

Lauri Vuorenkoski, Ronald Wiman, Minna Sinkkonen (toim.)

Signaaleja

Stakesin tulevaisuusraportti 2005

Aiheita 1/2005

ISBN 951-33-1609-2
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2005

Tekijät Lauri Vuorenkoski, Ronald Wiman, Minna Sinkkonen (toim.)		Julkaisija Stakes
		Kustantaja Stakes
Julkaisun nimi Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2005		
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 1/2005		
Tiivistelmä <p>Tämä raportti on Stakesin vuonna 2003 perustetun tulevaisuuden ennakkoinnin työryhmän vuosittainen raportti. Tulevaisuuden ennakkoinnin työryhmän tehtävänä on tulevaisuustietämyksen hankkiminen, kokoaminen ja kohdentaminen sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen ja kehittämisen sekä Stakesin strategisen johtamisen tueksi. Työryhmä järjestää Stakesissa asiaan liittyviä esitelmätilaisuuksia ja koulutusta sekä tuottaa vuosittain yhden tai useampia julkaisuja.</p> <p>Tämän tulevaisuusraportin 2005 tarkoituksena on tuoda esiin heikkoja tai vahvoja signaaleja, jotka mahdollisesti tulevat viitoittamaan sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin tulevaisuuden kehitystä. Raportissa signaaleja luodataan eri kirjoittajien erilaisista näkökulmista.</p> <p>Raportin aloittaa Sitran Suomi 2015 -työryhmän jäsen Elina Moisio nuoren sukupolven visioilla siitä, millaisiksi muuttuvat työn ja elämän uudet muodot. Varttuneen tutkijasukupolven edustaja, professori Simo Koskinen analysoi sukupolvien välisiä suhteita tulevaisuudessamme – onko uudelle sukupolvisopimukselle edellytyksiä. Erikoistutkija Ilka Kangas kysyy, ovatko terveyserot tulleet jäädäkseen. Tutkimusprofessori Elina Hemminki pohtii terveydenhuollon haasteita väestönkehityksen näkökulmasta. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän johtaja Markku Puro ja kehittämispäällikkö Riitta Suhonen kertovat, miten seudullisella tasolla on otettu tulevaisuuden haasteista otetta. Johtaja Esko Hänninen avaa samaa kysymystä welfare mix -mallin avulla. Tulosjohtaja Ali Arsalo valottaa lähialueiltamme nousevia haasteita ja mahdollisuuksia, ja lopuksi tutkimusprofessori Matti Rimpelä katsoo suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuudenkuvia sosiaali- ja terveydenhuoltomme lähihistorian näkökulmasta.</p>		
Avainsanat tulevaisuuden ennakointi, toimintaympäristön muutokset		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)		
ISSN 1236-9845	ISBN 951-33-1609-2	
Kokonaissivumäärä 56	Kieli Suomi	Hinta 16 € (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2190 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450 www.stakes.fi/julkaisut		

Sisällys

Esipuhe: Merkkejä tulevasta?	7
<i>Vappu Taipale</i>	
Suomi 2015 — työn ja elämän uudet muodot.....	8
<i>Elina Moisio</i>	
Sukupolvien välinen sopimus vai sota?.....	12
<i>Simo Koskinen</i>	
Ken on maassa tervein - tulevaisuutena eriarvoinen terveydenhuolto?	19
<i>Ilka Kangas</i>	
Millä väellä mitä väkeä hoidetaan vuoden 2040 Suomessa	23
<i>Elina Hemminki</i>	
Forssan malli terveystalouden tuottamisessa - tulevaisuuden toimintatapa?.....	26
<i>Markku Puro & Riitta Suhonen</i>	
Welfare mix tulevaisuuden palveluntuotannossa.....	32
<i>Esko Hänninen</i>	
Venäjä - Suomen terveydenhuollon tulevaisuuden mahdollisuus ja välttämättömyys	37
<i>Ali Arsalo</i>	
Onko <u>suomalainen</u> terveyspolitiikka mahdollista 2000 -luvulla?	45
<i>Matti Rimpelä</i>	

Esipuhe

Merkkejä tulevasta?

Vappu Taipale
pääjohtaja
Stakes

Tuleva kehitys ei ole valmiiksi kirjoitettu ohjelma, joka toteutuu omia aikojaan ilman meidän myötävaikuttamistamme. Monia asioita voidaan ennakoita, ja kehityksen kulkuun vaikutetaan nykyisyyden päätöksin. Monet tulevaisuuden merkit ja kehityslinjat ovat itse asiassa sopivasta tarkastelukulmasta nähtävissä tässä päivässä. Silti tulevan hahmottaminen on vaikeaa. Esimerkiksi väestön ikääntyminen on tiedetty jo kaksi vuosikymmentä, ovathan nyt ikääntyvät ihmiset syntyneet jo kuusi vuosikymmentä sitten tai sitä aiemmin. Kaikesta huolimatta siihen varautuminen on puolitiessään - lieneekö synnä vanhenemisen mukanaan tuoma stigma. Kukapa nyt haluaisi vanheta tässä nuoruutta ylikorostavassa kulttuurissa.

Suomalaisen yhteiskunnan kehitys on aika mielenkiintoinen. Näytämme vakaalta konsensusyhteiskunnalta. Monet kehityskäänteet ovat kuitenkin olleet hyvin äkkinäisiä, kuten Euroopan nopein kaupungistuminen 1960-luvulla ja OECD-maitten syvin lama 1990-luvulla - ja edessä on EU:n nopein vanhustuminen tulevana vuosikymmenenä. Nyt meitä mainostetaan tietoyhteiskunnan kärjessä olevana, kilpailukyvyltään vahvana valtiona. Mutta tiedämmekö itsekään, mitä tulee tapahtumaan? Miten työ tulee muuttumaan, ja miten teollisen yhteiskunnan meihin painamat mentaaliset rakenteet tulevat murtumaan. Mitä tapahtuu perheelle, mitä lapsuudelle?

Tulevan ennakkointia voidaan tehdä kovin monin tavoin. Tulevaisuudentutkijoilla on omat metodinsa, mutta tavallaan jokaisella työpaikalla, laitoksella tai ihmiselläkin pitäisi olla keinoja varautua ja vaikuttaa edessä oleviin tapahtumiin. Strategioita tehdään sitä varten, heikkoja signaaleja ympäristöstä kuunnellaan ja tulkitaan tarkasti. Sosiaali- ja terveysministeriöllä, ope-

tusministeriöllä, Opetushallituksella ja Stakesilla ynnä muilla toimijoilla on ennakoinnin yhteistyöryhmä, jonka tehtävänä on arvioida tulevaa henkilöstön määrällistä ja koulutustarvetta sosiaali- ja terveysalalla. Kuitenkin arviot siitä, millaisia tulevat palvelut voisivat olla ja mihin ja keille niiden pitäisi kohdistua, ovat hyvin risiittaisia tai keskeneräisiä.

Nämä Signaalit ovat Stakesin tulevaisuustyöryhmän kokoamia keskustelualoitteita. Raportin aloittaa Sitran Suomi 2015 -työryhmän jäsen Elina Moisio nuoren sukupolven visioilla siitä, millaisiksi muuttuvat työn ja elämän uudet muodot. Varttuneen tutkijasukupolven edustaja, professori Simo Koskinen analysoi sukupolvien välisiä suhteita tulevaisuudessamme - onko uudelle sukupolvisopimukselle edellytyksiä. Erikoistutkija Ilka Kangas kysyy, ovatko terveyserot tulleet jäädäkseen. Tutkimusprofessori Elina Hemminki pohtii terveydenhuollon haasteita väestönkehityksen näkökulmasta. Forssan seudun terveydenhuollon kunta-yhtymän johtaja Markku Puro ja kehittämisspällikkö Riitta Suhonen kertovat, miten seudullisella tasolla on otettu tulevaisuuden haasteista otetta. Johtaja Esko Hänninen avaa samaa kysymystä welfare mix -mallin avulla. Tulosjohtaja Ali Arsalo valottaa lähialueiltamme nousevia haasteita ja mahdollisuuksia, ja lopuksi tutkimusprofessori Matti Rimpelä katsoo suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuudenkuvia sosiaali- ja terveydenhuoltomme lähihistorian näkökulmasta.

Nämä keskustelun avaukset eivät - vielä - muodosta ehjää ja kattavaa kokonaisuutta, mutta ne avartavat näkökulmia ja luovat tarpeellista tulevaisuussuuntautunutta keskustelupohjaa, jota tullaan vastaisuudessa laajentamaan, syventämään ja jäsentämään.

Suomi 2015 — työn ja elämän uudet muodot

Elina Moisis
tutkija
Työterveyslaitos

”Turhaa on valittaa ’ajan henkeä’, turhaa on ennustaa tulevia ’pimeyden aikoja’. Tutkittakoon syyt, jotka ajan hengen ovat synnyttäneet, ja poistettakoon ne syyt, niin voimme toivoa, että nuo pimeyden ajat eivät meitä kohtaakaan.”

Minna Canth

Tulevaisuutta ennakoidaan usein kartoittamalla globaaleja muutosvoimia, ennustamalla väestönkehitystä ja ympäristön muutoksia sekä havainnoimalla suuria ja pieniä trendejä, jotka muokkaavat maailmaa. Näiden näkemysten varaan rakennetaan visio siitä, mihin maailma on menossa, ja keinot, joilla muutokseen voidaan vastata.

Mielestäni aivan yhtä tärkeä ennakoinnin muoto on miettiä ihmisestä lähteviä muutoksia, jotka muokkaavat yhteiskuntaa. Siis sitä, miten suhtautumisemme työhön, perheeseen tai vaikkapa ympäristöön määrittää identiteettiämme ja tapaamme toimia. Se, mihin samaistumme ja miten toimimme, muokkaa nykyisyyden lisäksi tulevaisuutta. Ihmisen mentaalitason muutoksista voi globaalien muutosten tavoin löytää heikkoja ja vahvoja signaaleja. Näitä muutosvoimia tulkitsemalla voidaan ennakoida tulevaisuuden yhteiskuntaa.

Tämän kirjoituksen ajatukset ovat muotoutuneet Sitran Suomi 2015 Tulevaisuuden tekijät -kurssin ja tuotoksen pohjalta. Niihin ovat liittyneet omat näkemykseni ja uusimpien tutkimusten tulokset, joten ne eivät vastaa kurssin yhteisiä näkemyksiä.

Ihmisten elämänpolut eriytyvät

Suuret ikäluokat ovat yleensä eläneet elämäänsä samantyyppisen kaavan mukaan. Opintoja seurasi työ ja perheen perustaminen ja kohta

odottavat ansaitut eläkepäivät. Nämä elämänvaiheet ovat seuranneet toisiaan järjestyksessä. Pienten ikäluokkien elämässä eri osa-alueet limittyvät ja lomittuvat hyvinkin erilaisiksi kokonaisuuksiksi. Yhteiskunnallinen osallistuminen, erilaiset perhemuodot, yrittäminen, harrastukset, töiden välissä oleminen ja jatkuva osaamisen päivittäminen muodostavat jokaiselle erilaisen elämänpolun. Ihmisten elämänpolut tulevat olemaan entistä eriytyneempiä ja moninaisempia.

Elämänpolkujen eriytyessä ihmisten identiteeteistä tulee pirstaleisempia. Identiteetti ei muodostu yhdestä käsitteestä vaikkapa asuinpaikan tai työn mukaan. Jokainen määrittelee itse oman identiteettinsä kokoamalla oman pakettinsa erilaisista palasista elämästään. Se on mielenkiintoinen kokonaisuus sekä elämän matkalta mukaan jääneitä muistoja että tietoisesti valittuja rakennuspalikoita. Ristiriitaisiltakin tuntuvat määritelmät voivat elää täysin sopuasti samassa ihmisessä.

Työn merkitys muuttuu

Työn muoto ja merkitys muuttuvat koko ajan. Pätkätyöt, freelance-työskentely tai vaikkapa osa-aikayrittäjäyys ovat entistä yleisempiä. Voisikin sanoa, että ns. epätyypillisistä työsuhteista on tullut monelle hyvin tyypillisiä. Satunnainen työttömyyskin ja pätkätyöiden välissä oleminen ovat monelle arkipäivää. Nämä näkökulmat asettavat ns. epätyypilliset työsuhteet uuteen valoon. Näyttää valitettavasti siltä, että naisten ja opiskelijoiden työssäkäynnistä haetaan työmarkkinoille sellaista joustavuutta, jota globaalissa kilpailussa tarvitaan. Tästä syystä jossain vaiheessa on tunnustettava, että projektinomaiset pätkätyöt ovat tulleet jäädäkseen vaki-

tuisten töiden rinnalle ja ryhdyttävä kohtelemaan niitä vakituiseen työsuhteeseen rinnastettavana eduiltaan ja säännöiltään.

Työn muodon muuttuessa ammattitaidosta kertominen tulee vaikeammaksi. Päättäneessä istuvan ja tietoa työkseen käsittelevän ihmisen osaamista on vaikeampi selittää kuin vaikkapa lääkärin, luokanopettajan tai levyseppähitsaajan. Hajanaisten tietojen kerääminen, analysointi ja yhdistämisen kyky ovat tietotyöläisen ammattitaitoa. Tuota työtä voi tehdä muuallakin kuin työpaikalla, koneen äärellä. Kannettavien ja kännyköiden aikakauteen etätöiden ja kotona työskentelyn mahdollisuudet lisääntyvät.

Työ on ollut merkittävä osa ihmisen identiteettiä. Suurin osa suurten ikäluokkien edustajista määrittelee itsensä sen avulla, mitä tekee työkseen. Työn merkitys elämän keskiössä kuitenkin vähenee koko ajan. Pienten ikäluokkien elämän todellisuudessa on epärationaalista kiinnittää perusturvallisuutta, saati sitten identiteettiä, johonkin niin epävarmaan kuin työhön. Projektinomaisessa työskentelyssä työpaikat vaihtuvat, mutta myös täydellisestä ammatinvaihdosta tulee yleisempää. On helpompaa irrottautua, muuttaa ajatuksissa elämän suuntaa, ryhtyä vaikkapa tutkijasta puusepäksi. Muut elämän osa-alueet saavat elämässä tärkeämmän sijan: perhe ja muut lähiyhteisöt tai vaikkapa harrastukset. Tämä näkyy nyt jo miesten työkeskeisemmän kulttuurin muutoksena ja perheen korostumisena nuorten miesten elämässä.

Työn merkityksen väheneminen ei kuitenkaan tarkoita, että ihmisistä tulisi laiskoja. Työhön voi silti suhtautua suurella intohimolla, vaikka se ei koko elämän tärkein sisältö olekaan. Työtä tekemällä ihminen hankkii itselleen tärkeää pääomaa – osaamista. Osaamiseen nimittäin kannattaa kiinnittyä, sillä tietotyöläisen ainoa pääoma on hänen korviensa välissä. Ihminen on aiempaa selvemmin jonkinlainen oman elämänsä yrittäjä – oman osaamisen esille tuominen ja markkinointi on entistä tärkeämpää.

Rakenteiden ja todellisuuden yhteentörmäys

Eriytyneet elämänpolut, yksilökeskeisempi kulttuuri ja pirstaleiset identiteetit muuttavat tapamme toimia ja ajatella. Nyt jo on havaittavissa se, miten yhteiskunnan rakenteet ja pienempien ikäluokkien elämän todellisuus törmäävät. Vallitsevat rakenteet, kuten työttömyysturva ja eläkeratkaisut, on luotu yhteiskuntaan, jossa työsuhteet ovat pitkiä ja pysyviä. Esimerkiksi osa-aikayrittäjyyden ja palkkatyöläisyyden yhdistäminen on aikamoinen haaste, osa-aikayrittäjällä kun ei käytännössä ole mitään tapaa taata riittävää työttömyysturvaa. Äitiyspäiväraha on sekin käypä esimerkki. Perheen perustaminen on melkein pä kansalaisvelvollisuus, jos pääministeri Vanhasta on uskomisen. Jo kansanterveydellisistä syistä naisten kannattaisi synnyttää nuorempana mieluummin kuin vanhempana. Perheen ja opintojen yhdistäminen voisi olla järkevää, mutta on käytännössä liki mahdotonta, koska opiskelijan saamalla minimiäitiyspäivärahalla ja lapsilisillä perheen toimeentulo liikkuu köyhyysrajalla. Äitiyspäivärahajärjestelmä on myös suunniteltu niin, että rationaalisen naisen kannattaa olla pysyvässä työsuhteessa ennen äitiyslomaansa. Tällä patkätöiden aikakaudella se on melkein pä mahdotonta.

Yksilöllisimpiä ihmisiä ja eriytyneitä elämänpolkuja ei voi samalla tavalla ohjata valtiollisin toimin kuin aikoinaan Kekkoslandiassa, sillä keskivertoihmisen määrittelemisen on entistä hankalampaa. Tulevaisuudessa ihmisten pakottaminen yhdenmukaiseen putkeen on entistä mahdottomampaa. Tämä pakottaa valtionhallinnon miettimään tehtyä politiikkaa aivan uudesta näkökulmasta. Valtion pitäisi olla yksilön elämän mahdollistaja – yksinkertainen ja selkeä byrokratia, joka jättää ihmiselle oikeuden ja velvollisuuden muotoilla elämänsä. Sen on oltava myös vahva turvaverkko, joka huomioi erilaiset elämäntilanteet eikä päästä ihmistä syrjäytymään. Tulevaisuuden yhteiskunnassa tarvitaan vahvaa turvaverkkoa, sillä yksilöllisyyttä korostavassa maailmassa syrjäytyminen on helppoa. Vahvojen lähi-

yhteisöjen merkitys korostuu ja uutta yhteisöllisyyttä haetaan vaikkapa kylätoiminnasta, kaupunginosayhdistyksistä tai taloyhtiön hallituksesta.

Uuteen työkuultuuriin

Työn merkityksen vähentyessä on aiheellista kysyä, mistä sitoutuminen työhön voisi syntyä. Työntekijän osaaminen on tulevaisuudessa yrityksen ja yhteisön tärkein tuotannontekijä. Tärkeintä tuotannontekijää kannattaa kohdella hyvin, jos haluaa korvien väliin kätkeytyvän osaamisen aidosti hyödyttävän työyhteisöä. Tulevaisuuden työmarkkinat vaativat joustavuutta sekä tuotannon että työntekijän ehdoilla. Työn ja perheen yhteensovittamisen vanha ongelma nousee aivan uusiin mittasuhteisiin, kun miehetkin heräävät vaatimaan oikeuksiaan perheen kanssa vietettyyn aikaan. Työkuultuuriin ja asenteiden muutos tässäkin suhteessa on edessämme. Työaikaa ja -järjestelyjä on räätälöitävä. Kännykän ja kannettavan tietokoneen kanssa kotona työskentely, etätömahdollisuudet, opinto- ja sapattivapaat ja muut joustavat työmuodot yleistyvät. Julkisen sektorin on ryhdyttävä kilpailemaan hyvän työantajan maineesta, senkin on kyettävä tarjoamaan yksilöllisempiä ratkaisuja työntekijöilleen. Vain joustaville ratkaisuilla saadaan ihminen sitoutumaan työhönsä. Kysymyksessä on elämäntapaajattelun soveltaminen työpaikalla.

Moni haluaa päivittää osaamistaan jatkuvasti ja joustavia ratkaisuja työn ohessa oppimiseen kaivataan. Myös tuotannon vaatimukset pakottavat niin organisaation kuin ihmisenkin elinikäiseen oppimiseen. Koulutusta olisi tarpeen ajatella uudesta näkökulmasta niin, että selvästi nykyistä tiiviimpi peruskoulutus yhdistyisi luontevasti jatkuvaan täydennyskoulutukseen ja työn arjessa oppimiseen. Osaaminen ei ole pelkästään kirjatieoa tai taitoa verkostoitua ja löytää tiedosta olennainen. Se on myös kädentaitoja, kulttuuriosaamista, luovaa hulluuttakin. Osaaminen kansallisena kilpailuvalttina on nähty aivan liian kapeasti panostuksena korkeakoulutukseen ja tutkimus- ja kehitystyöhön.

Osaaminen on myös luovuutta. Luova tulos ei juuri koskaan synny pinnistämällä tai yrittämällä. Jatkuva suorittaminen tappaa varmasti luovan kipinän. Osa uuden tuottamista on joutilaisuus, tila uusille ajatuksille ja asioille syntyä. Luovalle joutilaisuudelle ja aivan tuottamattomalle ajalle pitäisi olla työkuultuurissakin tilaa. Kansainvälinen kilpailu osajista voimistuu, mutta siitä ei kannata tehdä suurta peikkoa - ripaus rentoutta ja luovaa hulluutta tuottaa varmasti paremman lopputuloksen kuin ikuinen kilpailukykyymmittärehin tuijottaminen.

Millaista sosiaalipolitiikkaa tarvitaan?

Ihmisten elämänpolkujen erilaistuminen ja valtion vaikutusmahdollisuuksien kapeneminen luovat tarpeen ajatella sosiaalipolitiikkaa ja rakenteita uudella tavalla. Ihmisen elämän koko kaari on otettava kokonaisvaltaiseen tarkasteluun ja on kyettävä hallinnonrajat ylittävään politiikan muotoiluun. Poliitiikan sektoroituminen ja toimintojen päällekkäisyys syövät niin uskottavuutta kuin tehokkuuttakin. Hyvinvointi on mielestäni niin laaja-alainen käsite, että hallinnon rajat eivät saa estää käytävää keskustelua. Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta on sarja peräkkäin toteutettuja hyviä päätöksiä, joiden kokonaistulos on kuin vanha tilkkutäkki: toinen toisensa päälle kasautuneita toimenpiteitä, ja valitettavasti koko joukko reikiä.

Sosiaaliturvan pitäisi olla kuin riippuliidin, joka kantaa pätkätyösuhteesta ja elämäntuoksesta toiseen. Nykymaailmassa riskit kasautuvat yksinomaan yksilön kannettavaksi ja yhteiskunnan pitäisi pystyä auttamaan tuon riskin kantamisessa. Hyvä esimerkki joustavasta, yksilöllisistä ratkaisut sallivasta järjestelmästä on kansalaispalkka eli perustulo. Perustulo on tuki, joka maksetaan pienituloisille automaattisesti kuukausittain. Tuki pienee sitä mukaa kun omat työtulot kasvavat ja työnteko on siten aina kannattavaa. Tästä syystä perustulo tulisi yhteiskunnalle jopa edullisemmaksi kuin nykyiset rakenteet. Tärkeää on huomata, että malliin voidaan yhdistää työttömyyskorvaukset, sairauspäivärahat ja eläkkeet. Jonkin verran tarveharkintaa tarvitaan siis myös.

Työttömyysjaksot ja töiden välissä oleminen ovat pätkätöitä tekevien arkipäivää. Joustavampana järjestelmänä perustulo ei perustu jatkuvalle selittelylle ja on näin ollen inhimillisempi ja vähemmän syyllistävä. Moninkertaisen byrokratian purkaminen vapauttaisi resursseja sosiaaliturvaan muuhun kehittämiseen.

Elämäntyylien erilaistuesssa yhteiskuntaan kohdistuvat vaatimukset eriytyvät. Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta ja työmarkkinat voivat kohdata myös uudenlaisia laatuvaatimuksia ja räätälöityjä tarpeita. Lieneekö tulevaisuudessa edessämme yhä enemmän elämyshoivakoteja vanhuksille ja kielipäiväkoteja lapsille?

Yksilökohtaisesti räätälöityjen palvelujen tarve saa pohtimaan hyvinvointiyhteiskunnan perusteita. Lähitulevaisuudessa joutunemme uudelleen määrittelemään sen minimitason, joka yhteisesti on varaa kustantaa kaikille laadukkaasti. Minimitason tulee olla sellainen, että se täyttää perusvaatimukset ja turvaa yhteiskunnan heikoimpien aseman. Minimitason yli menevältä osalta ja omista räätälöidyistä tarpeistaan jokainen halukas voi maksaa itse.

Julkisten palvelujen tuotannossa on kyettävä erottamaan palvelujen tarjoajan ja niiden maksajan roolit. Julkinen palvelu on julkinen, vaikka sen tuottaisi joku muukin kuin kunta itse. Palvelu voikin olla kokonaistehokkaampaa ostaa ulkopuoliselta taholta. Yksityinen yritys ei ole ainoa vaihtoehto: tuottaja voi olla vaikkapa kolmannen sektorin toimija tai sosiaalisen partneriuden mallin mukaisesti yhteistyössä eri tahot. Myös kuntayhteistyöllä päästään palvelurakenteen monipuolistamisessa pitkälle, tästä hyvänä esimerkkinä ovat Jyväskylän verkosto-kaupunkimalli, Kainuun maakuntakokeilu tai

vaikkapa Lohjan seudun yhteistyö. Erityisesti pääkaupunkiseudulla riittämätön yhteistyö johdattaa koko alueen kilpailukyvyyn heikkenemiseen.

Kilpailuttaminen ei saa kuitenkaan olla itseisarvo, vaan sen on aina oltava tarkoituksenmukaista. Esimerkiksi opetustoimessa itse opetus on julkisen palvelun ydin. Opetuksen ympärillä on kuitenkin paljon tukitoimia, joita joku muu voisi tuottaa tehokkaammin: kiinteistön huoltoa, terveydenhoitajan palveluja, ruuan tuotantoa. Koulujakin on kuitenkin tarkasteltava tapauskohtaisesti. Joissain pienemmissä kouluissa esimerkiksi keittäjä voi olla kiinteä osa koulun yhteisöä – kasvattaja hänkin. Tästä syystä jokaista tapausta on tarkasteltava erikseen.

Tällä hetkellä yksityiset tahot tuottavat lähes neljänneksen kuntapalveluista. On tärkeää, että markkinat avataan hallitusti, jotta kotimarkkinat saavat rauhassa kehittyä. Sekä liian nopean, kertarysäyksenomaisen avaamisen, että salavihkaisen raottamisen seuraukset ovat samat – isot ylikansalliset yhtiöt valtaavat markkinaosuudet, kun kotimaiset yritykset ja yhteisöt eivät ole vielä valmiita avoimelle kilpailulle.

