerkiksi kuolleisuutta tai sairastavuutta. Kuolleisuus sekä sairastavuus ovat niin sanottuja yleisiä terveysosoittimia, joilla terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta voidaan tutkia. Terveystalouden vaikuttavuuden mittaamisessa käyttökelpoisempi mittari on niin sanottu välitulostittari jonka avulla yksittäisen intervention vaikuttavuutta voidaan arvioida. Välitulostittarina voidaan käyttää esimerkiksi klinisiä mittaustuloksia, kuten vaikkapa verenpainetta. (Kiiskinen ym. 2008, 21.)

Terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuutta voidaan mitata ns. kustannusvaikuttavuussuhteen avulla. Kustannusvaikuttavuussuhde on nimensä mukaisesti kustannusten ja vaikuttavuuden suhde. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä että, vertaillaan palvelun nettokustannusta sekä vaikuttavuusosoitinta. Tällainen tilanne voisi olla esimerkiksi tupakoinnin lopettaneiden määrä suhteessa tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän toiminnan kustannuksiin. (Kiiskinen ym. 2008, 22.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan esimerkiksi yhden päihdehuollon asiakkaan kuukauden tehohoidon kuluilla pystyttäisiin kattamaan kahden ehkäisevää päihdetyötä tekevän henkilön vuosipalkat. Usein ongelmana tämän kaltaisen vertailun tekemiselle on ennaltaehkäisevän toiminnan kustannusten arviointi, verrattuna palveluiden yksittäiskustannusten selkeyteen. Kustannuksia vertailtaessa olisikin tärkeä pohtia sitä, saadaanko esimerkiksi resurssien käytön ajoitusta siirtämällä parempia terveysvaikutuksia. (Vaikuttavuus ja kustannukset.)

5.3 Palvelujen laatu

Käsitteen laatu määrittely on laaja, ja se riippuu siitä missä yhteydessä laatua tarkastellaan. Laatu voi organisaation näkökulmasta olla esimerkiksi mahdollisimman tehokkaasti ja kannattavasti tyydytetty asiakkaan tarve. Asiakkaan kokemukseen laadusta liittyy tapauskohtaisesti myös hänen vaatimukset ja odotukset palvelua kohtaan tarpeiden ohella. Kuten vaikuttavuuden ja tuottavuuden yhteydessä, myös laadun osoittamisen edellytyksenä on mittaaminen. Uudet innovaatiot sekä yhteiskunnalliset muutokset edellyttävät organisaatioilta jatkuvaa toiminnan kehittämistyötä sekä seurantaan toiminnan laadun takaamiseksi. Asiakkaan arvio tuotteen tai palvelun laadusta on keskeinen osa laadunvarmistusta, ja sen tuleekin olla kiinteänä osana laadun seurantaan, mittaamista sekä kehittämistyötä. (Lecklin 2002, 18- 19.)

Tämän tutkimuksen kannalta on kiinnostavinta tarkastella miten muutokset toiminnassa näyttäytyvät palveluiden laadun näkökulmasta. Terveystieteiden palveluiden laadun tarkastelussa toiminnan vaikuttavuus liittyy kiinteästi laatuun, toisaalta asiakkaiden kokemus saatujen terveystieteiden palveluiden laadusta on myös erittäin keskeisessä osassa. Paul Lillrank (ks. Ohranen & Talja 2011, 18.) määrittelee asiakkaalle kolme erilaista roolia jotka ovat käyttäjä, valitsija ja maksaja. Käyttäjän roolissa asiakas kuluttaa hankkimansa toimitteen, valitsijana hän valitsee itselleen eri vaihtoehdoista sopivimman toimitteen ja maksajana asiakas suorittaa vapaaehtoisesti vaihdon toimitteen hankkimiseksi. Perusterveydenhuollon vastaanottoa tutkittaessa tämä jaottelu on toimiva lähtökohta arvioida asiakkaan roolia terveystieteiden palvelun käyttäjänä, vaikkakin esimerkiksi asiakkaan rooli maksajana ei ole täysin yksiselitteinen.

Asiakkaan kokemalla laadulla voidaan nähdä olevan kaksi erilaista ulottuvuutta. Nämä ovat tekninen eli lopputulosulottuvuus sekä toiminnallinen eli prosessitulottuvuus. Asiakkaalle on tärkeää palvelun lopputuotoksen ohella myös itse palveluprosessin laatu, ja tämä saatetaan välillä unohtaa palvelun tuottajien taholta. Palveluntuottajat arvioivat usein omaa toimintaansa ainoastaan lopputuotoksen kautta, joka on varsin suppea tapa muodostaa käsitys palvelun laadusta. Asiakas muodostaa siis käsityksen palvelun laadusta sekä teknisen tuotoksen että toiminnallisen prosessin kokonaisuudesta. (Grönroos 2009, 100- 101.) Kokonaisvaltaisen arvioinnin ja palveluiden laadun

mittaamisen merkitys korostuu terveydenhuollon palveluita arvioitaessa. Mikäli asiakas saa avun vaivaansa, mutta hoitotyön toteutuksesta jää negatiivinen kuva, on erittäin epätodennäköistä että asiakas on tyytyväinen saamaansa palveluun.

6. Tampereen kaupungin perusterveydenhuolto

Tampereella on tällä hetkellä kymmenen kaupungin omaa terveysasemaa joiden vastuualueena on vastata alueellisesti asukkaiden perusterveydenhuollon palveluista. Tämän lisäksi Tampereen kaupunki ostaa osan omalääkäri- ja sairaanhoitajapalveluista Pihlajalinnalta, joka on yksityinen terveyspalveluiden palveluntarjoaja. Tampereen kaupungin terveysasemilla on käytössä omalääkäri- omahoitajamalli, jossa omalääkäri vastaa asiakkaan hoidosta työparina omahoitajan kanssa. Omalääkäri- omahoitaja-malli oli alkuvuodesta 2015 käytössä kahdella (Lielähti ja Tipotie) terveysasemalla Tampereen kaupungin omista terveysasemista. Kevään 2015 aikana omalääkäri-omahoitaja malli otettiin käyttöön Kaukajärven ja Linnainmaan terveysasemilla. Ennen tätä edellä mainittua vastaanottotoiminnan uudistusta terveysasemilla työskenneltiin omalääkärimallin mukaan, tällöin terveysaseman asiakkaille ei ollut erikseen nimetty omahoitajaa, vaan hoitotyössä mukana ollut hoitaja saattoi vaihdella. Kuntalaisen omalääkäri ja terveysasema määräytyy asuinpaikan perusteella. Asiakkaan kannalta samana pysyvä lääkäri-hoitaja työpari parantaa palvelun laatua lisäämällä tuttuutta ja turvallisuutta, sekä toisaalta poistaa päällekkäisiä toimintoja. (Tampereen kaupunki, a.)

Elokuusta 2013 alkaen Tesoman ja Linnainmaan terveysasemilla on ollut käytössä kokeilu, joka on mahdollistanut terveyspalveluihin satunnaisesti hakeutuvan asiakkaan hoitavan lääkärin määräytymisen listautumismallin mukaan. Listautumismallissa asiakas ohjataan omalla terveysasemalla sen lääkärin vastaanotolle, joka on ensimmäisenä vapaana. Tavoitteena tässä mallissa on turvata asiakkaan nopea hoitoon pääsy, sekä tasata henkilöstön työkuormaa. Asiakkaan halutessa hän voi yhä hakeutua omalääkärin vastaanotolle, mutta tällöin hoitoon pääsyyn aika saattaa olla pidempi. Pitkäkestoisemman hoidon piirissä olevat asiakkaat on siis rajattu kokeilun ulkopuolelle, ja heidän hoidostaan vastaa yhä omalääkäri. (Tampereen kaupunki, b.)

Listautumismallin kokeilulla on tavoiteltu olemassa olevien resurssien parempaa käyttöä suunnittelemalla ja toteuttamalla terveystalouden tarjontaa uudella tavalla (Kuusela ym. 2014, 2).

Lähtökohtaisesti asiakkaan hakeutuessa terveyskeskukseen Tampereella ajanvarauksen hoitaa keskitetysti Terveystalouden neuvonta. Asiakkaan soittaessa neuvontanumeroon hän saa tarvittaessa puhelinneuvontaa sekä ajan hoitajalle tai lääkärille. Akuuttihoitoon tilanteessa asiakas voidaan ohjata tulemaan suoraan terveystaloukselle tai päivystyspisteeseen. Osa terveystalouden asiakkaista hakeutuu terveystaloukselle suoraan ilman keskitettyä ajanvarausta. Tällöin hoidon tarpeen arviointi ja ajanvaraus tehdään paikanpäällä terveystalouksella. (Kuusela ym. 2014, 2.)

Tamperealaisten perusterveydenhuollon järjestäminen on merkittävä kokonaisuus taloudellisesti, ja se koskettaa suurta osaa kunnan asukkaista. Vuonna 2013 Tampereen kaupungin terveystalouksilla oli 396 567 asiakaskäyntiä ja 98 113 asiakasta. Terveystaloutta ja toimintakykyä edistävien palveluiden kokonaiskustannuksesta (488,8 MEUR) perusterveydenhuollon avopalveluiden osuus oli 14 %. Sosiaali- ja terveystaloudet työllistävät myös suuren määrän ihmisiä Tampereella, henkilöstömäärän ollessa vuonna 2013 5320 henkeä. (Tampereen kaupungin julkaisuja. Vuosikertomus 2013, 21, 30.)

III POHDINTA

7. Empiirinen analyysi ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli pureutua maassamme erittäin ajankohtaiseen aiheeseen, eli perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan järjestämiseen. Pitkään pinnalla ollut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos, eli Sote- uudistus, ja toisaalta kotikaupunkini Tampereen hankkeet uudistaa perusterveydenhuollon toteuttamista vastaanottoiminnan uudelleen järjestelyillä tarjosivat mielenkiintoisen lähtöasetelman tutkimuksen tekemiselle, niin makro- kuin mikrotasollakin. Tutkimuksen alussa esittelin suomalaisen perusterveydenhuollon, keskittyen perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan järjestämiseen ja kehittämiseen. Tämän jälkeen esittelin Tampereen kaupungin perusterveydenhuoltoa tutkimushankkeeni näkökulmasta. Tutkimuksen keskiössä on ollut perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan kehittämishankkeet sekä käytössä olevien vastaanottomallien analysointi. Kehittämishankkeiden sisällön analysoinnilla ja olemassa olevien toimintamallien tarkastelulla on pyritty löytämään, sekä nostamaan esiin, keskeisiä asioita jotka vaikuttavat perusterveydenhuollon palveluiden tuottavuuteen, laatuun sekä vaikuttavuuteen. Tavoitteena on kokoajan ollut poimia tähän hetkeen sopivia käyttökelpoisia toimintamalleja, sekä niiden osia. Toisaalta tavoitteena on yhtäläillä ollut havaita käytössä olevia, mutta ehkäpä jo vanhentuneita käytänteitä.

Lopuksi käyn vielä läpi tämän tutkimusprosessin etenemisen, sen empiirisen aineiston sekä sen perusteella johdetut päätelmät. Esitän myös kriittisen näkemyksen tutkimusaiheeseeni sekä mielestäni keskeiset jatkotutkimusaiheet. Ensimmäisenä käsittelen lähtökohdat tutkimukselleni, jonka jälkeen esittelen Suomessa tällä hetkellä vallitsevan tilanteen avoterveydenhuollon vastaanottoiminnan osalta. Tämän jälkeen pureudun tarkemmin tutkimushankkeeseeni, joka oli Tampereen kaupungin terveysasemien vastaanottopalveluiden järjestäminen, ja esittelen myös tutkimukseni pohjalta esiinnousseet tulokset. Viimeisenä kokoan tutkimukseni yhteen, ja pohdin millaisia haasteita terveysasemien vastaanottoiminnan suunnittelijat joutuvat huomioimaan, ja millaisin toimenpitein niihin voidaan pyrkiä vaikuttamaan.

7.1 Tutkimuksen lähtökohta

Suomalaisten terveysasemien vastaanottopalveluiden organisointi ja toteutus on 1990-luvun alusta perustunut pääsääntöisesti omalääkärijärjestelmään. Omalääkärijärjestelmässä toimii siten, että jokaisella terveyskeskuslääkärillä on oma väestövastuu, joka on käytännössä määräytynyt maantieteellisin perustein eli kuntalaisten postinumeroiden mukaan. 1990-luvun puolivälissä omalääkärijärjestelmä peitti suurimman osan maastamme, ja tällöin valtaosa väestöstä kuului myös sen piiriin. 2000-luvulle tultaessa omalääkärijärjestelmän toimivuutta alettiin kyseenalaistaa useistakin eri syistä. Terveystieteiden tutkimusten kansainvälisessä vertailussa Suomi menestyi heikosti. Varsinkin kiirettömään hoitoon pääsemisen odotusajat maassamme olivat hälyttävän pitkät verrattuna valtaosaan Euroopan maista. Tilannetta ei lainkaan helpottanut 2005 vuonna voimaan tullut hoitotakuu, joka määritteli konkreettisesti ajat joiden puitteissa niin hoidon tarpeen arviointiin kuin kiirettömään hoitoonkin oli päästävää. Pohjoismaita, Suomi mukaan lukien, on perinteisesti pidetty hyvinvointivaltioiden eturivin edustajina. 2000-luvun alussa tilanne oli kuitenkin sellainen, että kansainvälisen vertailun mukaan terveydenhuollon palvelut jakautuivat maassamme epätasa-arvoisesti, ja samalla suomalaiset olivat tyytymättömiä perusterveydenhuollon toimivuuteen.

Syitä perusterveydenhuollon toimimattomuuteen nähtiin siis olevan useita. Lääkärit kokivat omalääkärijärjestelmän alaisuudessa työskentelyn huonona vaihtoehtona uralleen verrattuna esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai yksityisen sektorin työpaikkoihin. Väestövastuulla toimivan terveyskeskuslääkärin työmäärää oli vaikea hallita, ja toisaalta passiivista työn sisältöä ei koettu välttämättä motivoivaksi tavaksi harjoittaa ammattiaan. Tämä johti ennen pitkää lääkäripulaan julkisella sektorilla, etenkin perusterveydenhuollon avopalveluiden ydinalueella eli terveyskeskuksissa. Tämän seurauksena terveyskeskuslääkärien vakansseja hoitivat pääsääntöisesti nuoret, vastavalmistuneet ja verrattain kokemattomat lääkärit. Myös vuokratyövoiman käyttö terveyskeskuksissa lisääntyi pakon sanelemana, tämä oli selvää seurausta siitä että vähintäänkin aiempaa työmäärää oli hoitamassa vähemmän virassa olevia lääkäreitä.

Epätasa-arvoisuus julkisen sektorin terveystalouden toteutuksessa näyttäytyi avopalveluiden passiivisten toimintakonseptin vuoksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoidon piirissä olivat pääsääntöisesti vain ne kansalaiset jotka aktiivisesti siihen hakeutuivat. Samaan aikaan ne henkilöt jotka mahdollisesti olivat suuressa määrin hoidon tarpeessa, mutta suhtautuivat terveydenhuoltoon passiivisesti, jäivät tyystin avoterveydenhuollon ulkopuolelle. Tilanteeseen varmasti vaikutti suurelta osin myös edelleen jatkuva väestön ikääntyminen. Voidaan olettaa että varsinkin yksittäiset ikääntyneet kansalaiset saattavat jäädä nuoria tai työikäisiä helpommin passiivisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelle. Joka tapauksessa 2000-luvun alun terveydenhuoltojärjestelmäämme ei voitu kuvailla ennaltaehkäiseväksi.

Henkilöstön suuri vaihtuvuus, kokoneiden ammattilaisten puute yhdistettynä rajallisiin taloudellisiin resursseihin ei voinut olla näkymättä niin hoitoon pääsyn ajoissa, kuin asiakkaiden tyytyväisyydessä saamiinsa terveystalouteihin. Kun tähän yhdistetään terveydenhuollon eri hoitomuotojen jatkuva kehittyminen, asiakkaiden jatkuvasti kasvavat odotukset ja vaatimukset palveluja kohtaan, sekä edelleen niukat ja rajalliset taloudelliset resurssit, on helppo ymmärtää miksi omalääkärijärjestelmä ei kykene enää tänä päivänä vastaamaan sellaisenaan niin asiakkaiden tarpeisiin, kuin terveydenhuollon yleisiin vaatimuksiin.

7.2 Katsaus nykyhetkeen

Tänä päivänä tilanne julkisessa terveydenhuollossa on parempi kuin 2000-luvun alussa. Kun perusterveydenhuollon ongelmiin havahduttiin, maassamme käynnistettiin useita hankkeita tilanteen parantamiseksi. Tämä näkyy myös kansainvälisessä vertailussa, jossa Suomi on kivunnut kohti kärkeä eri mittareilla tutkittaessa julkisen terveydenhuollon toimivuutta. Eri hankkeilla pyrittiin, ja pyritään yhä, kehittämään julkisin varoin ylläpidettyä terveydenhuoltojärjestelmää, joiden yksi osa on terveyskeskusten sisällä toteutettava terveysasemien vastaanotto toiminta ja sen toteuttaminen. Taulukossa 7. esitellään aiemmin kappaleessa 3.1 avatut vastaanottomallit, sekä niiden hyödyt sekä haitat. Vastaanottomallien kehitystyön

tavoitteena parantaa terveyskeskusten toimintaa organisaatorakenteita ja toiminnan toteutusta uudistamalla vastaamaan tämän päivän tarpeita, niin asiakkaiden, kuin terveydenhuollon yleisten vaatimusten osalta. Näitä vaatimuksia ovat laadukkaat ja vaikuttavat palvelut, joita voidaan tarjota tuottavasti käytettävissä olevilla rajallisilla resursseilla.

MALLI	HYÖDYT	HAITAT
<u>Perinteinen vastaanottomalli</u>	Hoidon jatkuvuus. Asiakassuhteen syvyys. Hoitovastuun selkeys.	Henkilöstön riittävyys. Työmäärän hallinta. Työmäärien jakautuminen epätasaisesti.
<u>Carve out- malli</u>	Joustava hoitoon pääsy. Nopea hoitoon pääsy.	Ei jatkuvaa hoitosuhdetta. Kriteerit hoitoon pääsyyn. Resurssien arviointi.
<u>Omalääkäri-omahoitaja malli</u>	Hoitajan rooli merkittävä. Vapauttaa lääkäresursseja. Hoitovastuun selkeys.	Henkilöstön riittävyys. Lääkäri-hoitaja suhteen toimivuus.
<u>Listautumismalli</u>	Toimii satunnaiskävijöillä. Nopeuttaa hoitoon pääsyä. Vapauttaa resursseja.	Kuormittaa ajanvarausta. Vastuunjakautumisen epäselvyys. Asiakkaan vastuu.
<u>Kanavamalli</u>	Resurssien jakautuminen. Kustannustehokas. Asiakkaan osallistaminen. Julkisen-, yksityisen- ja kolmannen sektorin yhteistyö.	Resurssien jakautumisen tasapuolisuus. Asiakkaan vastuun korostuminen. Usean toimijan verkoston hallinta.
<u>Oma lääkärisi toimintakonsepti</u>	Asiakastyytyväisyys. Kustannustehokas. Hoidon tulokset.	Monistettavuus.
<u>Pikavastaanotto</u>	Nopea hoitoon pääsy. Kustannustehokas.	Hoidon suppeus. Vaatii kokenutta henkilökuntaa. Vastuukysymykset.
<u>Puhelinvastaanotto sekä sähköinen asiointi</u>	Kustannustehokas. Asiakaslähtöinen. Asiakkaan osallistaminen.	Hoidon suppeus. Vastuukysymykset.