Kunnan vastuu julkisen palvelun maksajan roolissa korostuu voimakkaasti. Kunnan on osattava kilpailuttamisen pelisäännöt ja eritoten laadun valvonta. Kilpailuttamisen kriteereissä on osattava määritellä laatu, sen valvontamekanismit sekä otettava huomioon ympäristönäkökulmat. Yksityistäminen ei saa koskaan olla itseisarvo: julkinen monopoli on aina parempi kuin yksityinen esimerkiksi pienissä kunnissa, jossa kilpailua on liian vähän.

Sukupolvien välinen sopimus vai sota?

Simo Koskinen
 Professori
 Lapin yliopisto

Eläminen monisukupolvisessa yhteiskunnassa

Syntymähetkellä vallitsevan elinajanodotteen eli keskimääräisen elinajan jatkuva lisääntyminen merkitsee sitä, että elämme alhaisen kuolleisuuden maissa pitkän iän oloissa. Suomalaistenkin keskimääräinen elinaika on lisääntynyt 1900-luvun alusta runsaalla 30 vuodella. Nykyisin suomalainen nainen elää keskimäärin lähes 82-vuotiaaksi ja mieskin noin 75-vuotiaaksi. Yli 65-vuotiailla naisilla on vielä keskimäärin elinaikaa 19 vuotta ja miehillä 15 vuotta. Vuonna 2030 keskimääräiset elinajat lähentelevät 85 ja 80 vuotta.

Elinajan lisääntyessä yhdeksi merkittävimmäksi vanhenemiseen ja vanhuuteen liittyväksi kysymykseksi ovat nousseet sukupolvet ja niiden väliset suhteet niin yhteiskunnan tasolla kuin perheittenkin piirissä. Yhä useampia yhteiskunnallisia ja perhesukupolvia elää pitkän iän oloissa samanaikaisesti. Yhteiskuntatason sukupolvista käytetään nimityksiä yhteiskunnalliset, sosiologiset, poliittiset ja kulttuuriset sukupolvet. Perheen tai suvun sukupolvet muodostuvat vanhempien, lasten ja lastenlasten ketjusta niin, että perhesukupolvien väli on noin 30 vuotta. Suomalaisessa perheessä neljä biologista sukupolvea on jo varsin yleistä ja viiden sukupolven perheet ovat yleistymässä. Keskityn kuitenkin yhteiskunnallisten sukupolvien tarkasteluun, mutta aiheen kannalta on välttämätöntä viitata myös perhesukupolviin. Sivuutan sukupolviteorian yksityiskohtaisen analyysin, mutta otan esiin sukupolvea määrittävät keskeiset tunnuspiirteet.

Sukupolvitutkimuksessa viitataan usein mannheimilaiseen klassiseen sukupolvi-käsitteeseen. Mannheim määritteli vanhenemi-

sen osana sukupolvien dynamiikkaa. Mannheimin sukupolven käsitettä on sittemmin kehitelty. Nykyisin sukupolven määrittelyn kriteereitä ovat yhteisten syntymävuosien lisäksi sukupolvivaikutukset, yhteiskunnallisesti jaettu kokemusmaailma (ns. avainkokemukset), erottautuminen muista sukupolvista, jonkinlaisen poliittisen aktiivisuuden osoittaminen (poliittinen mobilisaatio), institutionalisoituminen (sukupolvella on nimi, joka tunnetaan,) ja sukupolvitietoisuus (sukupolvi on rakentanut itselleen kulttuurisen identiteetin). Nuoruuden (ikävuodet 16–18) jaetut kokemukset ovat keskeisiä sukupolven määrittämisessä (esim. Arber & Attias-Donfut 2000, Alanen 2001, Virtanen 2001, Purhonen 2002). Esimerkiksi suuret ikäluokat (1945–50 syntyneet) täyttävät pääosan näistä kriteereistä. Heidän sukupolvitietoisuutensa on myös korkea, sillä kahdeksan kymmenestä ilmoittaa samaistuvansa sukupolveen ja kuusi kymmenestä nimenomaan suuriin ikäluokkiin. Tämä tietoisuus on selvästi suurempi kuin edellisillä ja jälkeen tulevilla sukupolvilla. (Purhonen 2002, Virtanen 2002.) Suuret ikäluokat voidaan siten nähdä myös subjektiivisina sukupolvina.

Kulttuurisille, yhteiskunnallisille tai poliittisille sukupolville on kirjallisuudessa ja tutkimuksessa annettu erilaisia nimityksiä. Taulukossa 1 on annettu kolme esimerkkiä sukupolvijaotuksista, jotka ovat tunnettuja kansainvälisesti ja toisaalta Suomessa. Matti Virtanen (2004) on myöhemmin tuonut esiin kaksi uutta sukupolvea: **lamasukupolven ja millennium-sukupolven**. Edellinen sukupolvi on syntynyt 1970-luvun taitteessa ja sen avainkokemuksia olivat kasinotalous ja 1990-luvun alkuvuosien syvä lama. Jälkimmäisen polven edustajat syntyivät 1980-luvun alussa ja kokivat nuoruudessaan vuosituhannen vaihtumisen

ja kansainväliset terroristi-iskut. Taulukossa 1 mainituissa sukupolviluokituksissa samoin kuin Virtasen luokituksessa kytkeytyvät yhteen väestölliset, yhteiskunnallisiin muutoksiin liittyvät, kulttuuriset ja poliittiset sukupolven määrittelykriteerit.

Vuoden 2015 sukupolvirakenteelle on tyyppillistä, että silloin suuri osa sodan ja pulan sukupolvesta on jo poistunut ja nuorimmatkin kyseisen sukupolven edustajat muodostavat vanhusväestömme pääosan, koska he ovat silloin yli 90-vuotiaita. Jälleenrakennuksen sukupolven nuorimmatkin ovat ylittäneet 75 ikävuo- den rajan ja elävät niin sanottua kolmatta ikää. Suurten ikäluokkien (1945-50) edustajistakin vanhimmat ovat 70-vuotiaina kolmannessa iäs- sä ja nuorimmatkin ovat täyttäneet 65 vuotta. Osa varmasti jatkaa työelämässä uuden eläke- lainsäädännön houkuttelemina jopa 68. ikävuoteen paremman eläkkeen toivossa. Lähiö- sukupolven nuorimmatkin jäsenet ovat täyttäneet 56 vuotta ja kuuluvat ikääntyneeseen työ- voimaan. Laman (noin 45-vuotiaita) ja millen- nium-sukupolven (noin 35-vuotiaita) edustajat ovat keskellä työ- ja perheuraansa. Vuosina 1995-2000 syntyneet hankkivat vuonna 2015 nuoruutensa avainkokemuksia, mutta me emme vielä tiedä, millaisessa yhteiskunnallisessa tilanteessa.

Sukupolvien väliset suhteet

Sukupolvien keskinäiset suhteet nykyisin

Kun yhteiskunnassa ja perheissä elää samanai- kaisesti useita sukupolvia, on näiden sukupol- vien välisistä ja myös sukupolven sisäisistä

suhteista tullut tärkeä yhteiskunnallinen kysy- mys. Jälkitekollisessa yhteiskunnassa sukupol- vesta on tullut teollisen yhteiskunnan luokka- jakoa vastaava rakenteistava piirre. Esimerkiksi EU:n piirissä sukupolvikysymys on viime vuo- sina noussut näkyvästi esille (esim. Walker 1996a, Myles 2002). Viime vuosisadan lop- pupuolella sukupolvikeskustelun toivat ajankoh- taiseksi elinajan odotteen jatkuva kasvu, alene- va syntyvyys, päättäjien huolestuneisuus ikään- tymisen fiskaalisista seurauksista, hyvinvoin- tivaltion muutokset (esim. "welfare mix", moni- tuottajamalli), eläkeläisyyden demokratisoitum- inen, eläkeläisten määrä työssä olevia kohti, työvoiman ikääntyminen sekä odotettavissa oleva työvoimapula. Eläkeläisyyden demokra- tisoituminen merkitsee sitä, että eläkkeellä olosta on hyvinvoinnin ja eläkkeiden tason ko- hoamisen myötä tullut selkeä vaihtoehto työ- sä ololle yhä useammille. Seurauksena on ollut yhä varhaisempi työelämästä lähteminen.

Sukupolvien väliset suhteet ovat varsin moninaisia ja monimutkaisia (Phillipson 1998, Koskinen 2004). Suhteet voivat olla harmonisia, jolloin eri sukupolvet kantavat vastuuta toisistaan ja osoittavat solidaarisuutta. Sukupolvet voivat myös kilpailla keskenään esimerkiksi työpaikoista, koulutuspaikoista ja erilaisista hyvinvointietuuksista. Tällöin kukin sukupolvi mittaa yhteiskunnasta irti kaiken, mihin sen voima riittää. Pahimmassa tapauksessa suku- polvien välille syntyy suoranainen konflikti, jolloin esimerkiksi nuoret sukupolvet syrjivät tietoisesti vanhempia sukupolvia tai kieltäyty- vät kantamasta vastuuta vanhojen sukupolvi- en eläkkeistä tai hoidosta. Joskus tätä konfliktia on luonnehdittu suoranaisiksi sukupolvien vä-

Taulukko 1. Esimerkkejä yhteiskunnallisista sukupolvijaotuksista

TORRES-GIL (1992)	ROOS (1987)	JÄÄSAARI & MARTIKAINEN (1991)
Swingin sp (synt. 1900-26)	Sotien ja pulan sp (synt. 1900-20)	Sotasp. (synt. 1920-26)
Hiljainen sp (1927-45)	Jälleenrak. ja nousun sp (1925-39)	Jälleenrak sp (1927-34)
Baby boom sp (1946-64)	Suuren murroksen sp (1940-	Vakiintumisen sp (1935-44)
Vähälapsinen sp (1965-1979)	Lähiöiden sp (1950-l.)	Kulttuurimurroksen sp (1945-51)
Syntyvyyden lisääntymisen sp (1980 jälkeen)		Ylipolitisoitumisen sp (1952-57)

liseksi sodaksi. Sukupolvien välillä niin yhteiskunnallisesti kuin perheissäkin tapahtuu myös monenlaisia siirtoja ja sosiaalista vaihtoa, kuten perinnönjättöä, asunnon siirtoa, avunantoa, omaishoitoa ja työapua. Esimerkkinä voimakaasta sukupolvikonfliktista Suomessa käynee sotasukupolven ja heidän lastensa välinen arvostiririita 1960-luvulla (esim. Julkunen 2003).

Sukupolvien välisiä suhteita on tutkittu Suomessa melko vähän. Kuitenkin eri dokumenteista voidaan päätellä, ettei maassamme esiinny ainakaan suuria erimielisyyksiä sukupolvien välillä. Tuskin voidaan puhua mistään sukupolvien välisestä kuilusta. Kansainvälisissä vertailuissa Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa koetaan kaikkein vähiten olevan ristiriitoja vanhojen ja nuorten välillä. Suomalaiset vanhus- ja nuorisobarometrit viittaavat siihen, että iäkkäiden ja nuorten välillä esiintyy solidaarisuutta. Nuoret katsovat, että ikääntyneet ovat eläkkeensä ansainneet. Vanhat puolestaan katsovat, että nuorissa on tulevaisuus ja heidän täytyy saada työtä ja koulutusta (Forma 2002). Nuorten tuki pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle on varsin vahva. Myös perhevastuuta voidaan pitää nykyisin vahvana (Marin 2003). Varsin usein perheenjäsenet huolehtivat iäkkäistä omaisistaan. Omaishoitoa on tuskin koskaan annettu niin laajasti kuin nykyisin. Myös perhesukupolvien väliset kontaktit ovat enemmistöllä tiiviit.

On luonnollista, että vanhojen ja nuorten välillä ilmenee monia käsitys- ja asenne-eroja, joita ei voida tulkita sukupolvien välisiksi ristiriidoiksi. Nuoret usein esittävät kaavamaisia yleistyksiä, stereotypioita, vanhoista ihmisistä (esim. Tirrito 2003). Kaikki vanhat ihmiset saattavat olla heidän mielestään yksinäisiä, sairaita, köyhiä ja vailla sukupuolisia tarpeita. Nuoret saattavat kokea, etteivät vanhat ymmärrä heitä. Toisaalta monet vanhat ihmiset eivät hyväksy nuorten elämäntapaa ja elämäntyylyä. Nuorten käsitykset ikääntyneistä johtuvat usein siitä, etteivät he tiedä riittävästi ikääntymisen olemuksesta. On erittäin tärkeitä, että nuoret saisivat tietoa vanhenemisprosesseista, jotta he voisivat paremmin kohdata ikääntyvän yhteiskunnan ja myös suunnitella omaa elämäänsä, joka saattaa jatkua 100 vuotta.

Kuusi kymmenestä suomalaisesta ikäihmisestä katsoo, että Suomessa esiintyy ikääntyneitä kohtaan syrjintää, ageismia (Vaarama & Hakkarainen & Laaksonen 1999). Syrjintäkokemus ei liity kuitenkaan sukupolviin välisiin suhteisiin, vaan poliittisiin päättäjiin ja tiedotusvälineisiin. Ikäsyrjintää esiintyy myös puheessa, laeissa, kulttuurissa, tieteissä ja monissa yhteiskunnan instituutioissa eikä vähiten työelämässä (Vaahtio 2002). Keskustelun lisääntyvästä eläkepommista, hoitotakasta ja palvelutarpeen ylettömästä kasvusta ikäihmiset katsovat itsensä syyllistämiseksi, mikä saattaa horjuttaa heidän itsetuntoaan.

Eri sukupolviin kuuluvat priorisoivat tarpeitaan eri tavoin, mikä voidaan helposti tulkita sukupolvittaiseksi itsekkyydeksi. On selvää, että nuoret pitävät tärkeänä verovarojen käyttöä opiskelun ja perheitten tukemiseen ja ikääntyneet sukupolvet niiden käyttöä eläkkeisiin ja terveydenhuoltoon. Oma tulevaisuuttaan turvatakseen nuoret sukupolvet pitävät myös eläkkeitä tärkeinä. (Forma 2002.) Pauli Forma on myös havainnut sukupolvien välisten suhteiden jonkin verran kärjistyvän esimerkiksi sosiaaliturvan rahoitusta koskevien mielipiteiden osalta laman ja taloudellisen niukkuuden aikoina. Kuitenkin sukupolvien kesken vallitsee suuri yksimielisyys hyvinvointivaltion perusarvoista, sosiaaliturvan rahoituksesta ja palvelujen tuottamisesta.

Sukupolvien keskinäiset suhteet tulevaisuudessa

Tietyt tekijät saattavat lisätä tulevaisuudessa sukupolvien välistä kuilua nykyisestään. Väestön ikääntymisen jatkuessa saattaa tämä aiheuttaa ristiriitoja suurten ikääntyneiden sukupolvien ja pienten nuorten ikäluokkien välillä (esim. Forma 2002). Varsinkin eläkeikäisten ja työssä olevien väliset erimielisyydet saattavat lisääntyä. Toisaalta uhkaava työvoimapula tekee mahdolliseksi sen, että työpaikkoja on kaikille, niin ikääntyneille kuin nuorillekin. On ehkä välttämätöntä tuoda työvoimaa ulkomailtakin. Työvoiman kysynnän lisääntyminen saattaa vähentää tai poistaa kokonaan ikäsyrjinnän. Nuoret ja vanhat sukupolvet saattavat luoda hyviä suh-

teita työpaikoilla. Nuoret voivat kokea seniorit hyviksi tutoreiksi työssä.

Yksi sukupolvien välisen ristiriidan siemen saattaa liittyä tulevaan vanhojen valtaan yhteiskunnassa. Pian kolmannes äänioikeutetuista on täyttänyt 60 vuotta. Ikääntyneillä on vahva potentiaalinen poliittinen valta yhteiskunnassa. Miten he sitten käyttävät tätä valtaansa? Miten ikääntyneet organisoituvat muulla tavalla ajamaan etujaan yhteiskunnassa? Suuret ikäluokat ovat poliittisesti aktiivisia. He ovat vahvasti mukana erilaisissa yhteiskunnallisissa eliittiryhmissä kuten politiikassa, hallinnossa, elinkeinoelämässä, järjestöissä, mediassa, tietees- sä ja kulttuurissa (Borg & Ruostesaari 2002, Koskinen 2004). Kovin helpolla nämä koulutetut ja poliittisesti aktiiviset suurten ikäluokkien edustajat eivät asemistaan luovu. Tämä saattaa johtaa ristiriitoihin nuorempien sukupolvi- en kesken. Mielenkiintoinen kysymys on, mobilisoiduivatko suuret ikäluokat vielä jäädes- sään eläkkeelle vaatimaan omaa osuuttaan hy- vinvoinnista, eläkkeinä ja hyvänä hoitona (vrt. Helander 2001). Yleisen solidaarisuuden kehi- tys tulevaisuudessa vaikuttaa luonnollisesti myös sukupolvien väliseen yhteisvastuuseen.

Kaavamaisen huoltosuhdeajattelun rinnalle on tullut käsite tuottava ikääntyminen, jolla halutaan osoittaa, etteivät kaikki eläkkeelle siir- tyvät suinkaan ole huollettavia. Palkkatyön li- säksi tuottava ikääntyminen käsittää ikääntyneiden toteuttaman omaishoidon ja va- paaehtoistyön sekä näihin valmentavan koulu- tuksen. (Esim. Morrow-Howell ym. 2001, Koskinen 2004.) Näiden toimintojen kautta ikääntyvät antavat yhteiskunnalle valtavan pa- noksansa. Nuoret ja vanhat saattavat myös löy- tää erilaisia yhteisiä areenoita ja monisuku- polvisia toimintamalleja, joiden kautta sukupol- vien väliset suhteet voivat lujittua. Myös rat- kaisut vanhusten palvelujen rahoituksessa voi- vat vaikuttaa sukupolvien välisiin suhteisiin puoleen tai toiseen. Perintöjen mahdollinen käyttö hoidon ja palvelujen rahoitukseen saat- taan kärjistää nuorten ja vanhojen välisiä suhteita (Viialainen 1999).

Tärkeä kysymys on myös se, millaisiksi muotoutuvat tulevaisuudessa ikääntyneiden työntekijöiden, jo eläkkeellä olevien kolmasi-

käläisten ja paljon apua ja hoivaa tarvitsevien varsinaisten vanhusten, yli 85-vuotiaiden, vä- liset suhteet. Perheitten tasolla viiden biologi- sen sukupolven väliset suhteet saattavat olla merkittävä voimavara tulevaisuudessa.

Monia aineksia sukupolvien välisten suh- teiden kärjistymiselle on siis olemassa vuoteen 2015 mennessä. Toisaalta on myös mahdolli- suuksia sukupolvien välisen solidaarisuuden vahvistumiselle. Varmasti suotuisa taloudellinen kehitys edistää harmonian lisääntymistä. Suur- ten ikäluokkien syrjäytyneet edustajat ja ne, joiden elämään 1990-luvun alun lama vaikeut- ti, saattavat muodostaa yhden riskiryhmän su- kupolvien välisten ristiriitojen lisääntymiselle. Miten tulevat käyttäytymään hoiva-alojen pienipalkkaiset naiset, joiden eläke on jäänyt melko pieneksi? Tuskin kuitenkaan ajaudutaan kovin voimakkaisiin konflikteihin, sodasta pu- humattakaan. Karisto ym (1998) huomautta- vat, että sukupolvien välisen solidaarisuuden ja ristiriitojen lisääntyminen voi tapahtua saman- aikaisesti, joten ne eivät välttämättä ole vaihto- ehtoja.

Sukupolvien välinen vastuu tulevaisuudessa

Raija Julkunen (2003, 390) kuvaa osuvasti sukupolvien välistä vastuuta: ”*Aikuissukupol- ven tehtävä on elää sosiaalisesti kestäväällä tavalla, sivistystä kartuttaen ja luoda kestä- vät olosuhteet seuraaville sukupolville ja jät- tää niin maapallo kuin oma yhteiskuntakin hyvään kuntoon. Seuraavien sukupolvien odo- tetaan jatkavan perintöä, ottavan paikkansa sukupolvien ketjukirjeessä ja huolehtivan niis- tä, jotka ovat jo siirtyneet työelämästä pois.*” Karisto ym. (1998, 214) pohtivat samantapai- sesti kysymyksiä siitä, minkälaisen ympäris- tön tulevat sukupolvet perivät, missä kunnos- sa kansantalous on, kun nykypolvi siirtyy elä- keelle ja minkälaiset yhteiskunnalliset instituutiot ja inhimillinen pääoma jäävät perinnöksi. Nämä ovat sukupolvien välisen vastuun perus- kysymyksiä.

Hyvinvointivaltion olemukseen on kuulu- nut 1960-luvulta lähtien sukupolvisopimus, jon-

ka valtio on välittänyt eri sukupolvien välille (esim. Walker 1996b; Myles 2001). Hyvinvointivaltio tarkoitti paljolti sukupolvien välistä resurssien jakoa verotuksen ja tulonsiirtojen muodossa. Hyvinvointivaltion kultakaudella sukupolvet tarkoittivat keski-ikäisiä ja nuoria sekä heidän välisiään suhteita. Eurobarometri osoitti, että 80 prosenttia EU-kansalaisista oli sitä mieltä, että työikäisten pitää taata eläkeläisille riittävä elintaso. Suomessa nuorisobarometri vuodelta 1998 kertoi, että 80 prosenttia nuorista oli sitä mieltä, ettei vanhuspalveluista saa leikata. Sukupolvisopimus toimi hyvin, solidaarisuutta löytyi. Pohjoismaalainen hyvinvointimalli on taannut melko harmoniset sukupolvien väliset suhteet.

Yhteiskunnan ikääntyessä sukupolvien väliset suhteet tulevat entistä enemmän koskemaan sitä, minkälaisia ovat keski-ikäisten ja nuorten taloudelliset, sosiaaliset ja moraaliset velvollisuudet lisääntyvää ikääntyvien joukkoa kohtaan, ja toisaalta sitä, minkälaiset ovat ikäihmisten ja tulevaisuuden eläkeläisten velvollisuudet nuoria kohtaan. Tärkeä kysymys on myös, missä määrin nykyisin työssä olevat voivat luottaa siihen, että heille taataan taloudellinen turvallisuus, kun he jäävät eläkkeelle. Suuret ikäluokat tulevat olemaan keskeisessä asemassa sukupolvien välisissä suhteissa. On myös muistettava, että osa suurten ikäluokkienkin edustajista on syrjäytynyt työstä, toimeentulosta, ihmissuhteista ja koulutuksesta. Solidaarisuutta vaaditaan sukupolven sisälläkin. Suomalaisessa yhteiskunnassa tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta korostava altruistinen solidaarisuus on heikentynyt, mutta yksilöihin ja ryhmiin kohdistuvia positiivisia seurauksia korostava vastavuoroisuus-solidaarisuus on lisääntynyt. (Erola 2004; Moisio 2004.) Sukupolvien välisten suhteiden kannalta on merkityksellistä, miten nämä solidaarisuuden muodot kehittyvät. Onko syntymässä uudenlaista, esimerkiksi sääliin perustuvaa solidaarisuutta?

Teollistuneissa maissa, erityisesti EU:n piirissä, ollaan laatimassa uutta sukupolvisopimusta, koska ikääntyminen aiheuttaa muutoksia palvelujen tuotannossa, perheitten hoivasuhteissa, eläkekustannusten jaossa ja

sukupolten kohtelussa (Walker 1996b, Myles 2002). Uutta sukupolvisopimusta ollaan laatimassa tilanteessa, jossa hyvinvointivaltio muoutuu monin osin uudelleen. Uusissa oloissa sukupolvisopimus on paljon monimutkaisempi kuin aikaisemmin. Väestön ikääntyminen on enemmän jakokysymys kuin ehkä väestöllinen tai taloudellinen kysymys. Siihen liittyy sukupolvien välinen tasa-arvo eli kysymys siitä, missä määrin eläkekustannukset koituvat työikäisten ja toisaalta eläkeläisten maksettaviksi. Suuret ikäluokat ovat eläkkeelle siirtyviä, heitä seuranneet sukupolvet ovat määrältään pieniä. Kysymys on myös sukupolven sisäisestä oikeudenmukaisuudesta eläkeläisten ja työssä olevien välillä. Myös miesten ja naisten välinen tasa-arvo liittyy jakokysymykseen kiinteästi.

Uutta sukupolvisopimusta kehitetään sekä makrotasoisesti yhteiskuntapolitiittisena sopimuksena että mikrotasoisesti perhesukupolvien välisenä sopimuksena hoivasuhteista ja omaisuuden siirrosta. EU:n esittämät eläkeuudistuksen tavoitteet ja periaatteet kuvaavat hyvin makrotason sopimusta. Eläkerormissa tulisi EU:n mielestä noudattaa seuraavia kymmentä periaatetta (Myles 2002, 135):

1. Kaikkien vanhojen ihmisten tulee voida nauttia kohtuullisesta elintasosta ja kyetä osallistumaan aktiivisesti julkiseen, sosiaaliseen ja kulttuurielämään.
2. Kaikille yksilöille pitää suoda mahdollisuus päästä soveltuvien eläkejärjestelyjen piiriin.
3. Työllisyys tulee säilyttää niin korkeana, että suhde työssä olevien ja eläkeläisten välillä säilyy niin suotuisana kuin mahdollista.
4. Ikääntyneitten työntekijöiden työssä jatkamiselle tulee kehittää tehokkaat kannustimet.
5. Julkisen eläkerahoituksen bruttokansantuulo-osuus tulee pitää tasolla, joka vastaa taloudellista kasvua ja vakauttamiseksi tehtyä sopimusta
6. Työssä olevien ja eläkeläisten kesken tulee aikaan saada reilu tasapaino sovittamalla eläkemaksut, verotus ja eläkeetuuksien tasot toisiinsa.

7. Yksityisiä eläkejärjestelmiä voidaan hyvin käyttää edelleen täydentämään lakisääteisiä eläkkeitä.
8. Eläkejärjestelmien tulee edistää turvallisuutta, joustavuutta ja liikkuvuutta työmarkkinoilla.
9. Eläkejärjestelmiä tulee kehittää niin, että poistetaan sukupuolten välinen diskriminointi.
10. Eläkejärjestelmät on kehitettävä läpinäkyvämmiksi, ennustettavammiksi ja mukautuvammiksi muuttuviin olosuhteisiin.