Taulukko 7. Tutkimuksessa esitellyt vastaanottomallit sekä niiden hyödyt ja haitat.

Julkisin varoin toimiva perusterveydenhuolto, ja avoterveydenhuollon palvelut sen yhtenä osana, on ollut viime aikoina suurien haasteiden edessä. Terveydenhuollon eri

toimintojen jatkuva kehitys vaatii hyvin koulutettua ja ammatillisesti laajaa osaamista omaavaa henkilöstöä päivittäisten toimintojen suorittamiseksi. Myös asiakkaiden, eli kansalaisten, jatkuvasti kasvavat odotukset terveydenhuollon sisällöstä, palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta edellyttävät paljon terveyskeskuksilta ja niiden alaisuudessa toimivilta terveysasemilta.

Kansallisilla kehittämishankkeilla on saatu aikaan muutoksia perusterveydenhuollon avopalveluiden toteutukseen, ja sitä kautta hoitoon pääsy on nopeutunut sekä asiakkaiden tyytyväisyys terveyspalveluita kohtaan on parantunut. Yksi keskeisimmistä muutoksista on ollut omalääkärijärjestelmän osittainen purkaminen ja vaihtoehtoisten vastaanottomallinen käytön testaaminen usealla paikkakunnalla ympäri maata. Yksi osa tätä tutkimusta oli tällaisten vaihtoehtoisten mallien arviointi Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon osalta, ja tämän vuoksi kyseisen hankkeen esiin nostamia seikkoja käsitellään suuressa määrin osana tämän työn johtopäätelmiä.

Asiantuntijoiden mukaan syitä omalääkärijärjestelmän ongelmiin vastata tämän päivän tarpeisiin on useita. Esimerkiksi Dosentti Simo Kokon mukaan (Lääkärilehti 39/2015) omalääkärijärjestelmän rakenne palkkauksen ja työmäärän osalta on niin heikko että lääkärit eivät näe sitä mielekkäänä tapana harjoittaa ammattiaan. Itse näen omalääkärijärjestelmän vaiheittaisen purkamisen ja korvaamisen vaihtoehtoisilla vastaanottomalleilla seurauksena pääsääntöisesti kolmesta keskeisimmästä syystä. Tänä päivänä julkisen terveydenhuollon vaatimuksiin kuuluu kliinisen hoitotyön ohella ennaltaehkäisevä, itseohjautuvuuteen pyrkivä ja terveyskasvatuksellinen aspekti. Toisaalta muuttunut lainsäädäntö, joka on vaiheittain lisännyt terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksia vaikuttaa hoitopaikkansa valintaan, sekä hoitavan lääkäriinsä määräytymiseen edellyttää avoterveydenhuollolta muutakin toimintakonseptia kuin väestövastuuseen perustuvan omalääkärijärjestelmän tarjoamista. Lainsäädännön muutoksiin liittyy myös hoitotakuu, joka määrittää hoitoon pääsyn ajat. Kun tähän lisätään vielä terveydenhuollon eri hoitomenetelmien kehittyminen etenkin horisontaalisella tasolla, ja niiden lisääntynyt käyttö myös perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon ohella, on väistämätöntä että yksittäinen terveyskeskuslääkäri ei kykene tarjoamaan asiakkaalleen niitä kaikkia palveluita joita nykyaikainen terveydenhuolto pystyy, ja joita sen edellytetään, asiakkailleen tarjoamaan.

Omalääkärivetoista terveyskeskukseen vastaanotto toimintaa on maassamme päivitetty vaiheittain. Yksi suosituimmista vaihtoehtoisista vastineena omalääkärille on ollut työparimallin käyttöönotto. Työparimalli eroaa perinteisestä omalääkärimallista siinä että terveysaseman asiakkaalle on omalääkäri ohella määrätty myös omahoitaja. Kun aiemmin lääkärin kanssa työskentelevä ja asiakkaan hoitoon osallistuva hoitaja vaihteli työtilanteen mukaan, niin työparimallissa lähtökohtana on vakiintunut työpari jonka lääkäri ja hoitaja muodostavat. Työparimallin ehdoton etu on siinä että lääkärin ohella myös hoitaja tuntee asiakkaansa. Kuten aiemmin todettiin niin lääkäripulan, sekä terveyskeskuksen monipuolisempien tehtävien johdosta yksittäisen lääkärin työmäärä on pahimmassa tapauksessa hallitsematon. Kun puolestaan hoitotyössä mukana oleva hoitaja tuntee asiakkaan, voi työpari jakaa hoitotyöhön sisältyviä tehtäviä sisällön mukaan enenemissä määrin myös hoitajalle. Tällöin lääkärille jää enemmän aikaa sellaisiin tehtäviin jotka vaativat hänen ammattitaitoaan, ja vastaavat paremmin työn sisällön tarkoitusta. Tässä yhteydessä tarkoitan sellaisia tehtäviä kuten esimerkiksi kontrollikäynnit ja tietyt mittaukset, joita hoitajat voivat suorittaa, ja joihin heidät on myös koulutettu. Myös omahoidollinen ohjaus, kuten vaikkapa tupakoinnin lopettamisen käynnistäminen ja prosessin tukeminen, kuuluu tällaisiin tehtäviin. Tarvittaessa omahoitaja voi konsultoida asiakkaan omalääkäriä hoitoon liittyen, tällä tavoin varmistetaan hoidon laatu sekä asiakkaan tyytyväisyys saamaansa terveyspalveluun.

Työparimallin ohella toinen vartenotettava vaihtoehtoinen tapa järjestää terveysasemien vastaanottopalvelut on niin sanottu listautumismalli. Listautumismallin johtoajatuksena on tarjota nopea hoitoon pääsy satunnaisesti terveyspalveluja käyttäville henkilöille, tällöin heidän hoidostaan vastaa tilanteesta riippuen terveyskeskuksen tai terveysaseman ensimmäinen vapaana oleva lääkäri. Listautumismallin ideana on siis parantaa asiakastyytyväisyyttä nopeuttamalla hoitoon pääsyä yksittäisten terveysasemakäyntien osalta, pitkäaikaissairaiden hoidossa sekä suuressa määrin terveyskeskuspalveluita käyttävien henkilöiden kohdalla hoidosta vastaa listautumismallista riippumatta yhä omalääkäri sekä mahdollisesti omahoitaja.

Listautumismallia on kokeiltu pilottihankkeiden kautta usealla paikkakunnalla Suomessa ja tulokset ovat olleet osaltaan rohkaisevia. Satunnaisesti terveysaseman

palveluita käyttävät henkilöt ovat kokeneet nopean hoitoon pääsyn tärkeämmäksi kuin sen, että hoitava lääkäri on joka käynnillä sama. Listautumismallin kokeiluilla on myös pystytty tasoittamaan työmääriä lääkäreiden välillä joka on omalta osaltaan parantanut terveydenhuollon ammattihenkilöiden työtyytyväisyyttä. Listautumismallin käytöstä on myös syntynyt epäkohtia jotka pääsääntöisesti liittyvät ajanvarauksen toimivuuteen sekä hoitovastuun määräytymiseen.

Joka tapauksessa sekä julkisen terveydenhuollon asiakkaat että työntekijät kokevat listautumismallin käyttökelpoisena, ja ennen kaikkea kehityskelpoisena, vaihtoehtona toteuttaa tämän päivän terveysaseman vastaanottopalveluita. Tarkoituksenmukaisesti toimiessaan listautumismalli tarjoaa terveyskeskuksen satunnaiselle asiakkaalle nopean hoitoon pääsyn, tasoittaa lääkäreiden työmääriä ja varmistaa usein palveluita tarvitsevien asiakkaiden yksilöllisen hoidon.

7.3 Case Tampere

Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon vastaanottopalveluita on kehitetty systemaattisesti viime vuosina. Kuten useissa muissa kaupungeissa, myös Tampereella terveysasemien vastaanottopalvelut on aiemmin järjestetty perustuen omalääkärijärjestelmään. Käytännössä kuntalaisten hakeutuminen omalääkärille on tapahtunut joko keskitetyn ajanvarauksen kautta, tai suoraan oman terveysaseman kautta.

Tampere ei ole tehnyt valtakunnallisesti juurikaan poikkeusta kiireettömän hoitoon pääsyn jonotusajoissa verrattuna tilanteeseen valtakunnallisesti. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) voimaantulon seurauksena myös Tampereella on uudelleenjärjestelty avoterveydenhuollon vastaanottopalveluita vastaamaan tämän päivän vaatimuksia, sekä parantamaan asiakastytyväisyyttä. Tampereen avoterveydenhuollon vastaanottopalveluiden toteutusta tarkasteltiin VTT:n vertailussa (Heikkilä ym. 2010) tämän vuosikymmenen alussa. Kyseisessä raportissa vertailtiin toimintaa perinteisen omalääkärikonseptin mukaan toimivalla julkisella terveysasemalla, sekä ostopalveluna avoterveydenhuollon vastaanottopalveluita tuottavan yksityisen terveysaseman

työparimallin tarjoamia palveluita. Ottamatta kantaa myöhempiin muutoksiin vastaanottopalveluiden järjestämisen perusteista Tampereella, mainittakoon että 2014 kyseinen työparimallilla edelleen toimiva terveysasema sai eniten uusia asiakkaita Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon terveysasemista. Tieto on siinä mielessä kiinnostava, että vuoden 2011 alusta kuntalaiset ovat Tampereellakin voineet vaihtaa niin halutessaan omaa terveysasemaansa.