Kymmeneen periaatteeseen sisältyy monia sukupolvisopimuksen kannalta tärkeitä tavoitteita kuten riittävät eläkkeet yhdistyneen työllisyyden korkeaan tasoon, vakuutusmaksujen ja etuuksien vastaavuus, joustavuus, ennustettavuus ja julkisten menojen hallinta.

Nykyisessä hallitusohjelmassa on havaittavissa uuden sukupolvisopimuksen piirteitä. Tästä on osoituksena esimerkiksi se, että nuoria halutaan aikaisemmin työelämään ja ikääntyneiden toivotaan jatkavan siellä pidempään. Tavoitetta pyritään toteuttamaan koulutuspolitiikan ja toisaalta eläkepolitiikan avulla. Vuonna 2005 voimaan astuva eläkeuudistus mahdollistaa joustavan eläkkeelle siirtymisen ikävuosien 63 ja 68 välillä. Eläkkeen suurempi kertymä näiden vuosien välillä on tarkoitettu kannustimeksi jatkaa työssä pidempään. Eläkkeen kertyminen alkaa aikaisemmin ja myös opiskelu luetaan eläkkeeseen oikeuttavaksi vaiheeksi samoin hoivaan liittyvät naistenpoissaolot työelämästä.

Koulutuspolitiikan tavoitteeksi on asetettu se, että nuoret aloittaisivat työelämän mahdollisimman aikaisin. Koulutusmahdollisuuksia pyritään jakamaan elinikäisen koulutuksen periaatteen mukaisesti niin, että myös ikääntyneellä väestöllä on mahdollisuus osallistua koulutukseen. Uuteen sukupolvisopimukseen kuuluu myös se, että pyritään tukemaan omaishoitajia heidän vaativassa työssään. Toisaalta kulkeminen kohti hoivatakuuta ikääntyneiden osalta luo edellytyksiä hoidon varmistamiselle.

Uuteen sukupolvisopimukseen kuuluu myös se, miten tulevaisuudessa voidaan rekrytoida työntekijöitä vanhustyöhön. Tällä haa-

vaa nuoret ihmiset eivät ole kovin halukkaita valitsemaan vanhustyötä elämäntehtäväkseen. Tärkeänä haasteena onkin, miten herättää nuorten mielenkiinto vanhusten kanssa työskentelemiseen. Varmasti ikääntyneiden voimavarojen esille tuominen auttaisi tässä. Yksipuolinen raihnaisuuden korostaminen ei nuoria aktivoi. Merkittävä kysymys sukupolvien välisissä suhteissa tulee olemaan se, miten ikääntyneiden taloudellisia voimavaroja tullaan käyttämään heidän omaan hoitoonsa, miten palveluja tehostetaan ja minkälaisia uusia innovaatioita palvelujen kehittämisessä voidaan toteuttaa.

Sukupolvitilinpito on menetelmä tulevaisuuden arvioimiseksi. Menetelmällä selvitetään, onko nykyinen julkisen talouden järjestelmä vero-, hyvinvointi-, hallinto- ja muine järjestelmineen mahdollista ylläpitää esimerkiksi suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle (Vanne 2002, 59-60). Tilipidon avulla voidaan osoittaa, millä tavalla julkisen talouden tuottamat palvelut ja tulonsiirrot kohdistuvat eri aikoina syntyneille sukupolville. Esimerkiksi Pekka Parkkinen (1993) on arvioinut, että suurten ikäluokkien lapsilleen jättämä koulutusperintö on ainakin yhtä suuri kuin suurten ikäluokkien lapsilleen jättämä eläkevelka, mikä näin tulee kuitatuksi.

Kaikki merkit viittaavat siihen, etteivät suuret ikäluokat johda Suomea rahoitusongelmiin, mikäli työllisyys, talouskasvu, väestönkehitys, veroaste ja etuudet säilyvät pitkällä aikavälillä nykyisellään. (Vanne 2002). Uusi sukupolvisopimus tulee varmistamaan, ettei sukupolvien välille synny sotaa. Varmasti sukupolvien liikehdintää jollakin tasolla tapahtuu, mutta se ei mielestäni koidu suureksi uhaksi sosiaaliselle järjestykselle.

Lähteet

- Alanen, Leena (2001): Polvesta polveen. Sukupolvi sosiologisena käsitteenä ja tutkimuskohteena. Teoksessa Sankari, Anne & Jyrkämä, Jyrki (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Vastapaino. Jyväskylä, 97-115.
- Arber, Sara & Attias-Donfut, Claudine (toim.) (2000): *The Myth of Generational Conflict. The Family and State in Ageing Societies*. Routledge. London.
- Borg, Sami & Ruostesaari, Ilkka (2002): Suuret ikäluokat ja valta. *Hyvinvointikatsaus*. 1/2002, 51-58.

- Erola, Jani (2004): Suuret ikäluokat ja solidaarisuus. Teoksessa Erola, Jani & Wilska, Terhi-Anna (toim.) Yhteiskunnan moottori vai kivireki. Suuret ikäluokat ja 1960-lukulaisuus. SoPhi 92. Jyväskylä, 181-198.
- Forma, Pauli (2002): Sukupolvien välinen kuilu ja sosiaaliturva kyselytutkimusten valossa. Hyvinvointikatsaus 1/2002, 47-50.
- Helander, Voitto (2001): ”Ei oikeutta maassa saa...”. Ikäihmiset poliittisina vaikuttajina. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä.
- Julkunen, Raija (2003): Iät ja ajat. Teoksessa Helne, Tuula ym. (toim.) Sosiaalinen politiikka. WSOY. Helsinki, 389-411.
- Jääsaari, Johanna & Martikainen, Tuomo (1991): Nuorten poliittiset valinnat. Gaudeamus. Helsinki.
- Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (1998): Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. WSOY. Juva.
- Koskinen, Simo (2004): Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvosto. Edita. Helsinki, 24-90.
- Marin, Marjatta (2003): Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. Duodecim. Tampere, 60-69.
- Moisio, Olli-Pekka (2004): Sääli sosiaalisena siteenä – uudesta solidaarisuudesta. Teoksessa Helne, Tuula, Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (toim.) Seis yhteiskunta – tahdon sisään. SoPhi 80. Jyväskylä, 67-95.
- Morrow-Howell, Nancy & Hinterlong, James & Sherraden, Michael (toim.) (2001): Productive Aging. Concepts and Challenges. The John Hopkins University Press. Baltimore.
- Myles, John (2002): A New Social Contract for the Elderly? Teoksessa Gösta Esping-Andersen with Duncan Gallie, Anton Hemerijck and John Myles Why We Need a New Welfare State. Oxford University Press. Oxford, 130-172.
- Parkkinen, Pekka (1993): Inhimillinen pääoma ja koulutusperintö Suomessa. Hyvinvointikatsaus 4/1993, 2-5.
- Phillipson, Chris (1998): Reconstructing Old Age. New Agendas in Social Theory and Practice. Sage. London.
- Purhonen, Semi (2002): Suurten ikäluokkien itsetietoisuus sukupolvena. Hyvinvointikatsaus 1/2002, 37-46.
- Roos, J. P. (1987): Suomalainen elämä. Tutkimus tavalisten suomalaisten elämäkertoista. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Hämeenlinna.
- Tirrito, Terry (2003): Aging in the New Millennium. A Global View. University of South Carolina Press. South Carolina.
- Torres-Gil, Fernando M. (1992): The New Aging. Politics and Change in America. Auburn House. New York.
- Vaahio, Eeva-Leena (2002): Rekrytointi, ikä ja ageismi. Työpoliittinen tutkimus Nro 244. Työministeriö. Helsinki.
- Vaarama, Marja & Hakkarainen, Anne & Laaksonen, Seppo (1999): Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 1999:3. Helsinki.
- Vanne, Reijo (2002): Sukupolvitilinpito ja suuret ikäluokat. Hyvinvointikatsaus 1/2002, 59-64.
- Viialainen, Riitta (1999): Tutkija rahoittaisi palveluja myös vanhusten omaisuuksista: Perinnöistä osa kunnalle? Dialogi 4/1999, 28-30.
- Virtanen, Matti (2001): Fennomanian perilliset. Poliittiset traditiot ja sukupolvien dynamiikka. SKS & Stakes. Hämeenlinna.
- Virtanen, Matti (2002): Ovatko suuret ikäluokat sukupolvi? Hyvinvointikatsaus 1/2002, 42-46.
- Virtanen, Matti (2004): Seuraako lamasukupolvea aktiivinen millennium-polvi? Helsingin Sanomien vieraskynä 20.11. 2004
- Walker, Alan (toim.) (1996a): The New Generational Contract. Intergenerational Relations, Old Age and Welfare. UCL Press. London.
- Walker, Alan (1996b): Introduction: The New Generational Contract. Teoksessa Walker, Alan (toim.) The New Generational Contract. Intergenerational Relations, Old Age and Welfare. UCL Press. London, 1-36.

Ken on maassa tervein – tulevaisuutena eriarvoinen terveydenhuolto?

Ilka Kangas

VTT, dosentti, erikoistutkija

Stakes

Johdanto

Hoivan ja hoidon logiikka on toinen kuin talouden. Aina voi hoitaa paremmin tai pidempään, ottaa käyttöön uusia hoitomuotoja ja kokeilla, jos jokin toinen lääke tehoaisi. Siksi terveyden tavoittelu ja käytettävissä olevien resurssien epäsuhda ei ole ratkaistavissa. Miten tämän epäsuhdan vallitessa terveydenhuoltoa kehitetään? Ratkaisua täytyy etsiä ennen kaikkea arvojen suunnasta: Millaisen palvelujärjestelmän haluamme? Ketä se palvelee ja miten? Mikä on yksilön, mikä yhteiskunnan vastuulla?

Pohjoismaissa on ollut tapana tavoitella kaikille tarkoitettua palvelujärjestelmää. Suomalaisen terveydenhuollon peruseriaatteena oikeudenmukaisuus on ollut keskeinen jo 1970-luvulta saakka. Nykyisessä perustuslaissakin eri asemaan asettaminen kielletään ja jokaiselle luvataan riittävät peruspalvelut. Käytännössä oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus ovat kuitenkin olleet hyvinvointivaltion arvoja, jotka Suomessa ovat kärsineet jonkinlaisen arvovaltatappion resurssitaistelussa etenkin 1990-luvun laman myötä. Väestö eriarvoistuu, eikä palvelujärjestelmä ole sitä viime aikoina estänyt.

Suomen julkisen sektorin ja sen palvelujärjestelmien kehitystä on 1990-luvun laman aikana ja sen jälkeen hallinnut taloudellisen vaihtoehdottomuuden retoriikka. Säästöt ja leikkaukset on tehty vetoamalla taloudelliseen välttämättömyyteen. (Ks. myös Kosonen 2002.) Näin on voitu kaihtaa keskustelua tehtyjen valintojen seurauksista: universalismin heikkeneemisestä ja eriarvoisuuden kasvusta sekä oikeudenmukaisuuden vähenemisestä. Taloudellisen imperatiivin taakse piiloutuminen on vastuuton. Tällainen poliittinen retoriikka johtaa vähitellen väestöryhmien luottamuksen rapautumi-

seen. Se on vaarallista koko sopimuksiin perustuvalla yhteiskunnallemme.

Välillä myös tuntuu, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää eri osaluokkien on rakennettu, paikkailtu, purettu ja kursittu kasaan niin moneen kertaan ja monesta kohdasta, että moinen tekele kannattaisi jo heittää kokonaan menemään ja luoda tilalle uusi, perusteellisesti uudelleen mietitty hyvinvointijärjestelmä. Mutta millaiset arvot nykyään valitsevat Suomessa, millaisen järjestelmän ne tuottaisivat? Jos eriarvoistava kehitys jatkuu, mihin päädyimme?

Tällä hetkellä järjestelmässä vallitsee arvoristiriita: käytäntö on jotain vallan muuta kuin juhlapuheiden, visioiden ja missioiden tavoitteet. Ristiriita alkaa kohta muistuttaa reaalisisialismin kulisseeja. Laissa luvattu yhdenvertaisuus kääntyykin vastakohtakseen, eriarvoisuudeksi. Sopimusyhteiskunta murenee, kun tasapuolisuuden sijaan eriarvoisuus rehottaa oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteiden juuressa. Eihän todelliseen tasa-arvoon terveydenhuollossa ole koskaan varsinaisesti päästykään. Yritetäänkö sitä edes enää?

Esimerkinä terveyserot

Terveyden eriarvoisuus, kuten muukin eriarvoisuus, on Suomessa kasvava ongelma. Normiohjauksen katoamisen ja valtion tuen vähenemisen myötä alueelliset erot terveyspalveluiden saatavuudessa ovat nousseet uudelleen esiin. Kunnallinen itsehallinto on tuottanut terveyden ja palveluiden eriarvoisuutta, koska kunnat itsekin ovat resurssiltaan eriarvoisessa asemassa toisiinsa verrattuina. Hoitotakuu tulee todennäköisesti osaltaan korjaamaan tätä ongelmaa, mutta ei poista sitä, sillä

eriarvoisuus on monisyinen ilmiö. Alueellista eriarvoisuutta lisää myös se, että noin kolmannes palveluista tuotetaan yksityissektorilla, joka on keskittynyt suurten sairaaloiden sijaintipaikkakunnille (Teperi 2004).

Alueellista eriarvoisuutta hankalampi ja haasteellisempi kysymys on silti sosioekonomisten ryhmien välinen terveyden eriarvoisuus niin kuolleisuudessa kuin sairastavuudessa (ks. esim. Kangas ym. 2002). Eriarvoisuus on jo nyt jyrkempää kuin monet tahtoisivat uskoa. Sekä terveys- että tuloerot tuottavat syrjäytyvien kansalaisten ryhmiä. Erityisesti väsyneet, puolustuskyvyttömät ryhmät - esimerkiksi mielenterveyspotilaat ja pitkäaikaisyöttömät - jätetään selviytymään niukkaakin niukemmissa oloissa, jotka myös osaltaan tuottavat huonoa terveyttä. Tuloerot tuovat eriarvoisuutta myös palveluiden jakautumiseen: yksityissektori on hintansa vuoksi usein pienituloisten ulottumattomissa.

Kansanterveyttä voi tarkastella kahdesta näkökulmasta: terveyden tason ja jakauman kannalta. Kansanterveyden taso on kohentunut kiittävästi 1900-luvun loppupuolella. Sellaiset kansainvälisesti tunnetut kansanterveyden edistämishankkeet kuten esimerkiksi Pohjois-Karjala -projekti ovat aikanaan muokanneet suomalaisten elintapoja ja ravitsemustottumuksia merkittävästi ja vähentäneet sydän- ja verisuonitauteja huomattavasti. Menestystarina ei kuitenkaan ole täydellinen, sillä suuret kansantaudit vaivaavat varhaisemmin ja useammin alempien sosioekonomisten ryhmien edustajia kuin ylempien ryhmien jäseniä. Esimerkiksi 35-vuotiaiden toimihenkilömiesten keskimääräinen elinajanodote on kolme vuotta pidempi kuin työntekijämiesten. (Kangas ym. 2002.)

Palvelut eivät myöskään kohdenna tasa-arvoisesti niitä eniten tarvitseville. Esimerkiksi sepelvaltimotoimenpiteitä tehdään edelleen suhteessa enemmän ylempien sosioekonomisten ryhmien sepelvaltimotautia sairastaville edustajille kuin alempien ryhmien jäsenille. Myös esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkärikäynnit jakautuvat hyvätuloisia suosivasti. (Teperi 2004.) Hälyttävä tilanne on myös mielenterveyspuolella.

Meillä on siis jakaumaongelma niin terveydessä kuin palveluissakin. Erityisen ikävä se on siksi, että heikoimmassa asemassa jo muutenkin olevat, esimerkiksi moniongelmaiset potilaat ja mielenterveyspotilaat, kärsivät eniten. Lisäksi tulevat sukupolvet ovat vaarassa, sillä ennalta ehkäisevien terveyspalveluiden vähäinen määrä ja esimerkiksi oppilasterveydenhuollon supistuminen uhkaavat tulevien aikuisten terveyttä (Teperi 2004). OECD:n tuoreessa vertailussa (2004) Suomen terveydenhuoltoa pidetään hyvätuloisia suosivana järjestelmänä. Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on reilussa kymmenessä vuodessa selvästi supistunut. Vastavasti kotitalouksien ja yksityisen rahoituksen osuus terveydenhuollon menoista on kasvanut viime vuosikymmenen aikana ja se on selvästi suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Pienituloisten talouksille tilanne on kestävä, ja osa tarvituista palveluista, esimerkiksi lääkkeistä, voi pakosta jäädä hankkimatta. Miten tämä vastaa hyvinvointivaltiomme oikeudenmukaisuusperiaatetta?

Globaalisti terveyserot ovat huikeita, kohtuuttomiakin. Niitä vasten suomalaisten keskinäiset terveyserot eivät tietenkään näyttyä ongelmana. Myöskään lähialueiden, Baltian maiden tai Venäjän, tyyppisistä terveysongelmista ei Suomessa tarvitse puhua, vaikka alkoholiin liittyvät kuolemat ja sairastavuus ovatkin maassamme yksi vakavimmista terveysongelmista. Vanhojen EU-maiden välisessä vertailussa Suomen terveyserot kuitenkin paljastuvat huolestuttaviksi. Niin täällä kuin muuallakin EU:ssa sosioekonomiset terveyserot ovat viime vuosina kasvaneet. (Ks. Lahelma & Koskinen 2002.) Monikulttuuristuvassa Suomessa terveyserot uhkaavat kasvaa myös maahanmuuton seurauksena.

Terveyserojen kaventaminen on yksi Terveys 2015 -ohjelman kahdeksasta tavoitteesta. Kansainvälinen tutkimus terveyseroista ja niiden syistä osoittaa, että eriarvoisuuden vähentäminen on haasteellinen tehtävä: erojen taustalla on yhteiskunnallisia ongelmia ja sosiaalista eriarvoisuutta, jotka heijastuvat terveyteen. Terveyserojen kaventamisen edellytyksiä näyttäisivät olevan tasa-arvoinen ja oikeu-

denmukainen yhteiskunnallinen rakenne ja ympäristö, joissa ihmisiä tuetaan kokonaisvaltaisesti. Sosiaaliset ongelmat ovat usein yhteydessä terveysongelmiin, ja terveyseroja saadaan parhaiten vähennettyä puuttamalla esimerkiksi elämäntilannetta, toimeentuloa tai syrjäytymistä koskeviin ongelmiin. Kyse on siis koko hyvinvointivaltiota ja sen palvelujärjestelmää koskettavista monialaisista ongelmista.

Osin on kysymys myös hyvinvoinnin eri politiikkalohkojen yhteistyön ja koordinoinnin haasteista: monet terveyden eriarvoisuuteen vaikuttavat toimet toteutetaan terveyspolitiikan ulkopuolella - asuntopolitiikassa, koulutuspolitiikassa, sosiaalipolitiikassa ja työvoimapolitiikassa. Terveyserojen syntymistä voi ehkäistä muillakin politiikan alueilla kuin terveyssektorilla (ks. esim. Sihto 2003). Yhteistyö eri sektoreiden välillä on kuitenkin vakiintumatonta. Lakien, asetusten ja säädösten sekä kunnallisen päätöksenteon terveysvaikutuksia voi arvioida myös terveyserojen kannalta, sillä kokonaislasku terveyseroista lankeaa kuitenkin yhteiskunnan maksettavaksi. Lainsäädännön ja kuntien terveydenhuollon suunnittelun vaikutusten terveysarvioinnin ajattelutapa on kuitenkin vielä valmistelijoille vieras.

Terveyserojen vähentämisen näkökulma on terveydenhuollon palvelujärjestelmällekin usein outo (katso kuitenkin Forssan mallia tässä teoksessa). Kun on totuttu hoitamaan yksilöitä ja tarkastelemaan heidän vointiaan tautien tai korkeintaan terveyden edistämisen näkökulmasta, väestöryhmien ja sosioekonomisen aseman huomioiminen käytännön terveystyössä on uutta tai vierasta. Toisaalta tietoa väestöryhmien terveydestä ja riskiryhmien tavoittamisen tärkeydestä alkaa olla jo huomattavasti - kyse on sen saattamisesta osaksi käytäntöjä. Universalistisen orientaation tarjoaman yhdenmukaisuuden rinnalle tarvitaan kannustavaa erityiskohtelua, joka huomioi eri väestöryhmien erilaiset tarpeet (ks. esim. Sihto 2003). Samat lähestymistavat esimerkiksi terveyden edistämässä eivät välttämättä päde eri väestöryhmissä.

Tavoitteen tarve

Yrityksistä vähentää terveyseroja ei juuri ole tehty vaikuttavuustutkimuksia. Sen sijaan erilaisia interventioita, ohjelmia ja yksittäisiä toimia on kokeiltu eri puolella Eurooppaa. Sekä naapurissamme Ruotsissa että Hollannissa ja Englannissa on myös kehitetty terveyseroihin kohdistuvaa terveyspolitiikkaa ja tutkimusta huomattavasti Suomen vastaavaa toimintaa aktiivisemmin. (Palosuo ym. 2004.) Suomessa vain muutama ihminen edistää terveyserojen vähentämistä, kun taas edellä mainituissa maissa resurssit ovat monikymmenkertaiset.

Palvelujärjestelmässä taloudellisen tehokkuuden korostaminen oikeudenmukaisuuden sijasta on eriarvoistanut suomalaisten terveyttä, mutta näin ei tarvitsisi olla: on resurssien järkevää käyttöä kohdentaa erityisiä palveluita heikommassa asemassa oleville väestöryhmille, jotta huono-osaisuus ei kumuloidu. Kyse ei kuitenkaan ole valikoimisesta tai universalismista luopumisesta, vaan väestöryhmien erilaisten tarpeiden huomioimisesta (vrt. Sihto 2003).

Terveyserojen supistamisessa hoivan ja rajallisten resurssien logiikat käyvätkin yhteen. Kansanterveyden taso kohenee terveyden jakautumista tasoittamalla ja erityistoimia kohdentamalla. Monet rahakirstun vartijat oivaltavat säästöjen syntymisen, kun moniongelmaisten ryhmien terveydentilaan yritetään vaikuttaa sairauksia ennalta ehkäisevästi. Myös erilaiset terveyttä laajemmat hyvinvointihankkeet, joissa heikommassa asemassa tai syrjäytymisvaarassa olevien ryhmien hyvinvointia tarkastellaan kokonaisvaltaisesti eikä hallinnonaloittain pirstottuna, ovat mielekkäitä niin eriarvoisuuden kuin talouden kannalta. Hyvät käytännöt leviävät ohjauksen puuttessa kuitenkin satunnaisesti ja joskus myös tarpeettoman hitaasti. Tarvittaisiin ohjelma, selkeät tavoitteet, resursseja ja konkreettisia toimia. Asia on monimutkainen, eikä missään tapauksessa helppo ratkaista.

Oikeudenmukaisuuden paluu?

Tehokkuuden megatrendin vallitessa terveyserojen kaventamistavoitteiden kaltaiset oikeudenmukaisuus- ja tasa-arvopyrkimykset ovat silti vain heikko signaali, jonka merkitystä on vaikea arvioida. Ovatko pyrkimykset kohti terveyden tasa-arvoa haamu menneisyydestä, solidaarisuuden viimeinen henkäys tai pohjoismaisen hyvinvointivaltioajattelun epätoivoinen virvoittamisyritys? Onko Suomi luopunut ja luopumassa vaivihkaa tasa-arvosta kansalaisten perusoikeutena? Ovatko oikeudenmukaisuuden tai yhdenvertaisuuden tavoitteet ylipäänsä mahdottomia saavuttaa? Vai ovatko terveyserojen vähentämispyrkimykset merkki yhteisöllisyyden noususta yksilöllisyyttä vahvemmaksi, tulevaa yhteiskuntaa määrittäväksi arvoksi?

Kansainvälisesti yhdenvertaisuus puhuttaa; sitä vaaditaan niin miesten kuin naisten, etnisten ryhmien, vammaisten ja "terveiden", kolmannen maailman ja jälkiteollisten valtioiden kuin köyhien ja rikkaiden välille. Pohjoismaisen hyvinvointivaltioajattelun tapaiset lähestymistavat olisivat globaalisti edelleen mielekkäitä vaihtoehtoja eriarvoisuuden rauhanomaisessa vähentämisessä. On toki eri asia, miten mielekkääseen ratkaisuun aika ja erilaiset poliittiset toimijat maapallomme ajavat.

Pessimistisen oletuksen voi tehdä myös kotimaassa: eriarvoisuus niin terveyden osalta kuin muutenkin lisääntyy, koska suomalaiset omaksuvat yhä tiukemmin omista asioista huolehtimisen ja oman edun valvomisen eetoksen. Aatos Erkkö suomi televisiohaastattelussa Vanhasen hallituksen aikaista Suomea itsekkyyden lisääntymisestä. Laajentumisen jälkeisen (post-ekspansiivisen, ks. Julkunen 2001) hyvinvointijärjestelmän ei ilmeisesti tarvitse kustantaa kaikkien tasapuolista terveyttä tai muuta hyvinvointia.

Optimistisen oletuksen mukaan suomalaiset eivät kuitenkaan suostu eriarvoistavan kehityksen etenemiseen, vaan useat kansalaisryhmät havahtuvat taistelemaan oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden puolesta. Eihän sitä tiedä, koska itse putoaa vauhdista ja tarvitsee apua. Yksittäisiä oikeudenmukaisuutta penäviä

ääniä kuuluu jo joiltakin suunnilta: esimerkiksi professori Juha Siltala on jo vuosia puhunut suomalaisen työntekijän jaksamattomuudesta tehokkuuden megatrendin vaatimusten edessä ja saanut melkoisen ymmärtäjäjoukon. Vaatimukset kuntien itsehallinnon vähentämisestä sekä ohjelmaohjauksen lisäämisestä ja ehdotukset valtion "paluusta" voidaan myös nähdä signaaleina tyytymättömyydestä eriarvoistumiseen.

Oikeudenmukaisuudesta ja tasapuolisuudesta päätetään poliittisissa ratkaisuisissa, yksittäisistä kunnallisista ja valtiollisista päätöksistä kertyvissä valintojen ja reaalipolitiikan käytännöissä. Päätöksentekijöiden on syytä katsoa peiliin. Kenelle terveyttä tarjotaan? Eriarvoisella terveydellä - varsinkin yhdistyneenä muutenkin eriarvoistuvaan yhteiskuntaan - on laajoja yhteiskunnallisia seurauksia, eivätkä ne välttämättä ole miellyttäviä.

Kirjallisuutta:

- Julkunen, Raija 2001. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino.
- Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita.
- Kosonen, Pekka 2002. Finnish economic and social policies: the 'long 1990s'. Plenary Paper in the XI Nordic Social Policy Research Meeting, 22-24. August 2002, Hanasaari Cultural Centre.
- Lahelma, Eero & Koskinen, Seppo 2002. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot - haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita.
- OECD 2004. www.oecd.org/document/44/0,2340,en_2649_37407_2085228_1_1_1_37407,00.html
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 12, STM.
- Sihto, Marita 2003. Onko terveyserojen kaventaminen mahdollista? Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003):5, 538-546.
- Teperi, Juha 2004. Kuka saa terveyspalveluja? Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Stakes.

Millä väellä mitä väkeä hoidetaan vuoden 2040 Suomessa?

Elina Hemminki
Tutkimusprofessori
Stakes

Tässä artikkelissa pohdin väestökehitystä erityisesti terveydenhuollon perspektiivistä. Tulevaisuuden ennakoiminen väestökehityksessä on vaikeata, koska suuri osa muutoksia on ihmisten tahdosta riippuvaisia ja osittain vastauksia ennakoituun ongelmaan. Koska terveydenhuollon investointeja ja etenkin ammattihenkilöstön koulutusta koskevat päätökset tehdään pitkällä aikavälillä, on hyvä nostaa esiin mahdollisia kehityskulkuja. Osittain samat asiat koskevat sosiaalihuoltoa, mutta koska siellä palvelujentarve on suhteellisempi kuin terveydenhuollossa, myös palvelujen määrässä voitaneen joustaa enemmän ja tulevaisuuden ennustaminen on vielä vaikeampaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarve ja sen sisältö ovat herkkiä väestön määrän muutoksille ja väestön rakenteelle; rakenteella tarkoitetaan iän ja sukupuolen ja muiden sosiodemografisten tekijöiden jakaumaa. Syntyvyyden muutokset näkyvät välittömästi hoidon tarpeessa, koska raskausaika ja varhaislapsuus ovat hoitointensiivisiä. Toisaalta äidit muodostavat keskeisen osan hoiva- ja hoitotyöntekijöistä. Myös vanhuksset ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen suurkäyttäjiä, tosin heidän lukumääränsä vuonna 2040 voidaan jo nyt arvioida. Maahanmuuttajien erilaiset tarpeet, ainakin asettautumisen alussa, tuovat myös lisävaateita sosiaali- ja terveyspalveluille.

Suomi on harvaan asuttu maa, väestön maantieteellinen jakauma on vino ja palvelujen tuotanto on organisoitu paikallisella tasolla. Vaikka koko maan tasolla väestön muutokset olisivatkin ennustettavissa ja niihin voisi suunnitelmallisesti varautua, tilanne aluekohtaisesti on toinen. Kun väestötiheys tai ikärakenteen vinous on saavuttanut kriittisen tason, tämä voi johtaa siihen, että infrastruktuurin ylläpito tulee mahdottomaksi ja alu-

et tyhjäntyvät suunnittelemattomasti tai tehdään lyhytaikaisia investointeja sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Hoidettavat

Maassa asuvan väestön määrää säätelevät kuolleisuus, syntyvyys ja muuttoliike. Nykypäivän Suomessa kuolleisuuden osuus väestömuutoksissa on helpoiten ennustettavissa ja nykyisestä väestöstä voidaan ennustaa ikääntyvien ihmisten määrä kunakin tulevana vuosikymmenenä. Vaikka ikääntyvien ihmisten lukumäärä voidaan arvioida (tulee kasvamaan), sen suhteellista osuutta ei ole helppo ennustaa, koska nuorten määrää on vaikeampi arvioida. Tosin jos Suomessa tapahtuu jokin suuri yhteiskunnallinen muutos, niin kuin Venäjällä Neuvostoliiton hajottua, voi vanhusten määrä vähentyä keski-ikäisten kuolleisuuden noustessa. Tai jos puhkeaa jokin ennalta arvaamaton tautiepidemia, kuten HIV/AIDS Afrikassa, voi kuolleisuus ennakoimattomasti vaikuttaa väestökehitykseen. Todennäköisesti kuolemat siirtyvät keskimäärin edelleen hieman vanhemmalle iälle, mutta toisaalta vanhusten terveydentila kohentunee eikä raihnaisten osuus ikääntyvistä suuresti lisääntyne. Mutta vaikka fyysisesti raihnaisten osuus vanhuksista pysynee samansuuruisena, dementikkojen osuus nousee ja hoitotarve lisääntyy. Keski-ikäisten perhesuhteissa tapahtuneet muutokset ja lapsettomien osuuden nousu ennustavat yksinäisten (naispuolisten) vanhusten osuuden kasvua.

Suomessa syntyvyys on tällä hetkellä alle uusiutumistason, mutta kuitenkin niin korkealla, että väestö vähenee hitaasti. Sitä paitsi seuraava ikäkohortti voi paikata edellisen kohortin vähäisen lapsiluvun, jos olosuhteet ja

kulttuuri ovat lapsen hankkimisille suosiollisia. Nuorten ja lapsiperheiden maan sisäinen muutto aiheuttaa kuitenkin yhtäällä hukkeinwestointeja sosiaali- ja terveydenhuollossa ja toisaalla lisää-investointien tarvetta. Sama tapahtuu myös asumisessa ja koululaitoksessa, mikä lisää perheiden ja kunnan kuluja ja tukien tarpeita. Eri-tyisesti tyhjenevien alueiden ongelmat voivat muodostua ylitsepääsemättömiksi.

Terveydenhuollon kannalta tärkeää ei ole vain syntyvien määrä, vaan myös synnytyksen ajoitus. Synnyttävän naisen korkea ikä on merkittävä riskitekijä sekä hedelmättömyydelle että raskaus- ja synnytyskomplikaatioille. Hedelmällisyys laskee 30. ikävuoden jälkeen ja ensisynnyttäjillä raskaus- ja synnytysongelmat nousevat tasaisesti 25. ikävuoden jälkeen. Nousevat synnytyksiä ensisynnyttäjillä lisäävät äitiyshuollon tarvetta ja muuttavat sen sisältöä.

Työikäisten ihmisten suhteellisen puutteen ratkaisuksi on ehdotettu siirtolaisia. Todennäköisesti siirtolaiset ovat melko nuoria ja tuovat perheensä mukanaan. Yleensä siirtolaiset tulevat suomen kielen taidottomina ja kaukaa tulevat muuttajat tulevat oman kulttuurinsa kanssa. Molemmat aiheuttavat vaateita terveydenhuollossa sekä tekniselle puolelle (esimerkiksi tulkkipalvelut) että sisällölle ja tavalle organisoida palveluita. Näillä vaateilla on vaikutuksensa henkilökunnan ammattijakaumaan ja (täydennys)koulutukseen. Koska siirtolaisuutta, määrää, rakennetta ja lähtömaata on vaikea ennakoita pitkälti tulevaisuuteen, myös ennakointi terveydenhuollossa on hankalaa.

Maastamuutto voi muuttaa väestörakenteen. Vaikka 1800-luvun lopun ja 1900-luvun siirtolaisuus Pohjois-Amerikkaan tai 1970-luvun massamuutto Ruotsiin ei liene kovin todennäköinen tulevaisuuden kehitysmalli, on se kuitenkin mahdollinen. Todennäköisimmät lähtijät ovat nuoria. Eläkeläisten maastamuutto lämpimimpiin ja halvempiin maihin ei myöskään ole poissuljettu, mutta ei varsin todennäköistä.

Hoitajat

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ikääntyy ja jää eläkkeelle. Eläkkeelle siirtymi-

nen ja oletettu terveydenhuollon ja hoito- ja hoivatarpeen lisääntyminen luo kasvavan henkilöstötarpeen. Terveydenhuollossa automaatiolla ja tehostamisella ei suuria henkilöstösäästöjä ole odotettavissa, mikäli ei haluta siirtää hoivaa ja hoitoa potilaille itselleen tai heidän läheisilleen.

Suurin osa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä on naisia, ja huomattava osa alle 45-vuotiaita naisia. Synnytyksiä, lasten lukumäärä ja lasten ja vanhusten kotihoitoon lisääminen vaikuttavat suoraan työvoiman määrään.

Tulevat opiskelunsa aloittavat ikäkohortit ovat pieniä, ja terveydenhuolto joutuu kilpailemaan muiden alojen kanssa nuorista. Koko Euroopassa on ollut alhainen syntyvyys ja odotettavissa on työvoimapula, etenkin hoito- ja hoiva-aloilla. Kysymykset siitä, kuinka paljon pitäisi kouluttaa ja millaisia ammattihenkilöitä pitäisi kouluttaa, ovat aina olleet tärkeitä ja vaikeasti vastattavia. Mutta kilpailtaessa opiskelijoista ja kutsumusammatti-ideologian väistytessä ne ovat erityisen tärkeitä. Terveydenhuollon houkuttelevuuden lisääminen luultavasti tulee nostamaan terveydenhuollon kustannuksia. Lisäksi palvelut muuttuvat hoidonantajakeskeiseksi – pois nykyisestä asiakaskeskeisestä tavoitteesta.

Voidaanko sosiaali- ja terveydenhuollon tarvitsema työvoima rakentaa tänne muuttavien siirtolaisten kouluttamisen tai valmiin muualla koulutetun ammattihenkilöstön varaan? Lähialueilla, Venäjällä ja Baltian maissa, on aikanaan runsaasti koulutettu lääkäreitä, mutta vähemmän hoitajia. Lyhyellä aikavälillä lähialueiden ylimäärästä voitaisiin Suomen lääkäritilanne määrällisesti ratkaista siirtolaisuudella. Tällä olisi kuitenkin luultavasti huomattava vaikutus toiminnan sisältöön, millä puolestaan voisi olla erilaisia kerrannaisvaikutuksia järjestelmään ja täydennyskoulutukseen. Venäjän ja Baltian maiden syntyvyys on 1990-luvun alusta laskenut huomattavasti. Mikäli suuntaus jatkuu, ei sieltä vuoden 2020 jälkeen ehkä ole saatavilla ammattihenkilöstöä vaikeuttamatta maiden omaa terveydenhuoltoa. Lisäksi Euroopan muut maat vähentyneine syntyvyyksineen, ikääntyvine väestöineen ja monikulttuurisimpine

ilmapiireineen voivat olla houkuttelevampia vaihtoehtoja kuin Suomi. Tai lopullinen tavoite voi olla siirtolaisuus Pohjois-Amerikkaan.

Intiasta ja muista Aasian maista sekä Afrikan maista tulijoita ehkä olisi enemmänkin; Kiinan yli 20 vuotta voimassa ollut tiukka syntyvyyden säätelypolitiikka luonee suuren kysynnän hoitohenkilöstölle maan sisällä. Kehitysmaista tulevat terveydenhuollon ammattilaiset eivät ole ylimäärähenkilöstöä vaan maiden alhaisen tulo- ja elintason vuoksi paremman elämän perässä tulijoita. Jo nyt terveydenhuollon ammattilaisten muuttajavirrat ovat suuria: sambialaiset ammattihenkilöt Etelä-Afrikkaan, eteläafrikkalaiset Englantiin julkiselle sektorille, englantilaiset julkiselta yksityiselle sektorille. Köyhä Sambia tyhjenee terveydenhuollon ammattilaisista. Haluaako Suomi rakentaa terveydenhuoltonsa tällaiselle uuskolonialistiselle mallille?

Ratkaisuja terveydenhuollossa

Yllä olen esittänyt väestörakenteeseen liittyviä terveydenhuollon haasteita. Suurin osa on kuitenkin ratkaistavissa ihmisten toiminnalla. Keinot ovat yksinkertaisempia kuin jos väestöongelmana olisi esimerkiksi yhteiskunnan kehittymättömyydestä ja varallisuuden epäoikeudenmukaisesta jakaumasta johtuva suuri ennenaikainen kuolleisuus. Sellainen olisi (poliittisista ja taloudellisista) syistä paljon vaikeampi ratkaista kuin liian pienestä syntyvyydestä ja maan sisäisestä muuttoliikkeestä johtuva nopea alueellinen keskittyminen ja tyhjeneminen.

Terveydenhuolto ei juuri pysty näihin ulkoa asetettuihin reunaehtoihin puuttumaan.

Mutta sen ammattilaiset voivat osaltaan tuoda esiin ongelmia kansalaisten ja päättäjien tietoon (sekä Suomessa että laajemmin) sekä varautua suunnitelmissaan uudenlaiseen tilanteeseen.

Lyhyellä tähtäimellä, noin 10 vuoden ajanjaksolla, ei terveydenhuollossa ole oletettavissa henkilöstöongelmaa: henkilöstön lukumäärä on viime vuosina jatkuvasti kasvanut ja vaikka eläkkeelle siirtyminen lisääntyy, sen aiheuttaman vajeen korvaavat viime vuosina tehdyt opiskelijoiden sisäänoton lisäykset ainakin lääkäreiden osalta. Hoitajien osalta arviointi on vaikeampaa lyhyemmän koulutuksen ja vähäisemmän työhön sitoutumisen vuoksi. Lisäksi osa ammattihenkilöistä on "reservissä", joko kotona, muissa töissä tai ulkomailla. Kysymys henkilöstön riittävydestä on akuutti vasta myöhemmin. Mutta koulutus päätökset pitää tehdä jo paljon ennemmin kuin ongelma on näkyvissä.

Terveydenhuollossa on tällä hetkellä paljon henkilökuntaa. Työnjaolla ja toiminnan uudistamisella voidaan työmäärän tarvetta jonkin verran vähentää, mutta ei suuresti. Mutta tarvetta voidaan vähentää vähentämällä sairastavuutta (elintapojen muuttaminen ja sairauksien ehkäisy), rajaamalla reuna-alueita ulos terveydenhuollosta (demedikalisaatio) ja lisäämällä itsehoitoa. Kiinnittämällä näihin huomiota voidaan ehkä välttää koko edellä ennakoitu ongelma henkilöstön riittämättömyydestä. Itse väestöongelmaan, väestörakenteen ikääntymiseen ja alueellisen epätasapainoon, ne eivät tietenkään auta.

Forssan malli terveystalvelujen tuottamisessa – tulevaisuuden toimintatapa?

Markku Puro, yhtymäjohtaja

Riitta Suhonen, laatu- ja kehittämispäällikkö

Forssan seudun terveydenhuollon ky

Johdanto

Tässä artikkelissa luonnehditaan Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän toimintaa, sekä arvioidaan, miten tämä niin sanottu "Forssan malli" mahdollistaa julkisten terveydenhuoltopalvelujen tuottamisen ja miten se voi vastata lähitulevaisuudessa terveydenhuoltoon kohdistuviin vaatimuksiin ja tavoitteisiin. On olemassa viitteitä siitä, että terveydenhuollossa hoitomahdollisuuksien ja olemassa olevien resurssien epäsuhta kasvaa ja koulutetun ja osaavan työvoiman saanti vaikeutuu. Todelliseen terveystalvelutarpeeseen perustuva julkinen palvelujärjestelmä joutunee kysyntä- ja tarjontapohjaisen markkinaehtoisen palvelujärjestelmän puristukseen ja sen myötä kilpailutilanteeseen. Viimeksi mainittu seikka saattaa toisaalta luoda innovatiivista ja kehittävää ajattelutapaa terveydenhuoltoon.

Sisällöllisiä ja rakenteellisia innovatiivisia ratkaisuvaihtoehtoja on kehitettävä ikääntyneen väestön terveysongelmien hoitamiseksi, mutta myös lasten- ja nuorten psykososiaalisen palvelutarpeeseen vastaamiseksi. Suurin haaste terveydenhuollolle tulee kuitenkin olemaan suotuisan yleisen terveydentilan kehityksen turvaaminen ja sosiaaliryhmittäisten terveyserojen kasvun pysäyttäminen. Tämä puolestaan edellyttää terveydenhuollolta uudenlaista kriittistä omien vaikuttamismahdollisuuksiensa arviointia ja rakentavaa poikkihallinnollista yhteistyötä koko yhteiskunnassa sekä uudenlaisia kumppanuutta eri toimijoiden kanssa kansalaisten terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Sairauksien ennaltaehkäisy on nähtävä koko yhteiskunnan tehtäväksi ja kokonaisvaltainen terveyspolitiikka on nostettava kunniaan.

Forssan mallin taustaa

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY) perustettiin vuoden 2001 alussa yhdistämällä hallinnollisesti Lounais-Hämeen kansanterveystyön kuntayhtymä ja sairaanhoitopiiristä samalla irrottautunut Lounais-Hämeen aluesairaala. Yhdistymisen taustalla oli halu säilyttää paikallinen päätöksentekö terveydenhuoltopalveluiden tuottamisessa, säilyttää lähipalvelut, lisätä alueellista palvelutuotannon koordinoitua ja yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa sekä hallita kustannuskehitystä paremmin. Terveyskeskuksessa oli merkkejä palvelutuotannon purkautumisesta takaisin kuntatasolle, mikä olisi merkinnyt aivan liian pieniä yksiköitä. Toisaalta aluesairaalan toiminnan osalta pelättiin paikallisen vaikutusvallan vähenemistä sairaanhoitopiirin erikoisalakohtaisen johtamisen korostuessa. Tämän uskottiin heikentävän paikallista kokonaisuuden hallintaa. Terveyskeskuksen ja aluesairaalan välillä oli toki laajaa yhteistyötä jo aikaisemminkin, koska lähes kaikki tukipalvelut tuotettiin yhdessä. Hallinnollisessa yhdistymisessä päädyttiin itsenäisen kuntayhtymän malliin.

Nykyinen malli

FSTKY vastaa viiden jäsenkuntansa, yhteensä noin 36 000 asukkaan, kaikista terveystalveluista niitä itse tuottamalla tai tilaamalla. Toimintakenttä on siis varsin laaja: löytöeläinten hoidosta huippuerikoissairaanhoidon oston. Kuntayhtymässä työskentelee noin 630 työntekijää ja käyttötalouden budjetti on vajaat 50 miljoonaa euroa. Kuntien kaikki terveydenhuollon kulut kulkevat kuntayhtymän kautta sairaanhoitopiirin jäsenmaksuja lukuun ottamat-

ta. Kunnat kuuluvat Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin, mutta kuntayhtymä voi ostaa palvelut tarkoituksenmukaisesta ja haalamastaan organisaatiosta. Budjetoinnin mukaisen tarkastelun perusteella itse tuotettujen palvelujen osuus on noin 60 prosenttia ja ostopalveluiden noin 40 prosenttia.

Kuntayhtymän valtuusto hyväksyi toimintastrategian vuonna 2003. Kuntayhtymän strateginen tavoite on olla vuonna 2010 Suomen terveydenhuoltoalueiden huippua. Palvelutuotannon omavaraisuus ei ole itseisarvo, vaan tavoitteena on tarjota kuntalaisille todellisten tarpeiden mukaisia terveyspalveluja. Palveluita voidaan hankkia tarkoituksenmukaisesti myös muista terveydenhuolto-organisaatioista ostamalla. Edelleen strategisena linjauksena keskeistä on terveyden edistäminen. Perinteisen terveyden edistämisen lisäksi kuntayhtymä on osallistunut laajasti myös aluekeskusohjelman alaisen seudullisen hyvinvointi- ja turvallisuusstrategian luomiseen. Seudullinen hyvinvointi- ja turvallisuusstrategia on rakennettu laajana poikkihallinnollisena yhteistyönä yhdessä kuntien eri hallintokuntien, päättäjien sekä myös valtion hallinnon paikallisviranomaisten kanssa.

Terveydenhuoltoalueen tarjoamat palvelut rakentuvat terveydenhuollon peruspalveluista. Nämä ovat palveluja, joiden tuottamiseksi tarvitaan laaja-alaista perusosaamista ja järkevää työnjakoa. Laadukkaiden peruspalvelujen tuottamisen ennakkoehtona on prosessien toimivuus ja toimiva yhteistyö. Perusterveydenhuollon toiminnoissa keskeistä on hoidon saatavuus, toimivuus ja vaikuttavuus. Yhtenä merkittävänä tekijänä on omalääkärin ja -hoitajan järkevä työnjako sekä heidän merkityksensä korostaminen hoidon koordinoivina henkilöinä.

Erikoissairaanhoidon peruspalvelujen tuottaminen on toinen kuntayhtymän kulmakivi. Kuntayhtymä pyrkii erikoissairaanhoidossaan elektiiviseen toimintaan ja palvelujen avohoitopainotteisuuteen. Operatiivisesta ympärivuorokautisesta päivystyksestä ja synnytyksistä on kokonaisuudessaan luovuttu. Sen sijaan vanhustenhuollon ja kansansairauksiin liittyvien hoitojen kannalta keskeistä konservatiivisten alojen päivystystoimintaa pyritään ylläpitämään.

Palvelujen tuottamista varten organisaatio jakautuu seuraaviin vastuualueisiin: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sairaanhoidolliset palvelut, hoitopalvelut ja tuki-palvelut. Vuoden 2005 alusta vastuualueet lisääntyvät yhdellä, mielenterveyden vastuualueella, joka koostuu aikuispsykiatriasta, lasten- ja nuorten psykiatriasta, A-klinikasta sekä mielenterveyden peruspalveluista. Mielenterveyden peruspalveluihin kuuluvat kasvat- ja perheneuvola, oppilashuolto, terveyskeskuspsykologit ja puheterapeutit.

Tulevaisuuden signaalit

Koko terveydenhuollon tulevaisuuden suurin haaste tulee olemaan väestön myönteisen terveydentilakehityksen jatkuminen. Suuri haaste on myös kaventaa terveyden eriarvoisuutta, eli pysäyttää väestöryhmittäisten terveyserojen kasvu. Tämä edellyttää kokonaisvaltaista terveystaloutta, jossa on mukana täsmäkeinoja alkoholin aiheuttamien haittojen vähentämiseen, mutta myös yli sukupolvien siirtyvän syrjäytymisen estäviä sosiaalipolitiikan keinoja. Myös koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy, terveystiikunnan edistäminen ja elintapa-sairauksien, kuten aikuisiän diabetes ja tupakoinnin ennaltaehkäisy ja hoito tarvitsevat omat täsmäohjelmansa.

Terveyspalvelujärjestelmää uhkaa mahdollisuuksien ja rahoituksen syvenevä kuilu. Hoitoon pääsyn turvaaminen edistää kansalaisten tasa-arvoa, mutta sen toteuttaminen kaavamaisesti voi johtaa hallitsemattomaan kokonaiskustannusten nousuun, jopa suurempiin kuin mitä terveyspalvelujärjestelmän rationalisoinnilla saavutetaan. Terveyspalvelujen tuotantoa pitäisi ohjata rationaalinen terveystaloutta, joka perustuu kansalaisten todelliseen, tutkittuun terveyspalvelutarpeeseen, eikä tuotantoehtoi- seen tai markkinoilla luotuun tarpeeseen. Terveydenhuoltopalvelujen järjestämistä koskevaan keskusteluun tulee aktiivisesti pyrkiä tuomaan myös eettisten näkökulmien pohdintaa.

On myös viitteitä siitä, että terveydenhuollon rahoitus ja järjestämistapa uhkaavat entisestään monimutkaistua. Kansaneläkelaitoksen tulisi luopua palvelujärjestelmän tukemisesta ja

keskittyä rahallisiin, hoitoon liittymättömiin tulosiirtoihin. Julkisten palvelujen tuotannossa tulisi tilaaja-tuottajamalleja edelleen kehittää niin, että tilaajan roolissa toteutuu poliittinen kontrolli ja on vastuu siitä, mitä palveluja kansalaisille tuotetaan. Tuottajaorganisaatioissa puolestaan tulisi johtamista keskittää enemmän asiantuntijajohtajien käsiin.

Yksityisen terveydenhuollon alueella kehitys on mielenkiintoinen. Se on keskittymässä isoihin massatuotannon yksiköihin, joissa pääomien tuotolle on asetettu sellaiset odotukset, jotka vastaavat it-kuplan suurimpia kuplia. Entä jos nämä odotukset eivät toteudukaan? Yksityinen sektori odottaa hoitoon pääsyn turvaamisesta tulevaa lisääntyvää palvelutarvetta, mutta riittääkö tämä lisääntyvä palvelutarve vastaamaan yksityisten sijoittajien odotuksia? Myös työmarkkinatilanne on voimakkaasti ymseikoista johtuen monimutkaistumassa.

On myös nähtävissä, ehkäpä edellä olevasta johtuen, että palkkatyö julkisella sektorilla ei ole enää kiinnostavaa. Pitkän koulutuksen saanut terveydenhuoltohenkilöstö arvostaa vapaa-aikaa, perhettä ja mahdollisuutta itse säädellä työtään. Tämä on tietysti sinänsä hyvä asia, mutta kuinka paljon valintaan vaikuttavat yksityisen ja keikkatyön taloudelliset edut? Toisaalta, taustalla saattaa olla myös sellaista yleistä hyvin koulutetun väestön varallisuuden nousua, joka vaatii koko yhteiskunnan palkkatyön uudelleen arviointia. Tämänäsuuntaisen kehityksen kärkijoukoissa kulkevat tällä hetkellä lääkärit, mutta taustalla tulevat muutkin ammattiryhmät. Tämänkaltainen kehitys saattaa johtaa työntekijän kannalta lyhytaikaisiin ”voittoihiin”, mutta työn sisällön, kansalaisten hoidon vaikuttavuuden, suunnitelmallisuuden ja jatkuvuuden kannalta tuhoisin tuloksin.