Vuonna 2013 Tampereen kaupungin kahdella terveysasemalla käynnistettiin pilottihanke, jonka puitteissa otettiin kokeiluun listautumismalli satunnaisesti kyseisillä terveysasemilla asioivien kuntalaisten vaihtoehtoisena vastaanottomallina. Kuten listautumismallin kuvailusta voidaan todeta, se ei niinkään ole vastine omalääkäri- tai työparimallille, vaan ainoastaan kriteeri sille millä perustein asiakkaan ajanvaraus toteutetaan ja kenelle hoitavalle lääkärille asiakas ohjataan. Vuonna 2015 Tampereen kaupungin terveysasemilla siirrytään vaiheittain työparimallin käyttöön vastaanottopalveluiden parantamiseksi. Työparimallin käyttöä puoltavat hyvät kokemukset kyseisestä toimintamallista Omapihlajan terveysasemalta, jonka palvelurakenteesta myös kuntalaiset ovat olleet ilmeisen tyytyväisiä. Listautumismallin pilottihanke on edelleen käytössä riippumatta työparimallin käyttöönotosta.

Kyseiset muutokset osoittavat sen, että Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon palveluita kehitetään dynaamisesti vastaamaan paremmin tämän päivän vaatimuksia niin asiakkaiden, rahoittajien kuin palveluntarjoajankin näkökulmasta. On myös huomioitava se seikka, että muutokset palvelujen järjestämisessä näyttävät tapahtuvan systemaattisesti linjassa niin kuntalaisten toiveiden, tuoreen tutkimustiedon sekä muiden palveluntarjoajien positiivisten kokemusten valossa.

Yhtenä osana tätä tutkimusta oli selvittää Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä liittyen vastaanottopalveluiden järjestämiseen. Tämän erillisen konsultointiprosessin tavoitteena oli tuottaa lisäarvoa Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon uudelleen järjestelyprosessiin jonka tavoitteena on luoda yhtenäinen toimintamalli koko terveyskeskuksen alueelle. Aineisto kerättiin haastattelemalla Linnainmaan terveysaseman hoitajia, sekä kyselyllä saman terveysaseman lääkäreille. Aineiston keruu tapahtui toukokuussa 2015. Linnainmaan terveysaseman henkilöstön valikoituminen edustamaan Tampereen kaupungin

avoterveydenhuollon henkilöstöä tapahtui asiakkaan toiveesta. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että Linnainmaan terveysaseman henkilöstö on verrattain kokenutta. Lisäksi Linnainmaan terveysaseman henkilöstöllä on kokemusta sekä listautumismallin pilottihankkeesta, että työparimallin käyttöönoton ensimmäisistä vaiheista. Tämän ryhmähaastattelulla, sekä suljetulla kyselyllä kerätyn empiirisen aineiston lisäksi tutkimuksessa käytettiin kootusti Tampereen kaupungin terveysasemien lääkäreiltä työnantajan toimesta aiemmin keväällä 2015 kerättyä kyselyaineistoa.

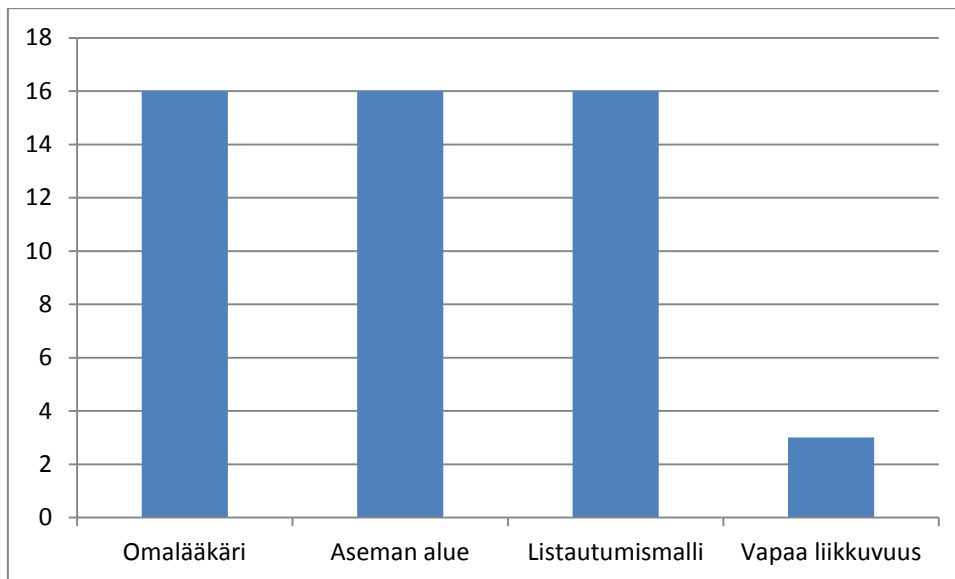
Aineiston perusteella nousi esiin useita mielenkiintoisia seikkoja liittyen vastaanottopalveluiden järjestämiseen. Linnainmaan terveysaseman hoitajat näkivät työparimallin toimivana tapana toteuttaa terveysaseman vastaanottopalvelut. Hoitajien näkemyksen mukaan työparimalli on hyvä uudistus vastaanottopalveluiden järjestämiseksi, sillä edellytyksellä että työvoimaa on riittävästi sen toteuttamiseksi. Haastattelu hetkellä työparimalli oli vasta otettu käyttöön, ja tilanne oli sellainen jossa osalla hoitajista oli yksi työpari ja osalla kaksi työparia. Hoitajat kaipasivat enemmän aikaa työparinsa kanssa, jotta työn sisältöön liittyviä yksityiskohtia voisi paremmin käydä läpi. Tämä vaikuttaakin loogiselta siinä mielessä, että hoitajien kertoman mukaan heidän työnkuvansa on muuttunut kliinisestä hoitotyöstä enemmän kartoittavaksi ja ohjaavaksi. Tähän syynä on hoitajien näkemyksen mukaan lääkärin vastaanottoaikojen vähentyminen. Mielenkiintoinen yksityiskohta on se, että hoitajat eivät koe työmääränsä lisääntyneen vaikka lääkäreiden vastaanottoajat ovatkin vähentyneet. Sen sijaan he kokevat työnkuvansa olevan entistä monipuolisempi ja vastuullisempi kuin aiemmin. Lääkäreiden vastaanottoaikojen vähentymisen hoitajat näkevät johtuvan ennen kaikkea lääkäreiden kirjalliseen työhön käytettävän ajan määrän lisääntymisestä. Yhä edelleen tämän hoitajat arvelevat johtuvan lääkäreiden vähäisestä työkokemuksesta.

Listautumismallin pilotointi sai hoitajilta positiivisen vastaanoton. Heidän näkemyksensä mukaan terveysaseman satunnaiset asiakkaat arvostavat nopeaa hoitoon pääsyä jonka listautumismalli heille mahdollistaa. Suurinta kritiikkiä listautumismalliin liittyen hoitajat antoivat keskitetylle ajanvaraukselle, joka ei heidän mukaansa toimi listautumismallin edellyttämällä tavalla. Hoitajat toivovat että asiakas voisi varata ajan suoraan terveysaseman hoitajalta epäselvyyksien välttämiseksi. Lisäksi he korostivat

terveyspalvelun tuottajan vastuuta vastaanottoiminnan järjestämisen toimivuudesta ja sujuvuudesta, sen sijaan että vastuu olisi terveyspalvelun asiakkaalla.

Linnainmaan terveysaseman lääkärit suhtautuivat lähtökohtaisesti positiivisesti sekä listautumismallin mahdollisuuteen, että työparimallin käyttöön vastaanottopalveluiden toteuttamisessa. Lääkäreiden näkemyksen mukaan listautumismallin mahdollisuus tuottaa lisäarvoa varsinkin satunnaisten terveyspalveluiden käyttäjien keskuudessa. Lääkärit eivät kokeneet listautumismallin vaikuttavan merkittävästi heidän työmääriinsä. Mielenkiintoinen huomio listautumismallia tutkittaessa oli se, että tutkimuksen toteutushetkellä lääkärit ilmoittivat asiakkaan mahdollisen listautumisen lähtevät asiakkaan omasta tahdosta. Yksikään kyselyyn vastanneista lääkäreistä ei ilmoittanut asiakkaan mahdollisen listautumisen lähtevän hoitohenkilökunnan ehdotuksesta. Mahdollisen listautumisen keskeisimmäksi kriteeriksi lääkärit mainitsivat monikävijyyden, eli sen että asiakas käyttää useasti terveysaseman palveluita. Myös työparimalli sai varovaisen positiivista palautetta lääkäreiltä. Varsinkin kysyttäessä työparimallin käytön vaikutuksesta terveysaseman tehokkaampaan toimintaan vastasivat lääkärit myöntävästi.

Keväällä 2015 työnantajan toteuttamaan kyselyyn vastasi 51 terveyskeskuslääkäriä Tampereen kaupungin avoterveydenhuollosta. Heiltä kysyttiin muun muassa sitä millaisin perustein terveyskeskuksen asiakkaan hoitopaikka tulisi määräytyä, jotta asiakkaita kohdeltaisiin tasavertaisesti, ja toisaalta jotta lääkäreiden työolot olisivat tasavertaiset terveyskeskuksen sisällä. Kyselyyn vastanneista 16 henkilöä ilmoitti parhaaksi vaihtoehdoksi perinteisen omalääkärijärjestelmän, jolloin lääkäriellä on oma alue. 16 vastaajaa niin ikään kannatti mallia jossa kuntalaisella on vapaa liikkuvuus oman terveysaseman sisällä. Myös 16 vastaajaa kannatti listautumismallin käyttöä, ja jäljelle jääneet kolme vastaajaa toivoivat asiakkaiden vapaata liikkuvuutta koko terveyskeskuksen, eli koko kaupungin, alueella. Vastausten jakauma on esitetty taulukossa 8.



Taulukko 8. Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon lääkäreiden näkemys palveluiden järjestämisestä keväällä 2015.