Terveydenhuoltoalueen keskeinen isku-kyky on monialainen osaaminen. Osaamisen perusta hankitaan jo peruskoulutuksessa. Esimerkiksi lääkärin peruskoulutuksessa on havaittavissa selkeitä puutteita terveydenhuoltoalueen näkökulmasta tarkasteltuna. Lääkärin kokonaismäärä saattaa nyt olla sopiva, mutta tulevina vuosina syntyy todellinen pula erikoislääkäreistä, jotka hallitsevat yleissisätaudit ja yleiskirurgian. Liian pitkälle menevä

erikoistumiskoulutus voi jopa huonontaa kokonaishoidon tuloksia ja lisätä kustannuksia. Ensinnäkin, on muistettava, että 80 prosenttia erikoissairaanhoidosta on varsin selvien ja perusteeltaan yksinkertaisten asioiden hoitoa. Jos näiden asioiden hoitamiseksi tarvitaan kymmeniä suppeiden alojen konsultointeja, hoidot viivästyvät ja kustannukset kasvavat. Toiseksi, liian suppea erikoistuminen voi johtaa myös siihen, että erikoisalojen ”väliin” jää useita tavanomaisia asioita, joita kukaan ei halua tai osaa hoitaa. Nykyinen lääketieteellinen koulutus ei kaikilta osin vastaa myöskään perusterveydenhuollon laaja-alaista osaamisvaatimusta.

Perusterveydenhuollon toimivuus vaatii myös sitä, että erikoissairaanhoidossa on yleisosaajia. On utopistista olettaa, että omalääkärillä riittäisi aikaa ja taitoja koordinoida ja suunnitella potilaiden kokonaishoitoa sekä vastata siitä, mikäli ”osaamiskeskuksesta” on puolisansataa eri erikoisalan edustajaa. Kuka silloin pystyy kantamaan vastuun kokonaisuudesta? Saattaa olla, että koko ihmiskäsitys pirstoutuu ja muuttuu häiriölähtöiseksi. Terveydenhuollon lähtökohtana tulisi olla viime kädessä kokonaisvaltainen ihmisten terveys ja hyvinvointi.

Myös lisää rahaa tarvittaisiin terveydenhuoltoon. Tarve johtuu osittain hoitohenkilökunnan matalasta palkkatasosta ja henkilökunnan alimitoituksesta kansainvälisesti verrattuna. Uutta teknologiaa on tarjolla, ja sitä myös otetaan melko suunnittelemattomasti käyttöön. Tällöin hyödyt voivat olla marginaalisia. Ennen lisäresursointia onkin tuotannonohjausjärjestelmät uudistettava siten, että lisätyistä euroista voidaan myös osoittaa selkeä lisähyöty kansalaisille. Tämä tulee koskea erityisesti uuden teknologian käyttöönottoa. Tietoteknologia antaa valtavia mahdollisuuksia, mutta siinä kehitys on yllättäen pysähtynyt. Terveydenhuolto-organisaatiot ovat informaatioteknologia-tuottajien monopolien varassa, eikä organisaatioiden sisäinen halukkuuskaan ole omiaan helpottamaan uuden teknologian avulla tuotettujen tietointensiivisten palvelujen käyttöönottoa.

Terveydenhuollossa tulisi siirtyä yksittäisten yksikkö- tai organisaatiokohtaisten palvelurakenteiden tarkastelusta koko systeemin vai-

kuttavuuden kehittämiseen. Tämä siirtyä voitaisiin perustaa asiakaslähtöisyyteen, tuotannon toiminnan tehostamiseen ja tasa-arvoiseen kumppanuuteen ja verkottumiseen muiden sektoreiden, erityisesti sosiaalitoimen kanssa. Ilman kokonaisvaltaista, koko palvelusysteemin tarkastelua kunnat eivät voi täyttää täysipainoisesti velvoitteitaan vanhustenhuollon, lasten ja nuorten psykososiaalisten palvelujen ja muiden eri tavoin haavoittuvien väestöryhmien ongelmien hoidosta.

Tulevaisuudessakin terveystalouden on perustuttava hyvään terveyspolitiikkaan ja julkiseen rahoitukseen ja palvelujen järjestämistä ohjaa selvitetty terveystalouden tarve ja toiminnan vaikuttavuus, eivät tuotantomahdollisuudet tai markkinoilla luotu tarve.

Mihin haasteisiin ”Forssan malli” antaa ratkaisuja?

Seudullinen 36 000 asukkaan kokoinen terveydenhuollon hallinto yhden johdon alaisuudessa antaa mahdollisuuden periaatteessa rationaalisen terveyspolitiikan toteuttamiseen alueella. Ympäristöterveydenhuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalitoimen erityispalveluiden kuten A-klinikan ja perheneuvolan kuulumisen samaan organisaatioon mahdollistaa yhteisen suunnittelun ja strategiatyön. Luonnollisestikaan se ei poista eri intressitahojen vastakkainasettelua, mutta se voi kuitenkin oleellisesti helpottaa yhteisen toimintalinjan löytymistä. Tämän tulee näkyä hoitoketjujen parantumisena.

Tuntuu ehkä itsestäänselvyydeltä, että nykyisessä tietoturva-Suomessa yhteinen organisaatio on mahdollistanut yhteisen terveyskertomuksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tämä on toiminnallisuuden kannalta ollut kuitenkin suuri asia. Vaikka mitään muuta yhdistymisellä ei olisi saavutettu, olisi se yhteisen sairauskertomusjärjestelmän ja sen mukanaan tuomien konsultaatio- ja muiden hoitoketjuja sujuvoitavien järjestelmien vuoksi kannattanut tehdä.

Forssan malli mahdollistaa myös toiminnan taloudellisuuden parantamisen, vaikka tässä

asiassa ei ole vielä merkittävästi edetty henkilöstöpoliittisten lähtökohtien takia. Kokonaistaloudellisuutta osoittaa esimerkiksi kaikkien seudun kuntien ikä- ja tarvevakioidun indeksin suhteellinen alentuminen maan keskiarvosta. Indeksi osoittaa vanhusten laitoshoidon ja koko terveydenhuollon menot asukasta kohden maan keskiarvoon verrattuna. Toinen talouteen, mutta myös toimintaan liittyvä ennakkoehto on sopimusohjausjärjestelmä. Tämä järjestelmä on perustunut kiinteisiin sopimuksiin kuntien ja sairaanhoitopiirin kanssa, ja se on jonkin verran tasannut kuntien kulujen vaihtelua 2,5 vuoden aikajaksolla. Järjestelmän terveyspoliittinen ohjausvaikutus on jäänyt kuitenkin vähäiseksi. Toisaalta, järjestelmä on kuitenkin selkeästi suoritepohjaista parempi.

Omavarainen palvelutuotanto ei ole itseisarvo. Terveydenhuollon kuntayhtymän tulee keskittyä ydintoimintojen eli terveydenhuoltopalvelujen järjestämiseen. Kaikkia tukipalveluita tullaan tarkastelemaan uudelleen ja tuottamaan ne mahdollisesti yhdessä omistajakuntien tai Forssan kaupunkikonsernin kanssa. Sairaanhoidollisissa tukipalveluissa etsitään uudenlaista kumppanuutta sairaanhoitopiirin kanssa, ei välttämättä uusia organisaatiomalleja, kuten liikelaitoksia tai yhtiöitä, joista on tullut jopa tämän ajan muoti-ilmiöitä.

Yhteinen terveydenhuolto on mahdollistanut myös uudenlaisen panostamisen ennaltaehkäisevään työhön. Kuntayhtymällä on ollut merkittävä rooli laadittaessa seudullista vanhustenhuollon, mielenterveyden, päihde- ja huumetyön sekä hyvinvointi- ja turvallisuus-suunnitelmia. Nämä suunnitteluprosessit ovat selkeästi lisänneet poikkihallinnollista yhteistyötä seudulla. Näiden suunnitelmien yhteisenä tavoitteena on kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen. Kuntalaisten hyvinvoinnin edistäminen on ollut myös kuntayhtymän erilaisten toimintojen kehittämisen lähtökohtana.

Kehittämistyössä tämän kokoinen yhteisö antaa huomattavasti enemmän mahdollisuuksia kuin yksittäisten kuntien ylläpitämissä terveydenhuolto-organisaatioissa. Olemme olleet mukana tutkimuksissa, joissa on arvioitu väestön terveystalouden tarpeita, näkemyksiä palveluiden käytöstä sekä mielipiteiden että

terveydentilan perusteella. Myös väestön palvelutyytyväisyyttä on tutkittu laajoilla haastattelututkimuksilla.

Kuntayhtymän toimintojen suunnittelussa strategiatyöllä on ollut erityinen merkitys. Strategiaprosessi on ollut yhteinen hanke, johon kuntayhtymän työntekijät osallistuivat laajasti. Liikkeenjohdon mentoroinnin avulla toteutettu strategiatyöskentely on avannut keskustelua myös yhteisen tahtotilan löytämiseksi ja keskeisten kehittämismahdollisuuksien ja -tarpeiden löytämiseksi. Strategian toteutumisen ja toteuttamisen näkökulmasta osaamisella on erityinen merkitys. Osaamisen kartoittamiseen ja kehittämiseen Forssan malli on antanut aikaisempaa paremmat mahdollisuudet.

Väestöpohja riittää myös ostamisosaamisen kehittämiseen. Julkisen sektorin on pyrittävä takaamaan tuottamiensa terveydenhuoltopalvelujen laatu ja saatavuus jo pelkästään sen vuoksi, että kansalaisten mielekkyys maksaa veroja säilyisi. Osaamisen, tuotannon ohjauksen ja palvelujen laadun turvaaminen ovat myös suuria tulevaisuuden haasteita. Emme ole päätyneet yhteen laatujärjestelmään koko laajassa terveydenhuoltoalueessa, mutta oman työn kriittistä arviointia ja asiakaspalautejärjestelmää rakennetaan ja kehitetään jatkuvasti.

Kuntayhtymän rakentamisen jälkeen on myös pyritty suunnitelmalliseen palveluprosessien kehittämiseen kokonaisuuksittain. Samalla on aloitettu myös terveydenhuollon tuotekehitys. Tästä esimerkkinä on oppilashuollon projekti, jossa tarkastellaan oppilashuollon järjestämistä seudullisesti ja mahdollistetaan oppilaiden tasa-arvoista pääsyä oppilashuollon palvelujen piiriin seudun erilaisissa kunnissa. Mielenterveystyöhön on luotu oma vastuualue, joka vastaa kaikista julkisista mielenterveyspalveluista seudulla, mukaan lukien A-klinikan, perheneuvolan ja oppilashuollon tarjoamat palvelut. Mielenterveystyön vastuualueen perustehtävänä on seudullisen mielenterveystyön ohjelman toteuttaminen.

Organisaatio ei ole ehkä tarpeeksi virtaviivainen ja sen kehittämiseen on monia mahdollisuuksia. Eräs kannatettava vaihtoehto olisi nähdä palvelujen järjestäminen uudella tavalla toiminnallisina kokonaisuuksina, kuten esi-

merkiksi ympäristöterveydenhuolto, avosairaanhoito, vuodeosastohoito jne., nykyisen erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja jonkin verran ammattipohjaisen organisaatiomallin tilalla. Asenteelliset valmiudet tämän kaltaiselle uudistukselle ovat kuitenkin vielä lähtökuopissaan.

Oman tuotannon järkevyyttä onkin tarkasteltava kriittisesti, mutta samalla toivoisi kriittistä tarkastelua myös väitteisiin, että erikoissairaanhoidon voimakkaasta keskittämisestä koituisi merkittäviä säästöjä. Skaala- ja laatu-etuja erikokoisissa yksiköissä, huomioiden myös asiakastyytyväisyys, koskettavaa tutkimusta tarvittaisiin nyt kipeästi. Ylipäätään selkeä ja kokonaisvaltainen terveyspalvelujärjestelmään kohdistuva tutkimus pitäisi nostaa arvoonsa monen pienen ja pirstaleisen projektin tilalle.

Lopuksi

Terveydenhuollon perustehtävä on terveyden edistäminen ja terveyserojen vähentäminen. Tätä perustehtävää on kirkastettava rationaalisella terveyspolitiikalla. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan terveyspalvelujärjestelmän ja terveyspolitiikan lisäksi myös sosiaalipolitiikan ja laaja yhteiskuntapolitiikan keinoja, jos tässä halutaan onnistua.

Terveyspalvelujen tuottamisessa tulee tapahtumaan muutoksia. Tilaaja- ja tuottajaorganisaatiot tulevat todennäköisesti eriytymään, vaikka näiden mallien kehittelystä ei paljon hyviä kansainvälisiä kokemuksia olekaan. Suomessa tilaajaorganisaatioiden tulisi olla selkeästi poliittisesti kontrolloituja, jotta kansalaisille tuotettavat terveyspalvelut perustuvat terveyshyötyyn ja todelliseen tarpeeseen, ei markkinoiden tuottamaan tuotantomahdollisuuteen tai luotuun kysyntätarpeeseen.

Forssassa toteutettu terveydenhuoltoalue-malli on yksi mahdollisuus terveyspalvelujen tuottamisessa, jossa toistaiseksi vähän ongelmallisesti yhtyvät tilaajan ja tuottajan roolit. Malli pystyy kuitenkin vastaamaan aikaisempaa kokonaisvaltaisemmin seudullisesta terveysuunnittelusta ja antaa myös toiminnan tehostamiselle mahdollisuuksia. Mitään sellaista

seikkaa ei ole tullut esille, minkä vuoksi tehtyä ratkaisua pitäisi katua. Olisi mielenkiintoista kokeilla mallia laajemmalla ja isommalla alueella, esimerkiksi vaikka koko Kanta-Hämeen maakunnassa.

Sen sijaan malli on tuonut valtavasti mahdollisuuksia suunnitella seudullista terveydenhuoltoa. Samalla se on myös lisännyt seudun

painoarvoa toimia palveluiden tilaajana ja ostajana. Toisaalta, muodostettu terveydenhuoltoalue on nostanut esille myös tarpeen tarkastella uudelleen koko suomalaista palvelulainsäädäntöä, kuten erikoissairaanhoidon-, kansanterveys-, mielenterveys-, erityishuolto- ja osaltaan myös tietoturva- ja sosiaalihuoltolainsäädäntöä.

Welfare mix tulevaisuuden palveluntuotannossa

Esko Hänninen
johtaja
Stakes

Vuoden 2004 kuntavaalitaiston loppusuoralla nousi poliittisen väittelyn huomion kohteeksi kiistely julkisten palvelujen tuotantotavoista. Toiseksi suurin hallituspuolue ja suurin oppositiopuolue käynnistivät julkisen kädenväännön siitä, mikä on tulevaisuudessa hyväksyttävissä oleva julkisten palvelujen ulkoistamisen tai markkinoistamisen aste. Tosiasia on, että suurimmassa osassa kuntia tiettyjä peruspalveluja on annettu lisääntyvästi yksityisten tahojen ja kolmannen sektorin organisoitaviksi.

Sinänsä uudesta asiasta ei siis ole kysymys. Maltillisiin ratkaisuihin puolueetkin ovat olleet valmiita silloin, kun päätösten vaikutukset ovat olleet selkeästi ennakoitavissa ja hyväksyttävissä. Suomessa ulkoistamisen osuus hyvinvointipalvelujen kokonaisuudesta on kuitenkin jäänyt viime vuosiin saakka hyvin vaatimattomaksi. 1990-luvulla erityisesti yksityisten sosiaalipalvelujen osuus kääntyi voimakkaaseen nousuun, mikä näyttää jatkuvan yhä. Vastaava kehitys on käynnissä myös yksityisen terveydenhuollon osalta (Kauppinen & Niskanen 2004).

EU-jäsenyyden myötä julkisten hankintojen pelisääntöjä ja kilpailuttamista on ryhdytty sääntelemään erilaisin sopimuksin ja direktiivein. Maailman kauppajärjestön WTO:n ja Euroopan unionin piirissä on parhaillaan käynnissä prosessi, jonka yhteydessä ratkeaa missä laajuudessa julkiset palvelut on avattava kansainväliselle tai kansalliselle kilpailulle.

Monissa maissa hyvinvointipalvelujen järjestämisvastuun ja palvelujen tuotantoprosessien eriyttäminen toisistaan on merkittävä kehityssuunta, joka luo toisaalta haasteita ja uhkia mutta samalla myös uusia toimintamahdollisuuksia. Palveluja voidaan tuottaa tehokkaasti ja joustavasti myös järjestöjen tai palvelusäätiöiden toimesta, kuten Britannian,

Saksan, Viron ja Suomen kokemukset osoittavat (Häkkinen 1996 ja 2003; HS 11.11.2004).

Palvelujen monituottajamalli on yleinen

Palvelujen monituottajamalli (welfare mix; mixed model of social policy) on hyvin yleinen riippumatta siitä, millainen hyvinvointipalvelujen hallintajärjestelmä on eri maissa omaksuttu. Esping-Andersenin (1990) mukaan sosiaalipolitiikka kehittyy eri tavoin erilaisissa sosiaalisissa, taloudellisissa ja poliittisissa konteksteissa, mikä riippuu ensisijaisesti valtaressurssien jakautumisesta ja koalitiosta poliittisten voimien välillä. Toisaalta hyvinvointimarkkinat (welfare market) ovat kuin kolmiulotteinen näyttämö, jolla eri toimijatahojen yhteistyö ja vuoropuhelu tuottavat erilaisin palvelujen ja etuuksien yhdistelmin toisistaan poikkeavia hyvinvointivaikutuksia (Wiman 2000).

Liberaali hyvinvointipolitiikka on tyypillistä mm. USA:ssa, jossa julkisen vallan osuus itse palvelutuotannossa on vähäinen, mutta vastavasti lähiyhteisöjen, yksityisen ja kolmannen sektorin osuus on suuri. Korporatiivinen malli on vallitseva Saksassa ja muissa läntisen Euroopan maissa, joissa yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoilla on merkittävä asema.

Välimeren alueella perheiden, lähiyhteisöjen ja läheisverkostojen merkitys on korostunut, samoin latinalaisessa Amerikassa. Kuitenkin muun muassa Espanjassa monet autonomiset alueet, kuten Baskimaa ja Katalonia, ovat järjestäneet sosiaali- ja terveysterveystoiminnan sosiaali- ja terveystoimintamallin mukaisesti. Esimerkiksi Baskimaan terveydenhuollossa ei tunneta asiakasmaksuja lainkaan.

Skandinaavinen hyvinvointimalli perustuu valtion ja kuntien keskeiseen rooliin universaalien palvelujen organisoijina ja tuottajina, mutta toisaalta se antaa tilaa ja toimintamahdollisuuksia myös kolmannen sektorin vapaaehtoisjärjestöille, yksityisille palvelualan yrityksille ja sosiaaliturvakorporaatioille, esimerkkinä eläkevakuutuslaitokset Suomessa. Pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin toimivuutta ja kehitystä ohjataan kolmikantayhteistyönä julkisen vallan, työnantajajärjestöjen ja työntekijäjärjestöjen kesken.

Kaikissa edellä mainituissa hyvinvointivaltiomalleissa julkisella hallinnolla, markkinoilla, yksityissektorilla, kolmannella sektorilla sekä lähiyhteisöistä koostuvalla informaalisektorilla on oma roolinsa (Alcock 1996). Nämä hyvinvointipolitiikan eri komponentit muodostavat eri maissa toisistaan poikkeavia yhdistelmiä, jotka heijastavat kussakin maassa omaksuttua hyvinvointipolitiikan hallintamallia (regime). Sosiaalipolitiikan piirissä tutkitaan muun muassa näiden eri sektoreiden keskinäistä tasapainoa, jota myös palvelujen monituottajamalli (welfare mix; welfare pluralism) edustaa.

Informaalisektori koostuu yleensä perheenjäsenistä, muista ystävistä tai läheisistä henkilöistä sekä naapureista, joskus myös laajemmista lähiyhteisöryhmistä. Mainitut tahot muodostavat avustavia verkostoja (helping networks). Niiden apu on yleensä henkilökohtaista hoivaa, kotitaloustöitä, puutarhanhoitoa, asioinnissa avustamista, sosiaalista tukea ja yhdessäoloa sekä avuntarpeessa olevien henkilökohtaisten olojen seurantaa. Monet järjestöt ovat organisoineet jatkuvaksi toiminnakseen vapaaehtoistyötä toiminta-alueellaan. Joissakin maissa, kuten Saksassa ja Englannissa vapaaehtoistyöllä on vakiintunut asema palvelujärjestelmässä.

Julkisten organisaatioiden ja kolmannen sektorin järjestöjen keskinäiset suhteet voivat rakentua monista eri lähtökohdista. Joissakin tapauksissa vapaaehtoisjärjestö voi tuottaa puuttuvia julkisia palveluja korvaavia palveluja, esimerkiksi Suomessa HIV-positiivisten henkilöiden eräät erityispalvelut. Monilla järjestöjen palveluilla on julkisia palveluja täydentävä rooli.

Julkiset viranomaiset ja järjestöt voivat solmia myös kumppanuussopimuksia, kuten ensikotien ja sijaishuollon osalta on tavanomaista Suomessa. Sopimussyhteistyö on tuloksena yhä yleisemmiksi tulevista kilpailuttamiskäytännöistä, joihin Suomessa järjestötkin yhä useammin joutuvat osallistumaan.

Monet järjestöt ovat kuitenkin keskittyneet jäsenistönsä edunvalvontaan (advocacy) eivätkä ne halua kuntien tai valtion sopimusosapuoliksi. Joissakin tapauksissa järjestöillä on useampia rooleja, joiden välille saattaa muodostua eturistiriitoja.

Tilaa ja tuottajien eriyttäminen on monituottajamallin edellytys

Sosiaali- ja terveysalan palvelut ovat tulossa vaihteittain kilpailuttamisen kohteiksi. Tätä ennakoi yksityisten sosiaali- ja terveysalan palvelujen osuuden kasvu. Vuonna 2002 yksityisten palvelujen osuus kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista oli noin 23 %. Sosiaalipalveluissa kolmannen sektorin järjestöjen ja palvelusäätiöiden osuus oli runsaat 17 % ja yritysten osuus vajaat 7 %. Terveyspalveluissa järjestöjen osuus oli vajaat 5 % ja yritysten osuus puolestaan 17,5 %. Maantieteellisesti yksityisen palvelutuotannon osuus oli suurin Uudellamaalla, Kymenlaaksossa ja Varsinais-Suomessa. Yksityisten sosiaalipalvelujen suurin ostaja on kuntasektori, yksityisen terveydenhuollon osalta kotitaloudet ja työnantajat (Kauppinen & Niskanen 2004).

Kilpailutusosaaminen vaatii vielä kehittämistä kunnissa ja kuntayhtymissä. Kilpailutettavien palvelujen tai tuotteiden laatuvaatimukset on määriteltävä riittävän tarkasti, samoin kokonaistaloudellisuuden kriteerit. Samassa yhteydessä on tarkasteltava hankintasopimuksista ja niiden muutoksista aiheutuvia välittömiä ja välillisiä vaikutuksia esimerkiksi kunnan tai kuntayhtymän alueen talouteen, työllisyyskehitykseen, eri väestöryhmien osallisuuteen (inkluusioon), esteettömään pääsyyn, palvelujen laatuun, verokertymiin ym. muuttujiin. Kokonaistaloudellisuus ei muodostu yksinomaan palvelujen tarjoajan pienimmis-

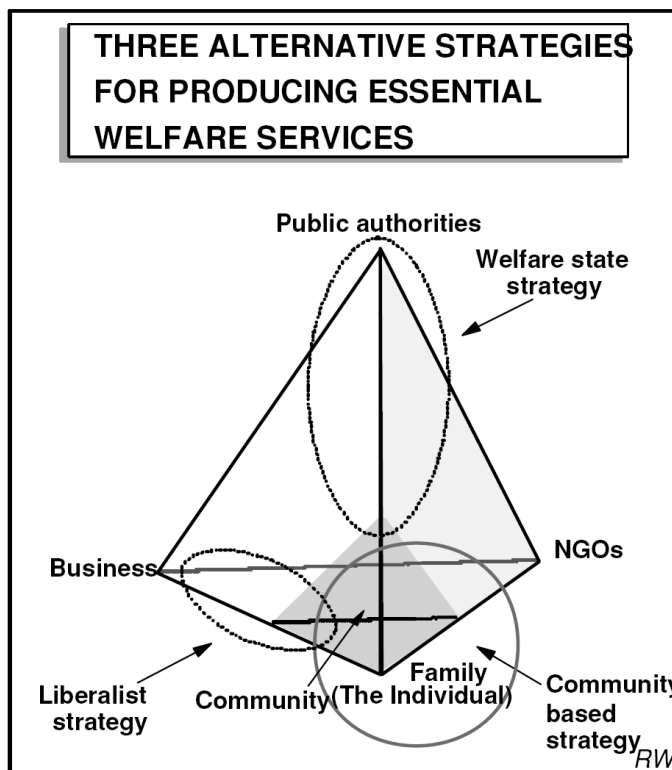
tä välittömistä vuositason kustannuksista tilaajalle.

Tilaaja-tuottajamallin hallittu käyttöönotto näyttäisi olevan Suomessa tuloksellisen kilpailutuksen perusedellytys. Tilaajana voi toimia joko kunta yksin, seudun kunnat yhdessä tai kuntien yhteiset hankintaorganisaatiot, kuten sairaanhoitopiiri tai tulevaisuudessa yhä tarpeellisemmalta näyttävät sosiaali- ja terveystyöpiirit. Kilpailun kautta saavutettavat hyödyt ovat sitä todennäköisempiä, mitä vahvempi neuvotteluasema tilaajalla on. Tässä kuntien ja kuntayhtymien on omaksettava yritysmaailman käytäntöjä.

Kuntien on perusteltua kasvattaa omaa kilpailuetuaan muodostamalla yhteisiä tilaajaorganisaatioita. Kuntien tukeminen sosiaali- ja terveysalan tilaaja- ja hankintaosaamisen kehittämisessä voisi olla Stakesille soveltuva uusi asiantuntijapalvelu.

Palvelujen tilaaja-tuottajamalli tarvitsee tuekseen selkeän jäsenyyksen siitä, mitä ja minkä laatuista palveluja ollaan ostamassa ja myymässä. Tähän tarvitaan lainsäädäntöön perustuvan ohjeistuksen lisäksi välillisten ja välittömien vaikutusten arviointiosaamista, laatusuosituksia ja hyvien palvelujen malleja (best practices).