Omalääkärimallin kannattajat perustelivat kantaansa hoidon jatkuvuuden varmistumisella sekä hoitovastuun selkeydellä. Lääkärit niin ikään totesivat omalääkärijärjestelmän palvelevan parhaiten sekä asiakasta että lääkäriä koska tällöin he tuntevat toisensa. Lääkärit myös mainitsivat omalääkärijärjestelmän edellytykseksi riittävät resurssit, eli sen että lääkäreitä on tarpeeksi jolloin potilasmäärät eivät kasva liian suuriksi.

Terveysaseman sisällä asiakkaiden vapaata liikkuvuutta kannattavien lääkäreiden perustelut kannalleen liittyivät sekä asiakkaan, että lääkärin etuun. Tässä mallissa asiakkaan nähtiin pääsevän nopeammin hoitoon, ja toisaalta tämä malli mahdollistaisi asiakkaiden jakautumisen eri lääkäreille diagnosoiperusteisesti. Tällöin lääkäri voisi toteuttaa työtään oman erikoisosaamisensa ja kiinnostuksensa ohjaamana tilanteen sen salliessa.

Listautumismalli sai edelleen yhtä paljon kannatusta vastaajien keskuudessa kuin kaksi aiempaa vaihtoehtoa. Listautumismalli nähtiin varteenotettavana vaihtoehtona nimenomaan silloin kun asiakkaan listautuminen toteutettaisiin palveluntuottajan toimesta. Lääkäreiden näkemyksen mukaan siis tietyt kriteerit täyttävät asiakkaat tulisi niin sanotusti ”pakkolistata” jollekin lääkärille. Ongelmalliseksi tämän vaihtoehdon tekee myös lääkärin vastauksissaan mainitsema asiakkaan valinnanvapaus.

Vapaata liikkuvuutta koko terveyskeskuksen alueella perusteltiin pääosin asiakkaiden valinnanvapaudella. Samalla kuitenkin todettiin täydellisen vapaan liikkuvuuden kuormittavan todennäköisesti kohtuuttomasti osaa terveysasemista. Myös vastuukysymykset hoidon toteutuksesta ja tuloksista mietityttivät lääkäreitä tässä mallissa.

Taulukossa 9. on listattu yhteenveto sekä lääkärien, että hoitajien näkemyksistä hoidon järjestämisen eri mallien hyvistä ja huonoista puolista. Kommentin perässä oleva + tai – merkki kertoo siitä onko kyseinen näkemys positiivinen vai negatiivinen. Koska taulukko on yhteenveto niin Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon lääkäreiden näkemyksistä, kuin Linnainmaan terveysaseman hoitajien haastattelusta, hoitajien kommentit liittyvät ainoastaan listautumismallin sekä työparimallin toteutukseen.

Hoidon järjestäminen	Lääkärien kokemukset/ajatukset	Hoitajien kokemukset/ajatukset
<u>Omalääkäri</u>	Paras hoidon jatkuvuus (+). Selkeä vastuu (+). Riittämättömät resurssit (-). Epätasa-arvoiset työmäärät (-).	
<u>Aseman alue</u>	Mahdollistaa diagnoosiperusteisen ohjautumisen (+). Asiakkaan valinnanvapaus (+). Resurssien riittävyyden suunnittelu (-).	
<u>Listautumismalli</u>	Mielekäs tapa työskennellä (+). Koetaan hyvänä lisänä hoidon toteutuksessa (+). Ei lisää työmäärää (+). Edellytyksenä asiakkaan monikävijyys (+/-). Asiakkaan valinnanvapaus (+/-).	Lisää hoitajien ja lääkäreiden välistä kommunikointia (+). Erikseen nimetty konsulttilääkäri selkeyttää toimintaa (+). Aiheuttaa sekaannusta ajanvarauksessa (-).
<u>Työparimalli</u>	Parempi resurssien allokointi (+). Mahdollistaa kattavamman palvelutarjonnan (+). Ei vähennä työmäärää (-).	Mielekäs tapa työskennellä (+). Laajempi toimenkuva (+). Ei toimi jos lääkäreitä ei ole riittävästi (-).
<u>Vapaa liikkuvuus</u>	Asiakkaan valinta hoitavasta lääkäristä (+). Vastuu hoidosta (-). Epätasa-arvoiset työmäärät (-). Resurssien riittävyyden suunnittelu (-).	

Taulukko 9. Tampereen kaupungin lääkäreiden sekä Linnainmaan terveysaseman hoitajien näkemyksistä eri mallien hyvistä ja huonoista puolista.

7.4 Päätelmät

2010- luvun perusterveydenhuolto, ja tässä tapauksessa siihen sisältyvä terveyskeskusten vastaanottopalvelu, on sisällöltään ja vaatimuksiltaan hyvin erilaista kun 1990- luvulta tähän päivään merkittävässä roolissa ollut omalääkäripohjainen terveyskeskusten vastaanotto toiminta. Aiemmin kuntalainen saattoi varata ajan hänelle erikseen määrätylle omalääkärille, joka usein vielä tunsikin asiakkaansa. Hoitoon pääsyn

aika oli kohtuullinen, ja omalääkäri ohjasi asiakkaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon piiriin.

2000- luvulle tultaessa omalääkärijärjestelmä alkoi hiljalleen olla vaikeuksissa lääkäreiden väestövastuiden kasvaessa sekä taloudellisten että rakenteellisten muutoksien vuoksi. Samaan aikaan vaatimukset avoterveydenhuollon sisällöstä ja vaikutuksista alkoivat muuttua. Aiemmin perusterveydenhuolto keskittyi ”tulipalojen sammuttamiseen” kun tänä päivänä sen on tarkoitus ennaltaehkäistä niitä. Jotta kestävyysvaje terveydenhuollon sektorilla saataisiin taistumaan, on kiistatonta että kansansairauksien ennaltaehkäisevään toimintaan tulee panostaa enenemissä määrin. Laskelmia ja ennusteita siitä kuinka suuren säästön tänään ennaltaehkäisevään terveydenhuoltotyön panostettu euro tuo esimerkiksi 30 vuoden kuluttua on lukuisia.

Tänä päivänä terveyskeskuksen palvelut nähdään ennemminkin kokonaisvaltaisina hoitoprosesseina kuin yksittäisinä hoitotoimenpiteinä. Myös palveluntuottajia ohjaava lainsäädäntö, jota on viimeaikoina myös päivitetty, mainitsee tämän selkeästi. Tämän päivän vaatimusten toteutuminen edellyttää sitä, että hoitotyöhön osallistuu tarvittaessa moniammatillinen joukko terveydenhuollon eri ammattilaisia, ja lääkäri toimii osana tätä tiimiä. Esimerkiksi voidaan ottaa vaikkapa fysikaalinen kuntoutus, jossa lääkärin tekemän diagnoosin jälkeen kuntoutustiimi laatii asiakkaalle kuntoutussuunnitelman jota seurataan kontrollikäynneillä, tarvittaessa omalääkäriä voidaan konsultoida koko kuntoutusprosessin ajan. Toisena esimerkkinä voisi olla diabeteksen hoito, joka toteutuu moniammatillisen tiimin toteutuksella seurantoineen, ja jälleen omalääkäri toimii osana tätä hoitotiimiä.

Väestön ikääntyessä ja hoitomuotojen kehittyessä on selvää että julkinen terveydenhuolto on jatkuvassa paineessa yhä kasvavien vaatimusten ja niukkojen resurssien ristipaineessa. Mitä tehokkaammin perusterveydenhuollossa pystytään ennaltaehkäisemään kansantauteja ja elintapasairauksia, sitä enemmän rajallisia resursseja voidaan ohjata välttämättömiin hoitotoimenpiteisiin. Maassamme on kansainvälisestikin korkeasti koulutettuja terveydenhuollon ammattilaisia, joiden yhteistyössä toteuttama ennaltaehkäisevä ja itseohjautuvuuteen pyrkivä terveyskasvatuksellinen toiminta mahdollistaa monipuolisempien ja vaikuttavimpien terveyspalvelujen tarjoamisen nykyisillä resursseilla. Tästä erittäin hyvänä esimerkkinä

on Hämeenlinnan kaupungilla käytössä oleva kanavamalli, jossa 95% julkisen terveydenhuollon asiakkaista pyritään aktivoimaan omahoidollisesti kevyemmän palvelurakenteen toimesta. Runsaasti terveyspalveluita käyttävät henkilöt puolestaan ohjataan yksilöllisempään hoitoon joka vaatii enemmän resursseja, mutta joita on käytössä, koska ne on budjetoitu jäljelle jäävälle 5%:lle palvelun käyttäjistä.

Se että rajalliset ja niukat resurssit saadaan riittämään edellyttää juuri kanavamallin kaltaisia luovia ratkaisuja avoterveydenhuollon palveluiden organisoimiseksi. Sähköisten viestintäkanavien hyödyntäminen osana terveystieteiden toimintaa on yksi konkreettinen tapa parantaa asiakkaille tarjottavaa palvelun laatua, sekä samalla säästää henkilöstöresursseja. Asiakkaiden osallistaminen osaksi hoitoprosessia, sekä ryhmämuotoinen toiminta ovat myös tutkitusti mielekkäitä sekä vaikuttavia tapoja organisoida terveystieteiden sisältöä. Mitä kattavampia ennaltaehkäiseviä terveydenhuollon palveluita terveystietokeskus pystyy tarjoamaan, sitä enemmän rajallisia lääkäriresursseja jää käyttöön konkreettisiin ja perusteltuihin toimenpiteisiin. Tutkimusaineiston perusteella voidaan myös nostaa esiin se seikka, että mitä tyytyväisempi henkilöstö terveystasemalla työskentelee, sitä laadukkaampia ja tuottavampia palveluita terveystasema pystyy asiakkailleen tarjoamaan. Tästä löytyi konkreettisia esimerkkejä esimerkiksi Tampereelta ja Espoosta. On siis ensiarvoisen tärkeää palveluntuottajan näkökulmasta varmistaa henkilöstön tyytyväisyys, joka näyttäytyy luonnollisesti myös pienempänä henkilöstön vaihtuvuutena.

Tutkimustulokset kertovat konkreettista kieltä siitä että perinteinen omalääkärijärjestelmävetoinen terveystasema on auttamatta vanhainaikainen, eikä se pysty tarjoamaan niitä palveluita joita tänä päivänä julkisen terveydenhuollon odotetaan tarjoavan. Ammattitaitoinen useista terveydenhuollon ammattilaisista koostuva tiimi pystyy tarjoamaan terveystieteiden asiakkaalle kattavampia ja vaikuttavampia terveydenhuollon palveluita kevyemmällä kustannusrakenteella. Erityisen merkittävää on se, että tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti toimiessaan nykyaikainen terveystaseman vastaanottomalli voi samanaikaisesti säästää julkisia varoja, ohjata rajallisia lääkäriresursseja paremmin, ja saada aikaan vaikuttavampia terveyshyötyjä kansallisesti. Käytännössä tällöin ei voida enää puhua vastaanottomallista, vaan ennemminkin palvelumallista jossa perinteinen lääkärikeskeinen toiminta korvautuu

moniammatillisella ryhmällä. Mahdollisten muutosten seurauksien arviointi on tällaisen aiheen kohdalla haastavaa johtuen vaikuttavuuden ilmentymisestä mahdollisesti vasta vuosien kuluttua. Joka tapauksessa on olemassa selviä viitteitä siitä että ennaltaehkäisevään terveystyöhön panostaminen saa aikaan positiivisia vaikutuksia niin taloudellisesti, kuin terveydenedistämisen näkökulmasta.

Kuten Tampereen kaupungin avoterveydenhuollon vastaanotto toiminnan muutokset viime vuosina osoittavat, terveydenhuollon organisaatiotasolla on oltava valmiudet kehittää toimintaa dynaamisesti alati muuttuvassa toimintaympäristössä. Organisaatiotasolla terveystalouden toteuttamiseen suunnitteluun vaikuttavat lukuisat eri tekijät. Näitä ovat asiakkaiden toiveet ja odotukset, palveluntuottajan itselleen asettamat vaatimukset, lainsäätäjän edellytykset sekä käytössä olevat resurssit. Tampereen esimerkissä toiminnan kehittäminen on toisaalta tähänlainsäätäjän edellyttämien tavoitteiden saavuttamiseen, asiakkaiden toiveiden toteuttamiseen kuin käytössä olevien resurssienkin tehokkaampaan allokointiin. Listautumismallin pilottihanke on ehdottoman hyvä keino parantaa terveystalouden asiakkaiden tyytyväisyyttä nopeuttamalla ja helpottamalla hoitoon pääsyä. Tehokkaasti toimiessaan se myös mahdollistaa pitkäaikaissairaiden ja usein terveystaloudella käyttävien kuntalaisten yksilöllisempien terveystalouden organisoimisen asiakaslähtöisemmin. Listautumismallin käyttöä on perusteltua jatkaa ja kehittää edelleen. Sen tehokkaamman hyödyntämisen edellytyksenä on ajanvarauskäytännön yhtenäistämisen, sekä organisaatiolla tapahtuvan yhteisten toimintaohjeiden luomisen. Tällä tarkoitetaan sitä että palveluntuottajan tulee määrittellä raamit millaisissa tilanteissa listautumista tulisi käyttää, ja toimintaohje tulee ottaa käyttöön koko terveystalouden sisällä. Myös ajanvarauksen toteutus tulee uudelleen organisoida siten että mahdollisilta ”tuplaajanvarauksilta” ja muilta epäkohdilta vältyttäisiin. Keskeisin haaste listautumismallin käytön kannalta on kysymys siitä kuka listautumisesta viimekädessä päättää. Asiakkaan lakisääteinen oikeus vaikuttaa hoitopaikkaansa valintaan, ja toisaalta ennustettava, tehokas ja organisoitu terveystalouden vastaanotto toiminta luovat ristiriitatilanteen jonka ratkaiseminen ei ole yksiselitteistä.

Yleisellä tasolla terveydenhuollon avopalveluiden kehittämisen edellytyksenä on jatkuva pilotointi, tutkimustyö ja vaihtoehtoisten toimintamallien testaaminen. Tässä

työssä esiteltyjen kehittämishankkeiden ohella uusia vastaavia kehitellään jatkuvasti, ja terveydenhuollon toimijoiden tulee myös poimimaan lukuisista eri vaihtoehdoista itselleen toimivia käytänteitä osaksi oman toimintansa kehittämistä. Vastaanottomalleja voidaan jatkuvasti kehittää uusia ja nimetä niitä myös uudelleen. Tärkeintä on kuitenkin itse toiminnan sisällön laatu sekä vaikuttavuus niin asiakkaan, kuin palveluntuottajankin näkökulmasta. Tämän vuoksi ei pidä sokaistua aina uusiin ja vallankumouksellisiin toimintamalleihin, vaan analysoida ennen kaikkea jo käytössä olevien hyviä ja huonoja ominaisuuksia, sekä pyrkiä kehittämään toimintaa myös niiden avulla. Tampereen tapauksessa hyvänä esimerkkinä toimi hoitajien toive siitä, että henkilöstä osallistettaisiin nykyistä enemmän mukaan toiminnan suunnitteluun. Tällöin asiakasrajapinnasta saataisiin arvokasta informaatiota jota voitaisiin hyödyntää organisaatiossa osana toiminnan suunnittelua.

Terveydenhuollon palveluiden arvioinnin haastavuus tulee esiin usealla eri tavalla. Yksi suurimmista haasteista on siinä, arvioidaanko palveluiden aikaansaannoksia asiakkaan vai palvelun tuottajan näkökulmasta. Kuten moneen kertaan on todettu, niin julkinen terveydenhuolto pyrkii tarjoamaan niin laadukkaita ja vaikuttavia palveluita kuin vaan mahdollista rajallisilla käytössä olevilla resursseilla. Asiakkaiden tarpeet ovat kuitenkin rajattomat, ja ne kasvavat kokoajan jolloin terveystalouden tuottajien osa on äärimmäisen haastava. Rajallisten resurssien mahdollisimman tehokas ja vaikuttava allokointi on keskeisin haaste vastaanottoiminnan kehittämiseksi. Asiakkaiden entistä tehokkaampi osallistaminen osaksi hoitoprosessia on välttämättömyys sille, että rajallisilla resursseilla voidaan tavoitella myös tulevaisuudessa vaikuttavia ja kestäviä tuloksia niin taloudellisesti, kuin terveyttä edistävien tavoitteiden toteutumisen osalta.

Joka tapauksessa järjestetäänpä terveysaseman lääkärinvastaanotto miten ja millaisin kriteerein tahansa, tärkeintä tänä päivänä on tuottaa sellaisia terveystalouden palveluita joiden kulurakenne palveluntuottajan kannalta on kestävä ja hallittu. Karu fakta on tämän jälkeen se, että mitä tehokkaimmin, vaikuttavammin ja asiakaslähtöisemmin toiminta on järjestetty, sen laadukkaammaksi palvelu voidaan arvioida. Tuottavuuden mittareita, sekä asiakkaiden näkemyksiä tarkastellessa näistä mitattavista suureista saadaan tietoa. Terveystalouden sisällön suunnittelijoiden tavoitteena tulee olla tarjota tasa-arvoiset, laadukkaat sekä kestäväällä taloudellisella pohjalla olevat terveystalouden palvelut kaikille

kunnallisen terveydenhuollon piirissä oleville ihmisille. Päätösten tekeminen siitä, kuinka vastaanotto järjestetään, on kaiken edellä mainitunkin jälkeen erittäin haasteellista. Tästä kertoo omalta osaltaan työntekijöidenkin mielipiteen jakautuminen kyseisestä asiasta (taulukko 7.)

Tässä tutkimuksessa tarkasteltuja perusterveydenhuollon vastaanottomalleja esiintyy niiden autenttisessa sisällössä vain teoriassa. Käytännössä terveysaseman toiminnot ja niiden toteutus elävät jatkuvasti, ja niiden toteutus tapahtuu dynaamisessa toimintaympäristössä parhaalla mahdollisella tavalla. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että toiminnan sisältöä joudutaan soveltamaan tilanteen mukaan huomioiden käytössä olevat resurssit. Tämän vuoksi aukottomia näkemyksiä ja johtopäätelmiä jonkin toimintamallin paremmuudesta tai toimimattomuudesta ei voida tehdä ainakaan kirjallisuuskatsauksen perusteella. Kuten aiemmin on todettu, terveysaseman toimintojen toteutukseen vaikuttaa käytössä olevien resurssien ohella toiminnan kohteen määrä ja ominaispiirteet, eli asiakkaat ja heidän tarpeensa. Koska asiakasmäärät sekä heidän tarpeensa hoidon sisällön suhteen vaihtelevat, voi jokin vastaanottomalli tietyllä hetkellä vastata asiakkaiden tarpeisiin paremmin kuin toisella hetkellä.

7.5 Kriittinen tarkastelu sekä jatkotutkimusaiheet

Edellisen kappaleen lopussa mainittu kliinisesti ja täydellisesti ennalta päätetyn mallin mukaisesti toimivan vastaanottomallin käytännön mahdottomuuden vuoksi tässä tutkimuksessa esiin nousseisiin eri toimintamallien käyttökelpoisuuteen yksityiskohtiin, ja toisaalta epäkohdiksi nostettuihin seikkoihin tulee suhtautua kriittisesti. Viimekädessä joka tapauksessa käytössä olevat resurssit määrittelevät raamit terveyspalvelun toteuttamiselle, ja toimintaa suorittavat ammattilaiset hyödyntävät niitä parhaalla katsomallaan tavalla.

Vastaanottomalleja tutkittaessa on jatkossa keskityttävä yhä pienempiin kokonaisuuksiin tutkimustulosten luotettavuuden turvaamiseksi. Yksittäisen vastaanottomallin sisällön pilkkominen ja niiden erillinen tarkastelu vähentää tarvetta yleistää, sekä mahdollistaa luotettavimpien havaintojen tekemisen.