Palvelujen monituottajamalli kehittyvä vähitellen kilpailutuskäytäntöjen laajentuessa. Monituottajamallin tietoinen käyttöönotto on myös erityinen osaamisalue. Yksityisten ja kolmannen sektorin organisaatioiden suunnitelmallinen kytkeminen kunnan palveluketjuihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen edellyttää monitahoista toiminnallista, taloudellista ja hallinnollista perehtymistä ja osaamisen kartuttamista. Kunnallishallinnossa tarvitaan toimintaprosessien ja palveluketjujen osalta vastaavaa osaamista kuin yrityksissä, joissa käytetään runsaasti alihankkijoita ja erilaisten palvelujen toimittajia. Tämä on haaste ja mahdollisuus myös Stakesille.



Kuva. Kolmitahoinen hyvinvointimantti, joka kuvaa palvelumarkkinoiden toimijoiden rakennetta valittujen strategioiden ja linjausten tai niiden yhdistelmän pohjalta. (Lähde: Ronald Wiman (ed): Disability dimension in development action. Manual for inclusive planning. Stakes for the UN 1996,2000 and 2003/electronic version).

Järjestäminen, tilaaminen ja palveluohjaus ovat eri osaamisalueita

Verkottuvien asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen kehittäminen vaatii hyvinvointipalvelujen vastuusuhteiden uudelleen tarkastelua. Lisäksi tarvitaan parin uuden ammatillisen roolin kiteyttämistä kunnallishallinnossa tilaajaosaamista, palvelukokonaisuuksien järjestämistä, sekä asiakaskohtaista palveluohjausta varten.

Kunnan keskushallintoon tai vaihtoehtoisesti seutu- ja alueyhteistyönä olisi kehitettävä kuntien yhteinen **hyvinvointialan tilaaja-toimenjohtajan** tehtävä ja hänen avukseen tilaajaosaamista kehittävä tiimi. Palvelujen tuotanto-organisaatioissa tarvitaan vastaavasti asiakkaille saumattomia palveluketjuja kokoavan **palveluohjaajan tai omaneuvojan rooli**. Kunta-, seutu- tai aluetasolla tarvitaan lisäksi hyvinvointialan palvelukokonaisuuksia koordi-

noiva "orkesterinjohtaja", esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen **järjestämiskoordinaattori**, jonka tehtävä olisi tarkastella palvelukokonaisuuksien kehittämistä yli hallinnonalojen ja organisaatioiden rajojen.

Palvelu- ja kuntoutusprosessien ohjaajan roolia ja toimenkuvaa on kehitetty useissa kokeilu- ja kehittämishankkeissa eri puolilla maata ja kokemukset ovat olleet lupaavia sekä asiakkaiden että kuntien ja/tai muiden maksajatahojen kannalta. Omaneuvojan tehtävät ja toimintakonsepti on määritelty saumatonta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjua koskevassa kokeilulaisissa (lait 811/2000 ja 1225/2003). Laissa kuvattua omaneuvojamallia on kokeiltu käytännössä eri kohderyhmien palveluketjuja kehitettäessä ainakin Satakunnassa ja Pirkanmaalla. Alustavat arviointitulokset ovat eri osapuolten kannalta myönteisiä.

Edellä kuvatut kolme uutta tehtävää eivät välttämättä edellytä henkilöstön lisäämistä, vaan niiden edellyttämät roolit ja toimenkuvat voidaan muokata olemassa olevista tehtävistä. Kun näihin uusiin toimenkuviin liitetään kehityksessä olevat tietotekniset järjestelmät ja niiden käyttö on opittu hallitsemaan sekä tilaamis-, järjestämis- että asiakkaan palveluohjausfunktioissa, on odotettavissa toiminnan tehostumista ja laadullisia sekä taloudellisia hyötyjä.

Monituottajamalli on haaste myös tietoteknisille järjestelmille

Saumattomien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien muodostamisessa ja hallinnassa tarvitaan tietoteknisiä ratkaisuja ja osaamista. Yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajien tietotekniikan ja henkilötietojen turvallisuustason tulee olla samalla tasolla kuin kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien, tulevaisuudessa mahdollisesti Kainuun mallin mukaiset alueelliset tietotekniset järjestelmät. Tämä näkökulma korostuu palvelujen monituottajamallin yleistyessä ja edellyttää kaikkien palvelujen tuottajien henkilöstön kouluttamista.

Aluetietojärjestelmien ja sähköisten asiakas- ja potilaskertomusjärjestelmien käyttöön- otto on haaste kuntien tilaajaorganisaatioiden

ja palveluja tarjoavien tuottajaorganisaatioiden väliselle yhteistyölle. Jotta yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voisivat integroitua kuntien ja kuntayhtymien palveluihin ne tulisi ottaa mukaan asiakasryhmäkohtaisten palveluketjujen ja -verkostojen kehittämiseen.

Tietoteknologian hyödyntämisellä, seudullisella yhteistyöllä, toimivalla alueellisella työnjaolla ja saumattomia palveluketjuja kehittämällä luodaan vahva pohja toiminnallisille uudistuksille, joita edistetään käynnissä olevien kansallisten terveyden- ja sosiaalihuollon kehittämisohjelmien puitteissa ja myös saumatonta palveluketjua koskevan kokeilulain täytäntöönpanon yhteydessä tasapuolisesti koko maassa.

Seutu- ja alueyhteistyön rakenteet vahvistuvat

Kansallisissa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ohjelmissa on omaksuttu merkittävät hallinnolliset ja sosiaalipoliittiset linjaukset, jotka merkitsevät käytännössä kuntien roolin yleistä vähenemistä sosiaali- ja terveysalalla ja vastavasti seudullisten ja alueellisten yhteistyörakenteiden vahvistumista. Kuntien palvelutuotannon tavoiteväestöpohjaksi on määritelty 20.000 - 30.000 asukasta, jolloin valtaosa Suomen kunnista joutuu tarkastelemaan palvelujensa järjestämistä ja tuottamista uudelta seutu- ja alueyhteistyön pohjalta.

Toisaalta myös harvoin tarvittavia vaativia erityispalveluja ollaan keskittämässä aikaisempaa harvempiin paikkoihin, kuten yliopistosairaaloihin ja muihin erityisosaamisen turvaaviin keskuksiin. Tämä ennakoi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän jäsentymistä uudella tavalla paikallisina lähipalveluina, seudullisesti, alueellisesti ja erityisvastuualuekohtaisesti järjestettäviin palveluihin.

Valtion keskushallinto voi vielä tukea edellä kuvattua kehitystä esimerkiksi taloudellisten kannusteiden avulla kohdentamalla osan tai koko valtionosuusrahoituksen kuntien sijasta seudullisille tai alueellisille järjestäjä- ja

tilaajaorganisaatioille. Myös normiohjausta saatetaan lähivuosina lisätä, jolla edelleen nopeutettaisiin kuvattua muutosta. Kuntatalouden jatkuminen kireänä ja siitä johtuva kansalaisten eriarvoisuus todennäköisesti myötävaikuttaa normiohjauksen lisäämistarpeeseen.

Palvelujen käyttäjien oikeuksia ja valinnan mahdollisuuksia saatetaan myös lisätä samaan tapaan kuin esimerkiksi Ruotsissa on tehty. Tämä olisi luonteva kehityssuunta, kun otetaan huomioon kehittyvät tietotekniset järjestelmät, joiden avulla esimerkiksi asiakas- ja potilasjonoja voidaan haluttaessa hallita valtakunnallisesti. Asiakkaalle voitaisiin tulevaisuudessa tarjota kaksi tai useampaa vaihtoehtoa, joista hän saisi valita, minkä palvelun tuottajan asiakkaaksi hän hakeutuu ja missä aikataulussa. Näin voitaisiin tasata eri palvelun tuottajien kapasiteetin käyttöasteita ja vaihtelevia jonotusaikoja.

Kirjallisuutta

- Alcock, P. (1996) *Social Policy in Britain. Themes and Issues*. MacMillan Press LTD.
- Anheier, H.K. & Kumar, S. (eds) (2003) *Social Services in Europe. An Annotated Bibliography. Updated and Extended Edition*. Observatory for the Development of Social Services in Europe. Frankfurt am Main.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press.
- Helsingin Sanomat (23.10.2004) *Palvelujen kilpailuttaminen jakaa myös äänestäjien käsitykset*.
- Helsingin Sanomat (6.11.2004) *Yksityiset tuottavat lähes neljänneksen kuntapalveluista*.
- Helsingin Sanomat (11.11.2004) *Järjestöt etsivät palveluilleen virikkeitä ulkomailta*.
- Häkkinen, H. (1996) *Sosiaaliturva ja vanhuspalvelut Saksassa*. Suomen Kuntaliitto ja Kuopion yliopisto. Helsinki.
- Häkkinen, H. (toim.) (2003) *Hoivayrittäjyys Saksassa. TESO ry:n koulutusmatka Saksaan 23.-27.4.2003. Matkaraportti*. Moniste. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Hänninen, E., Koivunen, M. & Paaso, P. (2001) *Hyvinvointia teknologiahankkeilla: Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 11. Edita Oyj Helsinki.
- Kauppinen, S. & Niskanen, T. (2004) *Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2002*. Stakesin raportteja-sarjan käsikirjoitus.
- Kokeilulaki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomasta palveluketjusta (laki 811/2000, muutettu lailla 1225/2003).
- Lith, P. (2000) *Markkinoiden toimivuus I: Kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus - palvelujen tuottajan näkökulma*. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 2000: 23. Edita Oyj.
- Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus, A. (eds) (2003) *Integrated Care in Europe. Description and Comparison of Integrated Care in Six EU Countries*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.
- Sinervo, L. (toim.) (2004) *Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Juuria-hankkeen loppuraportti*. Stakesin monistamo, Helsinki. Aiheita 26/2004.
- Winblad, I. ja Reponen, J. (2004) *Kuinka terveyspalveluita pitäisi tuottaa? Mielipidekirjoitus*. Helsingin Sanomat 21.10.2004.
- Wiman, R. (2000) *The Disability Dimension in Development Action. Manual on Inclusive Planning*. Published for and on behalf of the United Nations by STAKES. Gummerus Saarijärvi.

Venäjä – Suomen terveydenhuollon tulevaisuuden mahdollisuus ja välttämättömyys

Ali Arsalo
tulosjohtaja
Stakes, Ulkomaanavun yksikkö

Akateemikko Denisov Moskovassa 16.12. 2004: *"Ihmisellä on taipumus etsiä hyvää seitsemän meren takaa, vaikka se todellisuudessa löytyisi aivan lähinaapurista."*

Sosiaali- ja terveysalalla on käsillä poikkeuksellinen tilanne, kun tarkastellaan Suomen suhteita Venäjään. Olemme juuri nyt solmukohdassa, jossa kaikilla on vain voitettavaa. Oikeaan osuvilla, oikein ajoitetuilla ja oikein mitoitetuilla toimilla voidaan saavuttaa paljon sekä konkreettista että immateriaalista hyvinvointia. Voimme edistää yleistä myönteistä kehitystä Venäjällä ja näin parantaa Suomen turvallisuusympäristöä. Samalla voidaan torjua ilmassa leijuvia uhkia, vahvistaa Suomen kansainvälispoliittista asemaa ja hyödyttää kummankin maan talouden kehitystä. Yhteistyöllä voimme myötävaikuttaa terveydenhuollon kehitykseen sekä Suomessa että Venäjällä.

Suomen kannalta arvioituna Venäjän sosiaali- ja terveysalan ajankohtainen tilanne on harvinaisen mielenkiintoinen ja haastava. Tuskin koskaan terveydenhuollon toimivuus on ollut niin selvästi sidoksissa sosiaaliseen hyvinvointiin, yleiseen kehitykseen ja sen myötä yhteiskunnan vakauteen.

Terveydenhuollon prosessit ovat pitkiä ja kehitysprojektien vaikuttavuus on vaikeammin todennettavissa kuin monella muulla sektorilla. Kansanterveyden ja yleisen hyvinvoinnin tasolla arvioituna terveys- ja sosiaalihuollon toimenpiteet ovat lisäksi usein enemmänkin myötävaikuttavia kuin välittömiä. Tulokset ovat lyhyellä aikavälillä vaikeasti mitattavia.

Esimerkiksi tuberkuloosi on enemmän puutteellisiin sosiaalisiin oloihin, köyhyyteen ja aliravitsemukseen liittyvä sairaus kuin pelkästään medisiininen ongelma. Perinteinen sairaanhoito kohdistuu vain parantamiseen. Monet elintapasairaudet, - jotka ovat Venäjän tämän hetken suurin terveyden ongelma -, voidaan torjua valistuksen ja ravitsemuksen keinoin.

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyö eroaa perustavalla tavalla useimmista muista yhteis-

työn muodoista. Vaaditaan pitkäjänteisyyttä, vaikuttavuus on abstraktia ja konkreettisia tuloksia on vaikea mitata. Tämä edellyttää sekä päättäjiltä että työn suunnittelijoilta ja toteuttajilta hyvää tulevaisuuden ennakkointia sekä lujaa luottamusta yhteistyöhön.

Shemasko-järjestelmästä uudistuksiin ja väestökriisiin

Venäjän vallankumouksen jälkeen Neuvostoliiton luotiin niin sanotun Shemaskon mallin mukainen terveydenhuoltojärjestelmä. Sen päämäärät tähtäsivät pohjimmiltaan valtioideologian tukemiseen ja kansallisen turvallisuuden takaamiseen enemmän kuin kansanterveyteen tai yksilöiden hyvinvointiin perusarvona. Järjestelmää sävyttivät lääkäri- ja sairaalakeskeisyys ja 1980-luvun lopun romahdusta kohti tultaessa yhä enemmän hallinnollinen jäykkyys ja tehottomuus sekä työmoraalin heikentyminen.

Monista yrityksistä huolimatta järjestelmää ei ole pystytty Neuvostoliiton romahtamisen

jälkeen uudistamaan riittävästi. Venäjä ei ole kyennyt kunnolla vastaamaan esiin nousseisiin uusiin kansanterveyden ongelmiin.

Kymmenen vuoden kuluessa Venäjälle on kehittynyt vertaistään hakeva demografinen kriisi. Kriisi koskettaa nimenomaan miehiä, joiden elinajanodote on romahtanut. Ylikuolleisuuden syitä ovat sydän- ja verisuonisairaudet, alkoholisairaudet, tapaturmat ja väkivalta, joka on usein sidoksissa alkoholin käyttöön. Valtaosa miesten liikakuolleisuudesta johtuu siis elintapasairauksista, joiden seuraukset olisivat melko helposti ehkäistävissä.

Arvojen muutos, hiv, huumeet ja tuberkuloosi

Tartuntatautien leviäminen koetaan usein suurimmaksi ongelmaksi. Huoli ei ole täysin perusteeton. Pian Neuvostoliiton romahduksen jälkeen nähtiin perinteisten infektioiden esiintyvyyden kasvu. Yksi esimerkki oli kurkkumätäepidemia Suomen lähialueilla. Rokotusten tehostamisella ongelmat saatiin kuitenkin melko nopeasti kuriin.

Väestötilastoissa näkyvä ylikuolleisuus ilmentää paljon syvempiä ongelmia. Taustalla lienevät arvojen ja maailmankuvan sekä taloudellisen ja muun perusturvan muuttuminen. Tilastoissa näkyvä muutos on siis pohjimmiltaan sosiaalinen ja psykologinen.

Konkreettisimmin nykyisen tilanteen ongelmallisuutta ja monialaisuutta ilmentää jatkuvasti leviävä hiv/aids-ongelma. Hiv on levinnyt Venäjällä, Virossa ja Ukrainassa nopeammin kuin missään muualla. Venäjällä hiv-epidemian syntymisen taustalla oli laajalle levinnyt ruiskuhuumeiden käyttö. Huumeongelman valtaisa kasvu nähtiin Venäjällä 1990-luvun puolivälistä alkaen. Ei ole yllättävää, että yhden pienehkön, marginaalisena pidetyn ryhmän keskuudesta käynnistynyt hiv-epidemia on jo siirtynyt seuraavaan vaiheeseen ja leviää valtaväestön keskuudessa.

Virallisten tilastojen mukaan hiv:n leviäminen näyttäisi pysähtyneen tai ainakin merkittävästi hidastuneen. Lainsäädäntöä on kuitenkin muutettu niin, että se ei edistä huumeongel-

maisten tai hiv-tartunnan saaneen hakeutumista hoitoon. Tämän vuoksi todellisia lukuja ei tiedä kukaan. On todennäköistä, että tilanne on paljon pahempi kuin toivotaan.

Huumeiden käyttö tai hiv:n leviäminen ovat osa paljon laajempaa ongelmien vyyhtiä, mikä heijastaa uuden Venäjän tilannetta. Taustalla vaikuttavat arvojen muutokset, syrjäytyminen, opetuksen vanhakantaisuus, rikoslain ja sen täytäntöönpanon heikkoudet ja terveystalvelujen puutteet. Huumeet, rikollisuus, prostituutio sekä hiv:n ja sukupuolitautien leviäminen ovat sidoksissa keskenään ja edistävät monien yhteiskunnallisten ongelmien pahentumista. Yksi esimerkki on lastensuojelun kuormittuminen.

Venäjän tuberkuloosiongelma on jo nyt valtava. Erityisen vaikea tilanne on vankiloissa, jotka ovat täyteen ahdettuja. Kun monien ihmisten terveyden ja ravitsemuksen tilanne sekä asunto-olot ovat epätydyttäviä, ovat olosuhteet tuberkuloosin leviämiseksi otolliset. Tuberkuloosin leviämisen riski kasvaa entisestään, kun hiv-epidemia muuttuu aikanaan aids-epidemiaksi.

Nykyinen järjestelmä ei pysty vastaamaan väestön tarpeisiin

Perinteinen, Shemaskon malliin perustuva terveydenhuoltojärjestelmä ei enää toimi niin, että se vastaisi todellista tarvetta. Elintapasairauksista ja päihteiden käytöstä johtuvan kuolleisuuden kääntäminen laskuun vaatisi syvällistä ajattelutavan muutosta perusterveydenhuollon, prevention ja terveyden edistämisen osalta.

Toisin kuin Venäjällä on tehty, hiv:n leviäminen ei ole medikalisoitavissa oleva ongelma. Kyseessä on enemmänkin ikkuna monimutkaisuuteen ja kaikkia koskettaviin syvempiin muutoksiin, jotka osaltaan heijastavat myös ylikuolleisuuden taustalla olevia ilmiöitä.

Neuvostoajan perintönä siviili- ja vankilaviranomaisten yhteistyössä ainakin terveydenhuollossa on parantamista. Monet vapautuvat vangit, joiden tuberkuloosin hoito on kesken, häviävät viranomaisten tietymättömiin. Tämä

edistää lääkkeille vastustuskykyisten tuberkuloosikantojen syntymistä ja leviämistä. Hoitokäytäntöjen muutos on ollut hidas, mikä on myös osaltaan huonontanut tilannetta.

Hiv:n, huumeiden käytön tai alkoholismin vuoksi hylättyjen lasten ongelmaa on toistaiseksi pyritty ratkaisemaan perinteiseen tapaan lisäämällä laitoshoidoa. Tämä ei kuitenkaan voi olla tyydyttävä eikä kestävä ratkaisu sen paremmin lasten kuin koko yhteiskunnankaan kannalta.

Kun aids alkaa näkyä enemmän, seuraa myös talousongelmia. Terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmien kasvava kuormitus vie kiipeästi tarvittavia resursseja muualta, kun lääkehoidon ja lastensuojelun kustannukset nousevat huikkeisiin mittoihin.

Terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmät kykenevät vastaamaan uusiin tarpeisiin huonosti. Järjestelmää on pyritty uudistamaan, mutta tämä on tapahtunut paljon toivottua hitaammin. Myöskään palvelujärjestelmän rahoituksen uudistaminen ei ole edennyt toivotulla tavalla. Käytännössä palvelujen tarvitsijat maksavat huomattavan osan kustannuksistaan ohi virallisten kanavien.

Stakesilla on kymmenen vuoden kokemus Venäjä-yhteistyöstä

Stakesin Venäjä-yhteistyössä yksi olennaista päämääristä on ollut pyrkimys institutionaalisiin suhteisiin niin, että yhteistyö kantaa yksilöitä kauemmas. Pidämme tätä erittäin tärkeänä. Pitkään rakennettuja suhteita pitäisi tulevaisuudessaakin kyetä tietoisesti hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti.

Kun 1990-luvun puolivälissä aloitimme Stakesin ulkomaanavun yksikössä itärajan taakse suuntautuvaa sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä, kohtasimme lähinnä lajitteluun tarkoitettujen poliklinikoiden ja sairaalahoitoihin perustuvan järjestelmän sekä lähes äärimmillen viedyn lääkärikeskeisyyden. Vieläkin mielenkiintoisempaa oli kuitenkin venäläisten kollegoiden tavan takaa esittämä toteamus siitä, että palvelujen ja järjestelmän kehittäminen vaatisi ennen kaikkea vain lisää rahaa ja tietokoneita.

Muun muassa Venäjän pyrkimykset terveydenhuoltonsa uudistamiseksi osoittavat, että ajattelutavat ovat paljon avartuneet yhteistyön alkuajoista. Toisaalta uudistusten hidas eteneminen kertoo prosessin vaikeudesta ja menneisyyden taakasta.

Kun tarkastellaan tapahtunutta muutosta ja kansanterveyden kehitystä 1990-luvun alun jälkeen, eteemme avautuu poikkeuksellisen mielenkiintoinen terveys- ja sosiaalishistoriallinen panoraama. Pintapuolinenkin tarkastelu osoittaa helposti, että nyt, vuoden 2004 päättyessä, nähtävissä on sekä suuria mahdollisuuksia että uhkia.

Stakesin kokemukset kymmenen vuoden ajalta osoittavat, että sosiaali- ja terveysalalla suomalaisia Venäjää tuntevia ja venäjää osaavia asiantuntijoita on todella vähän. Ulkomaanavun yksikön arkipäivässä tuntuu usein siltä, että Venäjän historia ja mahdollisuudet unohtuvat. EU:n ja kvartaalitalouden huumassa unohtetaan katsoa karttaan ja historian kirjoihin. Venäjä tarjoaisi työ- ja kehittymismahdollisuuksia. Näyttää kuitenkin siltä, että monet muut maat ovat näistä paljon kiinnostuneempia kuin suomalaiset.

Suomessa ei nykyään panosteta riittävästi venäjän kielen ja kulttuurin opiskeluun eikä Venäjän tutkimukseen. Kielitaidon puute onkin ilmiselvä ongelma. Suomen kouluissa ja tiedekunnissa pitäisi alkaa määrätietoisemmin tutkia nykyistä tilannetta ja ongelmia sekä tukea venäjän opiskelua. Samalla kouluttaisiin itäyhteistyön asiantuntijoita, sillä pelkkä menneisyys ja maantiede eivät siihen riitä. Tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että suomalaisten erityinen Venäjä-osaaminen on enää pelkkä myytti.

Suomen kannattaa olla aktiivinen yhteistyössä Venäjän kanssa

Ovatko Venäjän kehitys ja sen vaikutukset Suomeen ylipäänsä ennakoitavissa? Poliittisia sekä talouden ja energiahuollon näkökulmasta laadittuja analyyseja on paljonkin. Terveys- ja sosiaalialan kehitys on perinteisesti jäänyt vähemmälle huomiolle.

Venäjän tulevan kehityksen arviointi on vaikeaa ja sen ennakointi vieläkin haastavampaa. Suomen vuosisatojen mittainen kokemus todistaa kuitenkin siitä, kuinka elintärkeää tämä Suomelle on - sekä myönteisessä että kielteisessä mielessä.

Usein vaikuttaa kuitenkin siltä, että tuleva kehitys kiinnostaa Euroopan unionia tai monia sen yksittäisistä jäsenmaistakin enemmän kuin Suomea tai ainakin suomalaisia. Poliittisesta, mutta erityisesti sosiaali- ja psykohistoriallisesta kehityksestä kiinnostuneille tämä tarjoaa varmasti tulevaisuudessa mielenkiintoisen tutkimuskohteen.

Venäjä on historiallisesti, poliittisesti, käytännöllisesti, taloudellisesti ja turvallisuutemme kannalta Suomen tärkein rajanaapuri. Miksi siis suomalaiset, Euroopan periferiassa sijaitseva viiden miljoonan asukkaan kansakunta, eivät ole 2000-luvun alussa nykyistä enempää kiinnostuneita 140 miljoonaisen Venäjän kehityksestä ja yhteistyöstä sen kanssa?

Kysymys on poleeminen, ja voidaan tietysti väittää, että se on perusteeton. Suomi on pyrkinyt tukemaan Venäjän lähialueiden kehitystä. Toisaalta Venäjän luonnonvarat ovat maailman suurimpia ja sen omat pääomat ovat viime vuosina virranneet maasta pois. Lisäksi Suomi on 1900-luvun jälkipuoliskolla rahoittanut ja tukenut Neuvostoliittoa/Venäjää monin tavoin. Tästä näkökulmasta on tietenkin paradoksaalista, että Suomen on viime vuosina ollut suorastaan pakko edelleen tukea Venäjää esimerkiksi oman ympäristö- ja ydinturvallisuutensa vuoksi.

Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen on käytännöllistä yhteistyötä tehty myös sosiaali- ja terveysalalla Suomen ja Venäjän välillä uudella tavalla ja jatkuvasti uusia muotoja etsien. Tässä on Stakes ollut yksi keskeinen toimija - toki monien muiden ohella.

Ovatko nähtävissä olevat uhkat sellaisia, että meidän on lähivuosina yhtä välttämätöntä jatkaa myös Venäjän sosiaali- ja terveyssektorin tukemista? Vai onko kysymys sittenkään näin yksinkertainen, yksiselitteinen ja mustavalkoinen? Ehkä olemmekin päässeet tilanteeseen, joka tarjoaisi Suomelle suuria mahdollisuuksia uhkien ja välttämättömyyksien sijasta? Näihin

kysymyksiin pyrin seuraavassa etsimään tulevaisuuteen suuntaavia vastauksia.