Osittain edellä mainitun vuoksi jatkotutkimuksena olisikin mielenkiintoista tarkastella miten jokin tietty vastaanottomalli toimii pidemmän perspektiivin tarkastelussa. Nyt kun omalääkärijärjestelmää on purettu ja korvattu vaihtoehtoisilla vastaanottomalleilla, olisi aiheellista tutkia esimerkiksi miten listautumismalli tai kanavamalli toimii nimenomaan useamman eri palveluntuottajan näkökulmasta ja heidän kokemuksiaan tarkastelemalla. Kuten Tampereen kaupungin hoitajien mielipiteitä tarkastellessa nousi ilmi, on erittäin tärkeää analysoida perin pohjin käytössä olevien mallien toimivuutta nimenomaan käytännössä. Tämän kaltainen jatkotutkimus loisi pohjan laajemman ja perusteellisemmän yleiskatsauksen tekemiselle tänä päivänä käytössä olevien perusterveydenhuollon vastaanottomallien analysoinnille.

LÄHTEET

Artikkelit tieteellisissä aikakauslehdissä:

Murray, Mark & Berwick, Donald. M. 2003. Advanced Access, Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *Journal of the American Medical Association* 289 (February), 1035 - 1040.

Strindhall, Margareta & Henriks, Göran. 2007. How Improved Access to Healthcare Was Successfully Spread Across Sweden. *Manage Health Care* 16. (January–March), 16 - 24.

Ronkainen Eveliina. Onko etälääkäri tulevaisuuden lääkäri? *Suomen Lääkärilehti* 49/2014.

Kokko Simo. Omalääkärijärjestelmä pitäisi päivittää. *Suomen lääkärilehti* 39/2015.

Artikkelit sanomalehdessä:

He pitävät terveysaseman lääkärijonot lyhyinä. 2015. *Aamulehti* 22.3.2015. Uutiset A4-A7.

Palvelujen saatavuus ja hoidon jatkuvuus parantunut. *Kuntatyönantajat* 5/2004.

Teokset:

Grönroos, C. 2009. *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Juva: WS Bookwell Oy.

Hautamäki A., Mäkelin M., Savaspuro T., Seppänen T., Vepsäläinen A. 1990.

Palvelustrategiat julkisessa hallinnossa. Hyvinvointi 1990- luvulla. Sitra 111. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kariston kirjapaino Oy.

Isokoski, M. 1988. Terveystenhuollon peruskäsitteitä. Teoksessa Tamminen Tuula (Toim.). Perusterveydenhuolto. Porvoo: WSOY.

Lecklin, O. 2002. Laatu yrityksen menestystekijänä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Lillrank, P. 1999. Laatuajattelu – Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. 1.- 2. p. Keuruu: Otava.

Robson, C. 1995. Real world research. A resource for social scientists and practitioner-researchers. Oxford: Blackwell

Opinnäytteet ja sarjajulkaisut:

Jylhäsaari Jussi, 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa: Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Vaasan Yliopisto. Hallintieteiden tiedekunta. Väitöskirjatutkimus. Vaasa.

Kantonen Jarmo, 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE- triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Tampere

Ohranen, Mikko & Talja, Outi, 2011. LAATUA TERVEYDENHUOLLOSSA. Laatu-käsikirjan koonti ja organisation sisäinen näkemys laadusta Keski- Suomen sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Liiketalous. Jyväskylä.

Peltonen Eija, 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöstudium. Kuopio.

Pesonen Tanja, 2013. Vastaanottotoiminnan muutos terveysasemilla. Opinnäytetyö. Karelia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto. Joensuu.

Väihinpää Jani, 2009. Potilasvirrat hoitoverkostossa. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto. Tietojohtamisen koulutusohjelma. Tampere.

Raportit, komiteamietinnöt ja hallituksen esitykset:

2013 Henkilöstötilinpäätös. Tampereen kaupungin julkaisuja. Toiminta ja talous. 2014. Hyvä vastaanotto- hankkeen arviointi. Loppuraportti. Brommels Mats & Huvinen Santeri. HEALTH SERVICES MANAGEMENT OY. 2012.

Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Erhola M., Jonsson P M., Pekurinen M., Teperi J. Terveiden ja hyvinvoinnilaitos. 2013. Tammerprint Oy. Tampere.

JULKISTEN HYVINVOINTIPALVELUJEN TUOTTAVUUS: JOHTAMISTA TUKEVIEN MITTAUSJÄRJESTELMIEN SUUNNITTELU. Yhteenveto projektin (TSR 108104) tuloksista, 23.11.2009. Jääskeläinen Aki. Teollisuustalouden laitos. Tampereen teknillinen yliopisto.

Paljonko on paljon? Sosiaalipalvelujen talous ja vaikuttavuus. Esitutkimusraportti. Sinkkonen- Tolppi Merja. Kuopion Yliopisto. Terveystalouden- ja talouden laitos. 2006.

Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Johanna Leväsluoto & Sirkku Kivisaari 2012.VTT.

Parempi Arki- hankesuunnitelma. Väli- Suomen Kastehanke. 1.1.2015- 31.10.2017. Oksman E., Holmberg- Marttila D., Laiho K., Kuronen R.

Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä Kokko S., Peltonen E., Honkanen V. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 13/2009.

Perusterveydenhuolto 2013. Tilastoraportti. Mölläri Kaisa & Saukkonen Sanna-Mari. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 28/2014.

Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR. WHO 1978.

Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Järjestämissuunnitelma 2014- 2017. Päivitys 2014- 2015.

European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications. European Series 72. Saltman, Richard & Figueras, Josep. Kööpenhamina WHO 1997.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki 2012.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön esitteitä 2010:4.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Toimiva terveystieteiden ministeriö- toimenpideohjelma. 2009.

Terveempi Pohjois-Suomi. TARKENNETTU HANKESUUNNITELMA 1.3.2009-31.10.2011. Niska A., Helanen S.

Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:1. Kiiskinen U., Vehko T., Matikainen K., Natunen S., Aromaa A. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki. 2008.

Terveydenhuollon toimintojen arvionti ja vertailu -case Tampere. Tutkimusraportti. Heikkilä A., Lappeteläinen I., Riikonen H. 2010. VTT.

Terveydenhuolto 2015- terveystieteiden ministeriön tulevaisuus. Seminaariraportti. Myllymäki K. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2006.

Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. Julkaisut 49. Aaltonen J., Järviö M-L., Luoma K. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. 2009.

Tesoman terveysasema- hyvä vo. loppuraportti. Kuusela K., Länsipuro L., Kokkonen P., Mäkinen S., Tiittanen T., Salonen V. 2014.

Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa. Lähtötilanteen raportti. Kinnunen J., Ryynänen O-P., Taskinen H., Kylänen M. Helsingin kaupungin terveyskeskus. 2010.

Vuosikertomus 2013. Tampereen kaupungin julkaisuja. Toiminta ja talous 2014.

Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Sinervo T., Noro A., Tynkkynen L-K., Sulander J., Taimio H., Finne-Soveri H., Lilja R., Syrjä V. 2010. Raportti. Yliopistopaino. Helsinki.

Lait ja asetukset:

L 3.8.1992/733. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki.

L 17.9.2004/855. Laki kansanterveyslain muuttamisesta.

L. 9.2.2007/169. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta.

L 30.12.2010/1326. Terveystalolaki.

Sähköiset lähteet:

Euro Health Consumer Index 2014. Report. Health Consumer Powerhouse. 2015.

Luettu 25.2.2015. Saatavissa [www-](http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55) muodossa:

<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>

Helsingin kaupunki terveyslautakunta. Selvitys listautumismalli-pilotin etenemisestä ja pilotoinnin väliraportti. Pöytäkirja 2/2011. Luettu 24.10.2015. Saatavissa www-muodossa:

http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Paatos/2011/Terke_2011-02-08_Tervlk_02_Pk/F0FFA67C-AE1A-4479-872E-1442940981F6/Selvitys_listautumismalli_-_pilotin_etenemisesta_ja.pdf

Hyvä vastaanotto I. Raportti. 1.2.2010- 31.5.2012. Luettu 2.2.2015. Saatavissa www-muodossa: <http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?refid=18>

Hämeenlinnan kaupunki a. Palvelut. Terveyspalvelut. Tiedotteet - terveyspalvelut. Hämeenlinnan terveyspalvelut palkittiin kehittämistyöstä. Luettu 22.3. 2015. Saatavissa www- muodossa: <http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Terveyspalvelut/Tiedotteet---Terveyspalvelut/Hameenlinnan-Terveyspalvelut-palkittiin-kehittamistyosta1/>

Hämeenlinnan kaupunki b. Terveyspalvelut. Hallinto. Kehittäminen. Hämeenlinnan kanavamalli. Luettu 22.3. 2015. Saatavissa www- muodossa: <http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Terveyspalvelut/Terveyspalvelut--liikelaitos/Kehittaminen/Hameenlinnan-kanavamalli/>

Kuntaliitto a. Asiantuntijapalvelut. Sosiaali ja terveys. Luettu 31.12.2014. Saatavissa www-muodossa: <http://www.kunnat.net/FI/ASIAANTUNTIJAPALVELUT/SOSTER/Sivut/default.aspx>

Kuntaliitto b. Tietopankki ja tuotteet. Tilastot. Luettu 28.1.2015. Saatavissa www-muodossa: <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/soster/60suurinta/Sivut/default.aspx>

Lääkäriliitto. Edunvalvonta ja työelämä. Liiton suositukset. Sähköinen viestinvaihto potilas-lääkärisuhteessa. Luettu 13.2.2015. Saatavissa www-muodossa: <http://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suosituksset/sahkoinen-viestinvaihto-potilas-laakarisuhteessa/>

Manninen, Jenni 2015. Sähköiset terveystalvet haastavat asennemuutokseen. Sitra 2015. Saatavissa www-muodossa:

<http://www.sitra.fi/uutiset/sahkoiset-terveystalvet-haastavat-asennemuutokseen>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Terveyden edistäminen. Hankkeet. TerPS2 Pirkanmaan osahanke. Luettu 9.2.2015. Saatavissa www-muodossa:

<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=29759>

Potku. Potilas kuljettajan paikalle. Väli- Suomen Kaste- hanke 2010-2012, 2012-2014.

Luettu 9.2.2015. Saatavissa www-muodossa: <http://www.potkuhanke.fi/>

Poutvaara Panu, 2005. Julkinen vs. yksityinen terveydenhuolto. Esitys. Helsingin yliopisto. Kansantaloustieteenlaitos. Luettu 20.2.2015. Saatavissa www-muodossa:

<http://slideplayer.fi/slide/1897324/#>

Raportti terveystalvepilotista Oma Lääkärisi Espoontori vs. Kivenlahti. 4.11.2013.

Luettu

22.3.2015. Saatavissa ww- muodossa:

http://mediverkko.fi/sites/default/files/IMCE_uploads/raportti_terveystalvepilotista.pdf

Sosiaali- ja terveystalvepilotista, a. Sosiaali- ja terveystalvet. Terveystalvet. Luettu 28.1.2015. Saatavissa www-muodossa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/terveystalvet/terveystalvet

Sosiaali- ja terveystalvepilotista. Tiedote 432/2010. Terveydenhuoltolaki lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia. Luettu 30.1.2014. Saatavissa www-muodossa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1548738>

Suomen itsenäisyyden juhlarahasto. Hyvinvointi. Terveystalvet. Luettu 19.2.2015.

Saatavissa www-muodossa: <http://www.sitra.fi/hyvinvointi/terveystalvet>

Sähköinen hyvinvointikertomus. Tietoa ja ohjeita. Tietoa sähköisestä hyvinvointikertomuksesta. Luettu 9.2.2015. Saatavissa www-muodossa:

<http://www.hyvinvointikertomus.fi/help>

Tampereen kaupunki a. Terveyspalvelut. Terveysasemat. Luettu 30.12.2014. Saatavissa
www-muodossa: <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/terveysasemat.html>

Tampereen kaupunki b. Terveyspalvelut. Terveysasemat. Omalääkäri- omahoitajamalli.
Luettu 30.1.12.2014. Saatavissa www-muodossa:
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/terveysasemat/tyoparimalli.html>

Tampereen kaupunki, c. Tampere-info. Kaste- ohjelma. Luettu 21.01.2015. Saatavissa
www-muodossa:
<http://www.tampere.fi/tampereinfo/projektit/valtakunnalliset/kaste.html>

Tampereen kaupunki, d. Terveyspalvelut. Valtionavustusta Parempi arki- hankkeelle.
Luettu 17.2.2015. Saatavissa www-muodossa:
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/ajankohtaista/anbLFXZhs.html>

TERKE 2010- 1234. SELVITYS LISTAUTUMISMALLI -PILOTIN
ETENEMISESTÄ JA
PILOTOINNIN VÄLIRAPORTTI. Luettu 12.2.2015. Saatavissa www-muodossa:
http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2011/Terke_2011-02-08_Tervlk_02_EI/7A893B20-17AF-4215-8AF6-B6474D2199B1/Selvitys_listautumismalli_-_pilotin_etenemisesta_ja.html

Terveempi Pohjois- Suomi. Luettu 9.2.2015. Saatavissa www-muodossa:
<http://sp.terps.foral.fi/default.aspx>

Terveempi Pohjois- Suomi. Julkinen materiaali. Seminaari materiaali. Pirkanmaa Diat
MVT 3.9.2014. Luettu 9.2.2015. Saatavissa www-muodossa:
<http://sp.terps.foral.fi/Seminaarimateriali/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2fSeminaarimateriali%2fTerPS2-p%20C3%A4%20C3%A4%20C3%B6ssemiaari%203%2e9%2e2014%20Oulu&FolderCTID=%2f92593023-4644-4142-8112-610100067444&View=%7b39C8858C-73A0-4E97-9D25-B76130E0CBFB%7d>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Vaikuttavuus ja kustannukset. Luettu 4.3.2015.

Saatavissa www-muodossa: <http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>

Terveyttä ja hyvinvointia Suomalaisille. Vuosikertomus 2013. Mediverkko. Luettu 22.3.2015. Saatavissa www- muodossa:

http://virta.mediverkko.fi/Mediverkko_vuosikertomus%202013_01042014-2_web_FINAL.pdf

Varinen, Aleksi 2014. Kohti nykyaikaisempaa terveydenhoitoa. Potilaan lääkärilehti 2014. Saatavissa www-muodossa:

http://www.potilaanlaakarilehti.fi/laakaran-aani/kohti-nykyaikaisempaa-terveydenhoitoa/#.Vjc_Z7fhDIU

Yle uutiset. 2012. Hämeenlinnassa on kehitelty ratkaisua lääkäripulaan. Luettu

2.11.2015. Saatavissa www- muodossa:

http://yle.fi/uutiset/hameenlinnassa_on_kehitelty_ratkaisua_laakaripulaan/6425205

Yle uutiset. 2013. STM:n asiantuntijalääkäri: Omalääkärimalli kaatui poliittisiin valintoihin ja lääkäripulaan. Luettu 2.10.2015. Saatavissa www-muodossa:

http://yle.fi/uutiset/stmn_asiantuntijalaakari_omalaakarimalli_kaatui_poliittisiin_valintoihin_ja_laakaripulaan/6661324

LIITTEET

Liite 1. KYSELY LINNAINMAAN TERVEYSASEMA, LÄÄKÄRIT

Kysymykset koskevat työskentelyä Linnainmaan terveysaseman vastaanotolla. Kyselyn tavoitteena on kerätä tietoa joka auttaa yhteisen toimintamallin luomista Tampereen kaupungin terveysasemille.

Ympyröi vastausvaihtoehdoista mielestäsi sopivin.

Kauanko olet työskennellyt Linnainmaan terveysasemalla?

- alle vuoden
- 1-3 vuotta
- 3-5 vuotta
- yli 5 vuotta

1. Ovatko vastaanotolla käyvät asiakkaat listautuneet sinulle pääsääntöisesti?

- oman terveysaseman hoitajan aloitteesta
- asiakkaan omasta tahdosta
- en osaa sanoa

2. Onko listautumismallin mahdollisuus lisännyt toteutuneiden vastaanottojen lukumäärää sinun kohdallasi viikkotasolla?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

3. Koetko listautumismallin käytön lisäävän viikoittaista työmäärääsi ajallisesti?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

4. Koetko että sinulla on riittävästi aikaa pitkäaikaisille asiakkaillesi satunnaisesti vastaanotollasi asioivien asiakkaiden ohella?

- kyllä on
- ei ole
- en osaa sanoa

5. Oletko saanut asiakkailta palautetta listautumismallin käytöstä osana terveysaseman vastaanottopalveluita?
- kyllä, positiivista palautetta
 - kyllä, negatiivista palautetta
 - en ole saanut palautetta
6. Koetko listautumismallin mahdollisuuden akuuttihoidon tilanteissa parantavan oman alueesi asiakkaiden mahdollisuuksia hyödyntää terveysaseman vastaanottopalveluita tehokkaammin?
- kyllä
 - en
 - en osaa sanoa
7. Onko/olisiko listautumismallin käyttö satunnaista hoitoa tarvitsevien asiakkaiden kohdalla mielestäsi mielekäs tapa tehdä vastaanottotyötä?
- kyllä
 - ei
 - en osaa sanoa
8. Uskotko käyttöön otettavan työparityöskentelyn vähentävän asiakkaiden tarvetta asioida terveysasemalla yksittäisen vaivan/sairauden hoidossa?
- kyllä
 - en
 - en osaa sanoa
9. Uskotko käyttöön otettavan työparityöskentelyn mahdollistavan kattavampien terveysasemapalveluiden tarjoamista asiakkaille yhdellä terveysasemakäynnillä?
- kyllä
 - en
 - en osaa sanoa
10. Uskotko käyttöön otettavan työparityöskentelyn tarjoavan tukea hoitopäätöksen tekemiseen yksittäisen asiakkaan kohdalla?
- kyllä
 - en
 - en osaa sanoa

11. Uskotko käyttöön otettavan työparityöskentelyn mahdollistavan terveysaseman resurssien käytön tehokkaammin kuin työskentely ilman vakituista työparia?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

12. Onko listautumismallin käyttö mielestäsi hyödyllinen lisä terveysaseman vastaanottopalveluiden järjestämiseen omalääkäri- omahoitaja mallin ohella?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

13. Mikä olisi mielestäsi toimivin tapa toteuttaa asiakkaiden järjestelmällinen listautuminen terveysasemalla?

- diagnoosiperusteinen
- monikäviisyys
- lääkärin harkinta
- asiakkaan harkinta

Liite 2. RYHMÄHAASTATTELU, LINNAINMAAN TERVEYSASEMA, SAIRAAHOITAJAT

Ryhmähaastattelun tavoitteena on saada tietoa joka auttaa yhteisen toimintamallin luomista Tampereen kaupungin terveysasemille. Tilaisuuden kesto 30- 60 minuuttia. Tarkoituksena on pohtia yhdessä seuraavia kysymyksiä.

1. Onko listautumismallin käyttöönotto muuttanut hoitajien työtä ja toimintaa terveysaseman lääkäreiden kanssa?
2. Millaisena koette terveysasemanne ajanvarauksen toimivuuden sen jälkeen kun listautumismalli on otettu käyttöön?
3. Millaista palautetta olette saaneet terveysaseman asiakkailta listautumismallista?
4. Millaisia odotuksia teillä on käyttöönotettavasta lääkäri-hoitaja työparimallista?