Rajojen avautuessa ja uuden yhteistyön käynnistyessä yli kymmenen vuotta sitten Suomella oli lähihistorian tuottama erityisasema. Usein tuntuu kuitenkin siltä, ettei Suomessa riittävästi ymmärretty, miten tuota asemaa olisi pitänyt käyttää. Erityisen vaikeaa Suomessa on ollut ymmärtää, että asemiemme säilyttäminen olisi vaatinut paljon työtä ja laaja-alaisempaa otetta sekä investointeja ja riskien ottoa, parempaa historian tajua ja pitkäjänteisyyttä.

Luulen, että Suomessa kuviteltiin liian pitkään, että pelkkä lähihistoria, "ystävälliset ja luottamukselliset suhteet" ja maantieteellinen sijaintimme riittävät ikuisesti säilyttämään Suomen perinteisen aseman. Tämä on vielä vahvistanut yleistä kuvitelmaa siitä, että suomalaiset olisivat jotenkin erityisiä Venäjän asiantuntijoita.

Suomella on sijaintinsa, historiansa ja yleisen kansainvälisen poliittisen tilanteen vuoksi välttämätön ja väistämätön, läheinen ja merkittävä suhde Venäjään. Venäjän kehitys on Suomelle poikkeuksellisen tärkeää, toisaalta Suomen merkitys Venäjälle on parhaimmillaan huomattavan suuri, erityisesti suhteutettuna Suomen kokoon ja resursseihin. Tämä pätee myös silloin, kun tarkastellaan terveydenhuollon kehittämistä.

Yhteistyötä ja kehitystä tai uhkien torjuntaa

Venäjän lähivuosien kehitystä määrittää poliittinen ja yhteiskunnallinen vakaus. Tähän puolestaan vaikuttavat huomattavasti öljytulojen kehitys ja hyvinvoinnin jakaantuminen, sekä erityisesti se, vaurastuuko ns. keskiluokka odotetulla tavalla.

On toivottavaa, että poliittinen vakaus kasvaa ja todellinen demokratisoituminen etenee. On välttämätöntä, että julkinen hallinto saa toimivan otteen järjestelmän kehittämisestä ja että näkyvissä olevat sosiaaliset ja kansanterveyden ongelmat saadaan hallintaan. Silloin on todennäköistä, että kokonaiskehitys muuttuu myönteiseksi tavalla, joka tarjoaa myös Suo-

melle mittaamattomat yhteistyön ja kaupan mahdollisuudet.

Jos mikä tahansa edellä kuvatuista keskeisistä kokonaiskehityksen elementeistä kääntyy negatiiviseksi, muuttuu tilanne myös Suomen kannalta täysin. Kielteisessä vaihtoehdossa muutosta sävyttää Suomen kannalta kaksi keskeistä valtavirtaa: toisaalta kaupan ja yhteistyön mahdollisuudet kääntyvät turvallisuushikiksi, toisaalta perinteisen yhteistyön ja panostusten tarve korostuu entisestään, jotta kehitys pysyisi myönteisenä.

Poikkeuksellista on se, että lähivuosina terveydenhuollon kehitys on yksi niistä tekijöistä, jotka ovat tulevaisuuden muotoutumisen kannalta avainasemassa.

Tarkastelen seuraavassa yhteistyön tarpeita ja mahdollisuuksia sosiaali- ja terveysalan näkökulmasta. Perustana ovat seuraavat väittämät, joiden taustalla ovat sekä Stakesin kokemukset yhteistyöstä että päätelmät, joita näiden perusteella voi tehdä. Väitän, että yhtälö pelkistyy lopulta monimuotoisuudestaan huolimatta kolmeksi melko yksinkertaiseksi vaihtoehdoksi.

Ensiksi: Suomi on valinnan edessä. Suomi pystyy halutessaan - paino on sanalla halutessaan - myötävaikuttamaan Venäjän sisäiseen sosiaaliseen kehitykseen enemmän kuin maamme koon perusteella voisi ennakoida.

Toiseksi: Jos Venäjän yleinen poliittinen kehitys on myönteinen, yhteiskunnan vakaus ja vauraus paranevat. Myös Suomi hyötyy tästä monin tavoin.

Kolmanneksi: Jos Venäjän yleinen kehitys kääntyy kielteiseksi poliittisten, taloudellisten, sosiaalisten tai yleisten kansainvälisten syiden vuoksi, monet väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin kohdistuvat uhkakuivat voivat realisoitua. Uhka kohdistuu silloin merkittävästi myös Suomeen.

Suomen on valittava linjansa

Juuri tällä hetkellä riippuu hyvin paljon vain meistä suomalaisista itsestämme, kuinka osaamme ennakoida tulevaa kehitystä. Löydämmekö luovia ratkaisuja, millaisia valintoja teemme, miten toimimme, uskallammeko panostaa tulevaan ja ottaa myös taloudellisia

riskejä? Suomella on joka tapauksessa paljon vaihtoehtoja. Venäjän nykyiset sosiaaliset ja terveysongelmat sekä kehittämistarpeet tarjoavat uhkien lisäksi lähes rajattomia yhteistyön, kehittämisen ja liiketoiminnan mahdollisuuksia.

On syytä olettaa, että uutta luova, innovatiivinen kehitys ja yhteistyö Suomen ja Venäjän välillä ovat yhtä mahdollisia kuin aikaisemminkin. Olisi absurdia ajatella, että historia olisi tässä suhteessa jotenkin päättynyt. Päinvastoin, käsillä oleva tilanne ja sen tarjoamat mahdollisuudet tuovat etsimättä mieleen esimerkiksi 1800-luvun. Silloin Pietarin kaupunki hyötyi Suomen läheisyydestä ja Suomi hyötyi merkittävästi Pietarin kasvusta. Tästä saivat osansa niin talous-, sivistys- ja kulttuurielämä kuin sosiaali- ja terveydenhuollonkin kehitys.

Suomen ja Venäjän väliset yhteydet lääketieteen, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon aloilla ovat 1800-luvulta alkaen varsin mittavat. Ne ovat paljon laajemmat ja merkittävämmät kuin yleisesti on tunnettua. Historioitsijoille olisikin tässä oivallinen tutkimuskohde. Tutkimus olisi perusteltua siksikin, että esimerkiksi viimeaikainen turvallisuuspoliittinen arviointi ja keskustelu ottavat uudella tavalla huomioon myös sosiaalisen ja terveydenhuollon kehityksen ja riskitekijät. Itärajan ylittävän yhteistyön syvempi tutkiminen loisi entistä tukevampaa pohjaa yhteistyön tulevalle kehitykselle.

Sosiaali- ja terveysalan yhteistyötä on Suomen ja Venäjän välillä viime vuosina tehty monin eri tavoin. Kansalaisjärjestöillä on oma hyvin merkittävä tehtävänsä, samoin kuin ministeriö- ja aluetason viranomaisilla sekä Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen tapaisilla laitoksilla.

Yhteistyötä on kuitenkin leimannut resursien niukkuus ja epävarmuus, asiantuntijoiden riittämättömyys, pieniin projekteihin liittyvä pirstaloituminen sekä työn kohdentuminen lähes pelkästään Suomen lähialueille.

Heikkouksia korjaamaan ja korvaamaan on toisaalta kehitetty uusiakin yhteistyön muotoja. Harvinaisia, kansainvälisessä sosiaali- ja terveysalan yhteistyössä uusia innovaatioita ovat olleet alueelliset monikansalliset yhteistyön muodot, kuten Itämeren ja Barentsin alueen infektioepidemiologien yhteistyö, Itämeren

Task Force infektio- ja tartuntatauti- torjumiseksi, Pohjoisen ulottuvuuden Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusohjelma sekä Barentsin alueen yhteistyö hiv:n torjumiseksi.

Viranomais- ja kansalaisjärjestöyhteistyön keinoin, monikansallisella kanssakäymisellä vahvistettuna, luodaan tukevaa pohjaa niin yksityissektorin kuin yksilöidenkin tulevaisuuden mahdollisuuksille.

Venäjän kehitys avaa Suomelle uusia mahdollisuuksia

Suomen terveydenhuolto ja sosiaalipalvelujärjestelmä ovat tunnetusti korkeatasoisia. Palvelujärjestelmämme tasokkuus perustuu osaltaan jatkuvaan kehittämiseen ja uudistamisen kykyyn. Neuvolajärjestelmässä, koulutuksessa, lasten päivähoidon ja vanhustenhuollon ratkaisussa, vammaishuollon, laitteiden ja infrastruktuurin kehittämisessä olisi paljon aineksia vientituotteistamiseen. Markkinat ovat avautumassa, mutta on muistettava, että monet muutkin seuraavat tilannetta.

Suomalaisen terveydenhuollon järjestelmän erityispiirteitä on myös yhteistoiminta julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Tämäkin voisi toimia suomalaisena vientituotteena. Yksityisten terveystieteiden merkitys ja osuus Venäjällä on selvästi kasvamassa. Toistaiseksi ne ovat olleet vain kaikkein rikkaimpien tavoitettavissa, mutta tilanne on muuttumassa.

Terveydenhuollon uudistukset ovat edenneet Venäjällä kovin hitaasti, ja erityisesti perinteinen lääkärikunta on voimakkaasti vastustanut esimerkiksi siirtymistä länsimaiseen perusterveydenhuoltoon. Samalla julkisten terveystieteiden järjestelmää vaivaa edelleen tehottomuus, huono tuottavuus, kansanterveyden kannalta tärkeimpien tehtävien puuttuminen ja palvelujen epätyytyttävä laatu.

Hyvinvoinnin parantuaessa, varallisuuden kasvaessa ja keskiluokan vaurastuessa voi hyvin ajatella, että nimenomaan yksityisten terveystieteiden kehittämisestä julkisen järjestelmän rinnalla syntyy kokonaisuuden uudistusten moottori. Palvelujen käyttäjät alkavat vaatia parempaa laatua ja toimivuutta, ja he ovat samalla valmiit myös maksamaan palveluista,

kunhan hinta-laatusuhde on hyväksyttävä. Uusia ratkaisuja ollaankin parhaillaan etsimässä koko Venäjän Federaation tasolla. Ulkomaisia yhteistyökumppaneita sekä toivotaan että toivotetaan tervetulleiksi.

Koko terveydenhuollon järjestelmän kehittäminen merkitsee monipuolisia tarpeita. Perusterveydenhuollon uudistaminen on Venäjällä välttämätöntä, jos haetaan tehokkuutta. Samalla on kuitenkin panostettava myös sairaanhoidon mahdollisuuksien turvaamiseen. Venäjän sairaalat ovat vanhoja ja niiden laitteistoissa on paljon parantamista. Jos myönteinen yleinen kehitys jatkuu, myös vaatimukset terveydenhuollon parantamiseksi tulevat voimistumaan entisestään. Tämä merkitsee myös lähes mittaamattomia sairaaloiden saneeraus- ja investointimahdollisuuksia.

Mahdollisuudet voivat myös muuttua uhkien torjunnaksi

Stakesin ulkomaanavun yksikkö arvioi hiljattain WHO:n toteuttaman hiv-hankkeen Venäjän Karjalassa. Selkokielellä todettiin se, mistä varsinkin itärajan läheisyydessä toimivat ovat olleet tietoisia jo pitkään: prostituutio rehottaa ja asiakkaat ovat pääosin Suomesta. Monella seksipalvelujen tarjoajista on huumetausta ja suurella todennäköisyydellä myös hiv.

On siis todennäköistä, että Venäjän hiv-epidemia ulottuu Suomeen. Tai oikeammin: on ilmeistä, että suomalaiset itse hakevat Venäjältä osansa hiv-tartunnoista. Vaikka hiv-tapausten määrä Suomessakin tulee kasvamaan, voimme olettaa, että sairauksien rekisteröinti ja kansanvalistus toimivat meillä niin hyvin, että ongelma saadaan kuriin. Tosin tilastot rumentuvat.

Myös monilääkeresistentin tuberkuloosin leviämisen uhka on todellinen. Tämäkin ongelma saataneen kuitenkin pidetyksi aisoissa, sillä tuberkuloosi on pitkälti huonoihin sosiaalisiin oloihin ja köyhyyteen liittyvä sairaus.

Suomeen siis tuskin syntyy Venäjän hiv- ja tuberkuloositilanteesta niin mittavaa terveysongelmaa, kuin on pelätty. Useiden yksittäistapausten vuoksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmään tulee kuitenkin lähivuosina

kohdistumaan merkittävästi lisäkuormitusta. Yksittäisen pienen ja talousvaikeuksissa kamppailevan kunnan terveysbudjetti voi sekoittua pahan kerran muutaman "ylimääräisen" aids- ja monilääkeresistentin tuberkuloosipotilaan hoidon myötä.

Mistä meidän siis on oltava huolissamme? Tärkeintä ovat perinteisten sektorirajojen yli ulottuvat ongelmat, huumekauppaan ja prostituution liittyvän rikollisuuden kasvu ja tunkeutuminen yhteiskunnan eri lohkoille. Suomen lähialueiden aids-epidemian myötä pahenevat myös Venäjän lastensuojelun ja katulasten ongelmat. Ne voivat heijastua Suomeen sosiaalisen pahoinvoinnin, tartuntatautien, huumeiden ja rikollisuuden noidankehän kautta. Suomeen kohdistuvat ongelmat ovat siis varsin selvästi ja ennen kaikkea turvallisuusuhkia.

Jotta mahdollisuudet eivät muuttuisi uhkien torjunnaksi, kannattaisi nyt suunnata runsaasti voimavaroja yhteistyöhön, järjestelmien kehittämiseen, valistukseen ja koulutukseen. Ongelmien pahentumista voitaisiin vielä toistaiseksi estää.

Nyt tarvitaan näkemystä, uskallusta ja uusia ratkaisuja

Juuri nyt tarvittaisiin visioita ja riskirahaa. Näin voisimme kehittää omista vahvuksistamme sosiaali- ja terveysalalla myös vientituotteita. Kohdentamalla nämä osaksi laajempia järjestelmien uudistuksia tukevia kokonaisuuksia voitaisiin edistää sekä kehitystä että kauppaa ja päästäisiin todelliseen yhteistyöhön yksipuolisen kehitysprojektityön ja auttamisen sijasta.

Juuri tällaisessa kehitystyössä Suomella olisi vielä toistaiseksi hyödynnettävissään erikoisasemansa ja erityisen hyvät lähtökohdat. Ne perustuvat sekä perinteeseen että viime vuosina tehtyyn yhteistyöhön ja sen kautta luotuihin institutionaalsiin ja viranomaisyhteyksiin. Nyt on toiminnan aika.

Mahdollisuudet todellisen yhteistyön kehittämiseen Suomen ja Venäjän välillä sosiaali- ja terveysalalla ovat rajattomat. Todellinen yhteistyö ei tarkoita yksipuolista auttamista eikä yksittäisiä projekteja. Tarvitaan uusia

pitkäjänteisiä, molempia osapuolia hyödyttäviä ratkaisuja, joissa voidaan aidosti arvostaa toisiaan ja käyttää toinen toisensa kokemusta, osaamista ja resursseja hyväksi.

Suomen terveydenhuollon järjestelmä on joutumassa kustannus- ja työvoimakriisiin. Tarvitsemme muutosta siis myös Suomessa. Voitaisiinko esimerkiksi lähivuosien henkilöstöpula kääntää voitoksi toteuttamalla esimerkiksi venäläiselle hoitohenkilöstölle suunnattuja koulutuskokonaisuuksia? Voisivatko venäläiset työssä oppimisen kautta löytää erilaisia näkökulmia hakiessaan uusia ratkaisuja ja toimintamalleja?

Voisivatko suomalaiset löytää uusia ratkaisumalleja oman järjestelmän kehittämiseen perehtymällä ja osallistumalla niihin prosesseihin, joissa Venäjä uudistaa järjestelmäänsä? Voitaisiinko kehitellä yhteisiä mallipoliklinikoita, joissa testattaisiin uusia teknologisia ja toiminnallisia ratkaisuja tai laadun ja rahoitusjärjestelmien kehittämistä?

Tutkimusyhteistyön kehittämisellä olisi epäilemättä rajattomat kaikkia hyödyttävät mahdollisuudet. Alueellisen eriarvoistumisen ongelma pahenee Suomessa. Se on erittäin tuttu myös Venäjällä. Yhteistoiminnalla voitaisiin tuottaa uusia ja luovia ratkaisuja, jotka voisivat edelleen hyödyttää myös teknologista kehitystyötä kaupallisia näkökohtia unohtamatta.

Venäjä voisi olla Suomelle myös yhteistyömaa, jossa kehiteltäisiin erilaisia uusia sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja vientituotteiksi, joita voitaisiin edelleen yhdessä viedä kolmansiin maihin. Väestöjen ikääntyessä ja elintason kasvaessa monilla hyvinvointituotteilla olisi tulevaisuudessa merkittäviä globaaleja markkinoita.

Suomen lähialueiden aids-ongelman kaikkine sosiaalisine ulottuvuuksineen tulemme joka tapauksessa kohtaamaan lähivuosina. Jo tästä seuraa erityinen haaste raja-alueyhteistyölle ja alueen kunnille, samoin kuin kirkkoille ja ekumenialle, sillä järjestelmien kehittämisen tärkeystä huolimatta kärsiviä ihmisiä tulee myös konkreettisesti auttaa.

Lopuksi: tähän asti tehdyn perustalle on hyvä rakentaa uutta. Parasta työtä turvallisuuden ja alueen vakauden kehittämiseksi on rajat

ylittävä työskenntely yhteisten ongelmien voittamiseksi ja yhteisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Lähivuosina olisi tärkeää hyödyntää viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana sekä kahdenvälisessä että monikansallisessa työssä rakennettua perustaa. Raja-alueyhteistyötä erityisesti sosiaali- ja terveysalalla tulisi lisätä ja laajentaa Viipurista Arkangeliin.

Maantieteellinen sijaintimme ja yhteinen historiallinen ja kulttuurinen taustamme ovat

sekä mittaamaton voimavara että riskitekijä. Tämä koskettaa mitä suurimmassa määrin myös sosiaali- ja terveysalaa. Nyt, jos koskaan, taloudellisia riskejä tai panostuksia karttava passiivisuus vie meiltä mahdollisuudet laaja-alaiseen ja hedelmälliseen yhteiseen kehitykseen. Tämä heikentää myös kykyämme torjua näköpiirissä olevia uhkia.

Onko suomalainen terveystalitiikka mahdollista 2000-luvulla?

Matti Rimpelä
tutkimusprofessori
Stakes

Presidentti Martti Ahtisaari puhui viime kesänä Tampereella kehityksestä ja hyvinvoinnista. Hänen pääsanomansa oli, että hyvinvointi rakentuu talouden ja demokratian kautta. Jos tämä hyväksytään, seuraavaksi on kysyttävä, missä määrin talouden ja demokratian vahvistuminen voivat kulkea omia teitänsä vai ovatko ne väistämättä kiinteässä vuorovaikutuksessa toisiinsa. Suomi on oivallinen esimerkki kiinteästä vuorovaikutuksesta ja sen tuottamasta hyvinvoinnista. Kun otetaan huomioon Suomen lähtökohdat 1900-luvun alussa, voidaan puhua demokratian, talouden ja hyvinvoinnin yhdistämisestä lähes ainutlaatuisesta menestystarinasta. Vain harvat maat voivat kertoa yhtä myönteisiä viestejä.

Ennakoitaessa suomalaisen terveystalitiikan tulevaisuuden vaihtoehtoja on välttämättä tunnettava omaa historiaa ja siinä vaikuttaneita voimia. Tämän pohdinnan lähtökohdaksi on edellä kuvattu käsitys hyvinvointitalitiikan ja myös terveystalitiikan menestystarinasta 1900-luvulla. Toiseksi oletetaan, että tämä tulos perustui *kansallisesti omaleimaiseen suomalaiseen hyvinvointitalitiikkaan ja sen sovellutukseen terveystalitiikassa*. Kolmanneksi väitetään, että 2000-luvun terveystalitiikan ydinkysymys keskittyy Suomen mahdollisuuteen edelleen jatkaa omaleimaista kansallista terveystalitiikkaansa: Onko suomalainen terveystalitiikan vaihtoehto edelleen mahdollinen vai muuttuuko se globaalisten voimien ohjaamaksi sovellutukseksi?

Mikä selittää menestystarinan?

Suomalaisen hyvinvointitalitiikka toimi tehokkaasti ja myös tuloksellisesti 1940-luvulta 1980-

luvulle. Sen saavutuksia olivat tarttuvien tautien hallinta, äitien ja lasten hyvinvoinnin kohentuminen, keskussairaalarjestelmä, vahvistuva turva sairastumisen ja työttömyyden sattuessa ja äärimmäisen köyhyyden poistaminen, sekä 1970-luvulta alkaen työikäisen väestön ja erityisesti miesten terveyden nopea koheneminen ja odotettavissa olevan eliniän kasvu myös työiän jälkeisinä vuosina. Hyvinvointikehityksen ainutlaatuisuutta kuvaa vastasyntyneiden terveys. Kun vielä 1930-luvulla olimme kehitysmaiden tasolla, 1980-luvun puolivälin jälkeen Suomessa on syntynyt yli miljoona maailman terveimpiin lukeutuvaa lasta. Sekä peruspalvelut että erityistason erikoistuneet palvelut olivat tarjolla kattavasti koko maassa. Vaikka asiakasmaksuilla katetaan Suomessa OECD:n vertailun mukaan keskimääräistä enemmän hyvinvointipalvelujen kustannuksista, sosiaaliturva puolestaan takaa, että asiakkaat eivät joudu kohtuuttomiin vaikeuksiin.

Kaikki tämä saavutettiin kansainvälisissä vertailuissa varsin edullisella kustannustasolla. Suomessa varsinaisten hyvinvointipalvelujen osuus bruttokansantuotteesta on pysynyt teollistuneiden maiden keskitason alapuolella. Terveydenhuollon BKT osuus on esimerkiksi USA:ssa lähes kaksinkertainen ja Saksassa selvästi Suomea suurempi.

Mikä selittää Suomen menestystä? Olisivatko ne *arvokonsensus, kansanvalta¹, koulutus, konsernirakenne, kasvu, tasa-arvo ja kokonaisvaltainen suunnittelu*?

Taistelu itsenäisyydestä yleensä, ja erityisesti suhteessa Venäjään, kasvatti 1800- ja 1900-luvuilla Suomeen varsin ainutlaatuisen *arvokonsensusen*. Matti Virtanen on kuvannut tätä

¹ PEKKA KUUSEN (1968) TERMINOLOGIAA SOVELTAEN KÄYTÄN JATKOSSA SANAA "KANSANVALTA" DEMOKRATIAN VASTINEENA.

kehitystä oivallisesti väitöskirjassaan Fennomanian perilliset. Vuoden 1809 sota nosti esiin suomenkielen, vuoden 1918 jälkeen vuorossa oli demokratia ja jatkosodan jälkeen keskityttiin hyvinvointiin.

Yhteisen arvomaailman ytimen voi tiivistää neljään sanaan: "Suomi tarvitsee hyvinvoivia suomalaisia". Tätä arvokonsensusta jakoi kansan suuri enemmistö tehdastyöläisistä ja maanviljelijöistä koulutettuihin professioihin, poliittisiin vaikuttajiin ja taloudelliseen johtoon. Jotta Suomen itsenäisyys vahvistuisi, olisi kansan vahvistuttava lukumääräisesti ja oltava tervettä, työkykyistä ja työhaluista. Kun aikaa on kulunut riittävästi, voimme jo tunnustaa, että suomalaisen hyvinvointipolitiikkaan ja erityisesti väestöpolitiikkaan tuli 1930-luvulta vahvoja vaikutteita Keski-Euroopasta. Onneksi ne jäivät vain mausteeksi.

Suomen erityinen piirre on ollut investointi koko kansan ja myös erityisosajien koulutukseen. Hyvinvoinnin edistämässä koulutus oli tärkeää ainakin neljässä suunnassa. 1) Kaikilla maailmassa hyvinvointi on suorassa yhteydessä koulutukseen, osin perheiden ja yksittäisten ihmisten elämänhallinnan kautta. 2) Koulutus mahdollisti osaamisen, joka puolestaan rakensi pohjaa kansantalouden vahvistumiselle. Suomessa nimenomaan koulutus on antanut ja usein taannut myös yksilöille taloudellisen nousun mahdollisuuden. 3) Suomelle erityinen piirre on ollut hyvinvoinnin kannalta keskeisten ammattiryhmien korkea koulutustaso. 4) Suomen sivistyneistö oli 1900-luvun alussa vielä ohutta. Kun koulutus laajeni nopeasti, suurin osa uusista asiantuntijoista tuli kansan syvistä riveistä ja jakoi edelleen ainakin osaksi niiden arvomaailman.

Suomelle on ollut ominaista toimiva *kansanvaltainen hallintojärjestelmä* sekä valtionhallinnossa että paikallisesti. Eduskunnalla on ollut aidosti kansalta saatu toimeksianto maan johtamiseen. Ministeriöt, keskusvirastot ja lääninhallitukset muodostivat valmistelu- ja toimeenpanorakenteen, joka kattoi koko maan. Suomen paikallishallinto on jo 1800-luvulta al-

kaen ollut hyvinvointipolitiikassa poikkeuksellisen tärkeä toimija. Monipuoluejärjestelmä pakotti poliittiset puolueet yhteistyöhön, mikä käytännössä merkitsi toimivan kokonaisuuden rakentamista eri väestöryhmien intresseistä. Erityisesti on huomattava, että paikallishallinnon - siis kuntien - tehtävät terveyspolitiikassa suuntautuivat alusta alkaen terveydenhoitoon. Kuntien omat terveydenhuoltotehtävät - terveydenhoitosääntö ja terveydenhoitolautakunnat 1800-luvun lopussa sekä neuvolat, kouluterveydenhuolto, terveystieteet ja kunnanlääkärit 1940-1950-luvuilla, yms. - keskittyivät terveyden edistämiseen. Erikoissairaanhoidon kehitystä nopeasti 1950-luvulla, kun sen vastuut siirtyivät valtiolta kuntien muodostamille yhteisöille. Myös perussairaanhoidon laajeni koko maahan 1970-luvun alusta alkaen kuntien ja valtion yhteistyönä. Väestön hyvinvointi, hyvinvointipolitiikka ja sitä toteuttava palvelujärjestelmä ovat olleet tärkeimpien asioiden joukossa sekä eduskunnan että kunnanvaltuustojen vaaleissa.

Suomalaisen demokratian, talouden ja hyvinvoinnin liitto vahvistui erityisesti toisen maailmansodan aikana. Tuolloin alettiin rakentaa suomalaista *hyvinvointiyhteiskunnan konsernia*.² Uutta hyvinvointipolitiikkaa toteutettiin tulonsiirtoina ja hyvinvointipalveluina. Konsernirakenteella tarkoitan tässä yhteydessä valtion, kuntien, yritysten, työmarkkinajärjestöjen ja kansalaisjärjestöjen tiivistä yhteistyötä. Kansalliset tavoitteet asetettiin valtionhallinnossa ja selvennettiin laeilla. Yhteiset pelisäännöt sovittiin sekä työmarkkinoilla että eduskunnassa ja vahvistettiin laeilla ja sopimuksilla. Tässä vaiheessa Suomelle erityinen piirre oli valtion ja kuntien yhteistyö hyvinvointipolitiikassa. Laeilla, normiohjauksella ja valtion tuella varmistettiin, että palvelut kattoivat kaikissa kunnissa tasaisesti koko maan. Työnjako oli selvä. Valtio kehitti, suunnitteli ja ohjasi ja kunnat toteuttivat.

Taloudellinen *kasvu* loi mahdollisuuksia tulonsiirtoihin ja hyvinvointipalvelujen rahoittamiseen. Hyvinvointia tuotettiin tulonsiirroilla

² TÄSSÄ YHTEYDESSÄ ON SYYTÄ HUOMAUTTAA, ETTÄ VIERASTAN TERMIA "HYVINVOINTIVALTIO". SE SOPII HUONOSTI SUOMEEN, Koska olennaista oli laajan hyvinvointikonsernin rakentaminen valtion, kuntien, yritysten, työmarkkinajärjestöjen ja kansalaisjärjestöjen yhteistyönä, ei niinkään valtion erityinen toiminta sinänsä.

ja palveluilla. Palveluverkosta rakennettiin tyhjään Suomeen. Vielä 1930-luvulla hyvinvointipalvelujen rakenne oli kansainvälisissä vertailuissa ohut. Rakentaminen melko tyhjään Suomeen teki terveyspolitiikan suuret valinnat melko helpoiksi. Hyvinvointipalvelujen voimavarojen ja hyvinvointituloksen välinen suhde oli helposti nähtävissä: Mitä enemmän voimavaroja saatiin, sitä parempia olivat hyvinvointitulokset. Kun uusiin haasteisiin vastattiin uudella rakenteella ja henkilöstöllä, ei tarvinnut taistella muutosvastarinnan kanssa. 1940 – 1980-lukujen hyvinvointipalveluille onkin ominaista, että jokaiseen uuteen haasteeseen vastattiin uudella rakenteella ja toiminnalla. Kun aukkoja koko ajan paikattiin, rakentui lopulta varsin kattava hyvinvointipalvelujen verkko.

Tasa-arvo oli keskeinen elementti suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa. Pekka Kuusi nosti 1960-luvun sosiaalipolitiikassa keskeisiksi tavoitteiksi sekä sosiaalisen tasoittamisen että alueellisen tasa-arvosta. 1970-luvun reformien kantavia voimia olivat alueelliset erot terveyspalvelujärjestelmässä ja sosiaalinen eriarvoisuus sekä sairastuvuudessa että sairastumisen aiheuttamissa kustannuksissa. Kansanterveyden paranemisen rinnalla korostettiin tavoitteena terveyden tasaista jakautumista. Tasa-arvon tavoittelemisen yhdisti työväestön ja maaseutuväestön edut ja mahdollisti sen poliittisen sopimuksen, jonka varaan uudistusten hyväksyminen eduskunnassa rakentui.

Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan *kokonaisvaltaisen suunnittelun* juuret löytyvät jo 1800-luvulta. Edellä mainitut tekijät mahdollistivat koko maan ja kaikki väestöryhmät kattavan ja pitkäjänteiseen hyvinvointipolitiikan kehittämiseen. Parhaiten tämä strategia on kuvattu Pekka Kuusen kirjassa 1960-luvun sosiaalipolitiikka: "Kansanvalta, sosiaalinen tasoitus ja taloudellinen kasvu näyttävät nyky-yhteiskunnassa kytkeytyvän onnellisella tavalla toisiinsa." Tavoitteena oli ihmiskeskeinen³, kasvuhakuinen ja kokonaisvaltainen hyvinvointipolitiikka. Tulonsiirrot ja hyvinvointipalvelut eivät tässä katsonnassa olleet käyttö-

menoja vaan investointeja. Tästä seurasi, että tulonsiirtojen ja palvelujen tuloksellisuutta tuli mitata nimenomaan hyvinvointituloksina. Talouden kasvu ei ollut itseisarvo sinänsä, vaan väline kärsimyksen vähentämisessä ja hyvinvoinnin vahvistamisessa. Tästä seurasi, että myös terveydenhuoltopolitiikan saavutuksia tuli Kuusen mukaan mitata lähinnä kansanterveyden yleistä kehitystä osoittavilla ilmiöillä.

Konsensus ja konserni hajoavat: Hiipivä muutos

Suomen hyvinvointipolitiikan menestystarina alkoi tulla säröjä 1970-luvun lopussa. Vaikka menestystä saavutettiin monissa haasteissa, eräillä alueilla tulokset eivät olleet yhtä hyviä. Kritiikki kasvoi 1980-luvulla kahdessa suunnassa. Palvelujen volyymin lisääntymisestä huolimatta monet asiakkaat olivat tyytymättömiä. Puhuttiin yhä enemmän "luukuttamisesta", asioiden hoitaminen vaati lukuisia kontakteja yhä eriytyvään palvelujärjestelmään.

Myös hallinnon ja johtamisen tasolla tyytymättömyys kasvoi. Hyvinvointi-instituutioiden sisällä professiot taistelivat valta-asemistaan. Tuloksena oli ammattikuntainen johtamisrakenne, joka jakoi kasvavat instituutiot sisäisesti suhteellisen erillisiin ja jopa autonomisiin osiin. Tämä eriytyminen ei pysähtynyt palvelurakenteeseen, vaan vahvistui myös tutkimuksessa ja koulutuksessa. Esimerkiksi sosiaalityö, hoitotyö, yleislääketiede ja kansanterveystiede eriytyivät yliopistoissa yhä etäämmälle toisistaan.

Valtio-kunta -suhde alkoi kriisiytyä 1980-luvulla. Kunnissa koettiin ongelmaksi valtion vahva resurssi- ja sisältöohjaus. Valtion näkökulmasta 1970-luvun alussa rakennettu suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä tuotti menoautomaatin, jossa kunnilla ei ollut erityisiä kannustimia hillitä kustannusten kasvua. Kunnissa yhä voimakkaammat äänet vaativat itsenäistymistä valtion holhouksesta. Vapaa-kuntakokeiluista raportoitiin myönteisiä koke-

³ KUUSEN SOSIAALIPOLITIIKAN IHMISKASVOISUUTTA KUVASTAA MM. SE, ETTÄ HÄN PERUSTELI 4 – 6 LÄÄKÄRIN MINIMIKOKOA LÄÄKÄRIASEMILLE SEURAAVASTI: "LÄÄKÄRIRYHMÄ SÄILYTTÄISI SEKÄ AMMATILLISEN ETTÄ HENKISEN VIREYTENSÄ: OLISIHAN PAITSI ERIKOISTUMISEN EDELLYTTÄMÄ TYÖNJAKO MYÖS BRIDGEPORUKKA OMASTA TAKAA TURVATTU."

muksia. 1980-luvun loppupuolella uskottiin varsin laajasti, että vahva valtionohjaus oli kahlinnut kuntien ja palveluinstituutioiden sisäistä innovatiivisuutta: "Viisaus ei ole vain valtionhallinnossa, vaan se kasvaa myös arjen käytännöissä ruohonjuuritasolla, jossa työtä tehdään saappaat savessa"

Hyvinvointijärjestelmän nopea kasvu toi mukanaan hallinnon ja johtamisen uudet haasteet sekä valtionhallinnossa että kunnissa. Suomessa ei ollut perinteitä eikä osaamista hyvinvointijohtamiseen suurissa organisaatioissa. Johtamisvastuuseen siirryttiin usein lähes suoraan asiakastyöstä. Monikerroksinen suunnittelu- ja raportointijärjestelmä oli rakennettu kasvun ohjaamiseen ja palveli huonosti instituutioiden sisäistä kehittämistä. Nopeasti voimistuva byrokratian kritiikki lähti osin ideologisista tavoitteista, mutta paljolti myös arjen todellisuudesta. Suunnittelu, johtaminen, raportointi ja arviointi usein enemmän sotkivat kuin kehittivät arkista työtä. Nopeasti kasvaneiden hyvinvointiorganisaatioiden johtamisen ratkaisuksi esitettiin byrokratian purkamista, joka käytännössä tarkoitti suunnittelu-, kehittämis- ja johtamisvoimavarojen leikkaamista.

Myös hyvinvointipolitiikan arvoperusta alkoi murtua. 1940-luvulla lujittunut konsensus jatkui vielä 1970-luvun alkuun. Tuolloin kuitenkin siirryttiin vähitellen hyvinvointipolitiikan suurista teoista nopeasti kasvaneen hyvinvointijärjestelmän arkeen. Yhteistä tahtoa lujittaneet sosiaaliset ongelmat alkoivat tulla hallintaan eivätkä enää tuottaneet samanlaista yhdenmukaistavaa painetta kuin aikaisemmin. Yleisemmässä kehityksessä alettiin siirtyä Suomen itsenäisyyden rakentamisesta kohti yhteistä Eurooppaa. Virikkeet tulivat yhä enemmän muualta maailmasta.

Vahva konsensuspyrkimys oli suunnannut hakemaan yhteiskunnan arvokirjossa yhteisiä tekijöitä. Kun tämä paine helpottui, vaimennettuina olleet eriytyvät arvot ja niistä seuraavat intressiristiriidat nousivat esiin kaikilla tasoilla ammattiryhmistä hallintosektoreihin ja kunnista tutkimukseen ja koulutukseen.

Eriytymisen kehitykseen tulivat mukaan myös yritykset ja kansalaisjärjestöt. Kun aikai-

semmin suomalaiset yritykset olivat tarvinneet terveitä suomalaisia työntekijöitä, globalisoituvassa taloudessa vaihtoehdoksi tuli työn siirtäminen muualle. Talouselämän johto irtautui suomalaisesta hyvinvointikonsernista. Yritysten menestys ei enää sitoutunut Suomen hyvinvointiin, ainakaan yhtä kiinteästi kuin aikaisemmin. Kansalaisjärjestöt olivat kiinteä osa suomalaisen hyvinvointikonsensuksen innovaatiojärjestelmää 1980-luvulle saakka. Mutta myös ne alkoivat irtautua konsernista itsenäiseksi järjestömuotoisiksi yrityksiksi, jotka etsivät markkinarakoja omille tuotteilleen.

Suomalainen hyvinvointikonsensus ja -konserni oli perustunut paljolti poliittisten puolueiden yhteistyöhön ja siitä syntyneeseen poliittiseen tahtoon, joka mahdollisti merkittävät päätökset eduskunnassa ja kunnanvaltuustoissa. Kun 1970-luvulla puolueilla oli varsin näkyvät hyvinvointipoliittiset ohjelmat, 1980-luvulla niiden profiili alkoi hämärtyä. Hyvinvointipolitiikka siirtyi yhteiskunnan poliittisella asialistalla tärkeysjärjestyksessä alaspäin. Tämä osaltaan antoi tilaa yhdentymisvaiheen aikana piilossa olleiden ristiriitaisten arvojen taistelulle.

Kun aikaisemmin oli korostettu eriarvoisuuden vähentämistä, köyhyyden poistamista ja yhteistä vastuuta jokaisen suomalaisen hyvinvoinnista, vahvistuvissa puheenvuoroissa korostettiin yksilöiden, perheiden ja asiakkaiden vastuuta ja kritisoitiin kaikkialle tunkevaa hyvinvointiyhteiskuntaa. Keskustelun painopisteen muutos havainnollistuu hyvin keskustelussa terveyspalveluihin hakeutumisessa. Kansanterveystyötä uudistettaessa erityisenä huolena oli se, että miehet eivät ajoissa hae apua. 1980-luvulla palveluiden ylikäyttö nousi keskeiseksi teemaksi ja esimerkiksi asiakasmaksujen korottamista perusteltiin turhan käytön vähentämisellä.

Pentti Arajärvi kuvaa hyvinvointipolitiikan suurten linjojen muuttumista kirjassaan Paremmintyhteiskunta seuraavasti:

- Siirtyminen järjestelmistä asiakkaisiin, potilaisiin ja muihin palvelujen käyttäjiin.
- Omatoimisuuden ja tietynlaisen omavastuun painottaminen.
- Perusoikeuksien ja -vapauksien korostaminen

Sosiaalipolitiikan kehitystä analysoidessaan Raija Julkunen päätyi selvästi kriittisempään tulkintaan. Hän puhuu "hiipivästä muutoksesta" (Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Vastapaino 2001). Vaikka hyvinvointiyhteiskuntaa rakennettiin näyttävillä teoilla, sen purkamisessa ei välttämättä tarvita radikaaleja toimenpiteitä: "Pienten askelten ja hiipivien prosessien tuloksen hyvinvointivaltioiden vastustuskyky karsivia ja markkinaehtoisia reformeja vastaan heikkenee. Taloudellisen eriarvoisuuden ja köyhyyden sieto kasvaa, ja politiikka on aikaisempaa kykenemättömämpää tai haluttomampaa vastustamaan eriarvoisuuden kasvua."

Mikä muuttui 1990-luvulla?

Suomessa 1990-lukua ajatellaan tavallisesti laman vuosikymmenenä. Taloudellinen lama, johon vain osaksi olimme itse syyllisiä, käy selitykseksi lähes kaikkeen. Lama oli syvä ja muutti Suomea, mutta tämän taakse jäävät helposti ne monet muutosprosessit, jotka olivat pitkällä jo ennen lamaa ja olisivat edenneet, vaikka kansantalous olisi kehittynyt suotuisammin. Väestön vanheneminen, terveydenhuollon lääke- ja toimenpideteknologian kehitys yhdessä yksilötason hyvinvointihäiriöiden yhä varhaisemman toteamisen kanssa eivät olleet laman ja kaksi jälkimmäistä eivät edes Suomen omaa tuotantoa. Kuntalain ja perustuslain uudistukset käynnistyivät ennen lamaa. Hallinnon hajauttamista, valtion normiohjauksen keventämistä, valtionosuuksien maksamista suurempina kokonaisuuksina kunnille oli jo valmisteltu pitkään. Seuraavassa tarkastellaan lyhyesti näitä muutoksia ennen laman vaikutusten pohjimista.

Suomen hyvinvointipolitiikkaan tulevaisuutta on jo pitkään askarruttanut väestön vanheneminen. Suuret ikäluokat tulivat parhaaseen työkään 1960-luvulla ja alkoivat väsyä, sairastaa ja eläköityä 2000-luvun alussa. Hyvinvointipolitiikan oli monessa suunnassa - eläketurvasta hoivaan ja sairaanhoitoon - varauduttava väestön ikääntymisestä aiheutuvaan kustannusten kasvuun.

Toinen merkittävä trendi on ollut *terveydenhuollon lääke- ja toimenpideteknologian nopea kehitys*, jonka tuloksena yhtäältä on tarjolla yhä tehokkaampia lääkkeitä ja toimenpiteitä, mutta toisaalta myös kustannukset kasvavat. Yhdessä väestön vanhenemisen kanssa yksilötasolla usein tehokkaastikin sairastamista vähentävät lääkkeet ja toimenpiteet johtavat erittäin voimakkaaseen kustannuspaineeseen.

Tuore tutkimus lasten mielenterveyden trendeistä havainnollistaa *häiriödiagnoosiin* merkityksen. Turkulainen tutkijaryhmä vertasi 8-vuotiaiden mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä kymmenen vuoden jaksolla vuosina 1989 ja 1999. Häiriöt sinänsä eivät ole sanottavasti muuttuneet, mutta häiriöiden vuoksi hoidossa olevien osuus oli 3-4 kertaistunut. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muista tutkimuksista. Hyvinvointipalveluissa lastensuojelusta erityisopetukseen ja terveydenhuoltoon on koettu lasten pahoinvoinnin lisääntyminen huomattavasti suurempana kuin suoraan väestöön kohdistuvista tutkimuksista voi päätellä. Häiriöitä havaitaan entistä tehokkaammin, mutta ne näyttävät myös vaikeutuvan aikaisempaa nopeammin. Samaan suuntaan vaikuttavat esimerkiksi ehkäisevästä lääkehoidosta annetut uudet suositukset ja alkoholin käytön vähentämiseen tähtäävä mini-interventio. Yhä useampia ihmisten pulmia hoidetaan häiriönä, jotka muuttuvat vähitellen yhä enemmän sairaanhoidon ja lääkehoidon haasteiksi.

Kuntalain ja perustuslain uudistus käynnistyi 1980-luvulla ja esitykset viimeisteltiin laman vaikeimpina vuosina. Niiden henki hyvinvointipolitiikan kannalta on kuitenkin lähempänä 1970-luvun strategiaa kuin 1980-luvulla päätään nostanutta uusliberalismia. Perustuslaissa turvataan oikeus maksuttomaan perusopetukseen. Toimeentulo ja huolenpito tulee turvata tavalla, joka takaa ihmisarvoisen elämän. Nämä subjektiiviset perusoikeudet uusi perustuslaki alleviivaa selkeästi. Lisäksi uudessa perustuslaissa edellytetään mm. että julkisen vallan tulee turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Erityisesti kiinnitetään huomiota lapsiperheiden ja muiden huoltajien tukemiseen.

Kuntalaisissa kunnan hyvinvointivastuuta täsmennetään tähän 1 §:n 3.mom.:ssa: "Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa kestävästä kehitystä" Tutustuminen kuntalain perusteluihin selventää lyhyen säädöksen todellista merkitystä. Arto Haverin (2002) mukaan "Itseohjautuvan kunnan johtamisessa tärkein kysymys on, miten maksimoidaan laajasti asukkaiden hyvinvointia, mikä pitää sisällään erilaisia asioita elinkeinoista ympäristökysymyksiin ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen."

Kuntalain ja perustuslain arvomaailmat hyvinvointipolitiikan suhteen näyttävät melko selvältä ja yhdensuuntaiselta. Ne jatkavat Suomessa jo pitkään vakiintunutta yhteisvastuun strategiaa. Samalla on kuitenkin huomattava, että molemmat lait ovat yleisiä puitelakeja ja edellyttävät aina tarkentavaa lainsäädäntöä.

Hyvinvointipolitiikan vastuiden hajauttamista oli valmisteltu jo pitkään 1980-luvulla ja monet prosessit kypsyivät päätöksiksi heti 1990-luvun alussa. Toimeenpanon rinnalla myös strateginen vastuu siirtyi kuntiin. Hajauttaminen ja vastuiden siirto ei kuitenkaan edennyt yhtenäisesti kaikilla hallinnonaloilla. 1990-luku toi mukanaan selvän eriytymisen valtion hyvinvointipolitiikassa eri sektoreiden kesken. Vaikka hajauttaminen oli keskeinen teema opetusministeriönkin hallinnonalalla, valtio kuitenkin jatkoi myös vastuun kantamista. Esimerkiksi peruskoulutuksen valtionosuudet säilyivät melko korkeina ja kansalliset tavoitteet määriteltiin edelleen selkeästi valtakunnallisesti. Opetusministeriö valmisteli kaikkien keskeisten lakien uudistukset. Uutta on myös lainsäädännön jatkuva tarkistaminen kokemusten ja uusien haasteiden mukaan. Uuden perusopetuslain voimaantulosta on vasta muutamia vuosia, mutta opetusministeriössä valmistellaan jo neljättä muutosesitystä. Opetusministeriö on pitänyt huolen siitä, että koko sektorilainsäädäntö on uudistettu vastaamaan 2000-luvun haasteisiin ja kansalliset tavoitteet on selkeästi määritelty. Erityistä huomiota on kiinnitetty koulutuksen arviointiin, sekä sisäiseen että ulkoiseen. Osallistuminen kansainvälisiin arviointeihin onkin tuonut uuden näkökulman suomalaiseen koulutukseen.

Sosiaali- ja terveyssektorilla on valittu toisenlainen strategia. Hallinnon hajauttamisen vedenjakkajaksi tulivat vuoden 1993 alussa voimaanastuneet valtionosuuden perusteiden muuttaminen, valtion normiohjausoikeuden poistaminen ja valtionhallinnon uudelleenjärjestelyt. Samalla laajennettiin kunnan mahdollisuutta turvautua ostopalveluihin. Oman mausteensa tähän muutokseen toi erikoissairaanhoidon valtionosuuden maksaminen kuntien kautta. Lyhyesti voidaan todeta, että näissä uudistuksissa kunnat jäivät varsin yksin vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollostaan ja sosiaali- ja terveysministeriö etsii edelleen runsaat kymmenen vuotta myöhemmin omaa rooliaan. Kaikki tärkeimmät sektorilait on valmisteltu ennen hallinnon hajauttamista ja niihin in tehty vain yksittäisiä korjauksia. Esimerkiksi kansanterveyslailla on ikää jo yli kolme vuosikymmentä ja se valmisteltiin aivan toisenlaisessa Suomen kehitysvaiheessa kuin mitä nyt eletään.

On tärkeätä huomata, että monet keskeiset muutosprosessit olivat käynnistyneet jo 1980-luvulla ja olisivat toteutuneet 1990-luvulla taloudellisesta kehityksestä riippumatta. Talouden laman suurin merkitys saattaakin olla siinä, että se pysäytti Suomen muutamaksi vuodeksi ja henkiset voimavarat niin valtionhallinnossa kuin kunnissa keskitettiin lamasta selviytymiseen. Kun alun perin tarkoituksena oli hallinnon hajauttamisella vahvistaa kuntien vastuuta omasta hyvinvointipolitiikastaan, laman seurauksena myös taloudellinen vastuu siirtyi nopeasti valtiolta yhä enemmän kunnille. Kunnat joutuivat omavastuisesti tekemään päätöksiä talouden tervehtämisestä tilanteessa, jossa niissä ei ollut vielä kehittynyt strategisen vastuun vaatimaa osaamista eikä myöskään sen edellyttämiä hallintokäytäntöjä. Kunnanvaltuutolla ei ollut mitään mahdollisuuksia ennakoita leikkausten vaikutuksia edes yhden vuoden saati sitten pidemmälle ajalle. Toisaalta laman vaatima keskittyminen talouteen siirsi myös sitä oppimista ja kehittämistyötä, jota olisi kiireisesti tarvittu kunnan oman hyvinvointipolitiikan selventämiseksi.

Miksi sosiaali- ja terveyssektori ajautui kriisiin?

Kun tarkastellaan hyvinvointipalveluiden kahta keskeistä sektoria, opetusministeriön hallinnonala on selvinnyt lamasta huomattavasti paremmin kuin sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala. Miksi näin on tapahtunut, on vielä alustavien arvailujen varassa:

1. Valtion normiohjauksen poistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ei käytännössä vähentynyt kuntiin ja yksittäisiin työntekijöihin kohdistuvaa ohjausta. Pikemminkin lukuisilta eri tahoilta – yrityksistä, työmarkkinajärjestöistä, kansanterveysjärjestöistä, puolueista, yms. – tuleva ohjaus vahvistui. Kunnat, niiden johtajat ja työntekijät joutuivat vastaamaan tähän ristiriitaiseen ohjaukseen ilman tukea.

2. Kunnallishallinnossa oli niukasti hyvinvointipolitiikan strategian ja suunnittelun osaamista. Arviointi oli keskittynyt talousarvion toteutumiseen eikä kunnissa juurikaan ollut laajempaa arvioinnin kulttuuria. Pienissä kunnissa tähän oli luonnollinen selitys, koska voimavaroja johtamiseen oli vähän. Hyvinvointistrategioiden ja arvioinnin osaaminen ei ole näyttänyt sen paremmalta suurimmissa kaupungeissakaan.

3. Kuntien toimiessa valtion hyvinvointipolitiikan alihankkijoina suhtautuminen tutkimus- ja kehittämistyöhön ja henkilöstön koulutukseen oli varsin rajoittavaa. Valtion vetäytyessä sivuun kunnat heräsivät vain hitaasti tiedostamaan, että niillä oli vastuu myös kehittämisestä ja oman henkilöstön sitouttamisesta ja osaamisesta.

4. Sosiaali- ja terveysministeriön ja valtion aluehallinnon uudistukset sitoivat niiden henkilöstön voimavaroja. Laman paineissa leikattiin myös ministeriön voimavaroja. EU-yhteistyö lisääntyi. Valtionhallinnon vanheneva henkilöstö ei kyennyt vastaamaan uusiin haasteisiin. Keskeiset lait vanhentuivat ja niiden uudistaminen viivästyi. Kansallisten tavoitteiden asettamista, informaatio-ohjauksen haasteita ja lainvalmisteluun tarvittavan työn järjestymistä alettiin pohtia vasta muutaman vuoden kuluttua sen jälkeen kun muutosten haittavaikutuk-

set tulivat ilmeisiksi. Kyvyttömyys keskeisten lakien uudistamisessa osoittaa, että sosiaali- ja terveysministeriö ei ole vielä löytänyt uutta rooliaan eikä palauttanut toimintakykyään 1990-luvun alun uudistusten jälkeen.

5. Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut ovat monella tavalla osittuneita sekä sektoreihin että sektoreiden sisällä ammattikuntaisiin toimintoihin. Nopean kasvun vaiheessa jäi niukasti aikaa toiminnallisten kokonaisuuksien rakentamiseen. Aukkoihin vastattiin uusilla palveluilla ja rakenteilla. Yksikkökoon kasvaessa tämä järjestelmä olisi väistämättä ajautunut vaikeuksiin ilman lamaakin. Lamaleikkaukset kohdistuivat yhtäältä suunnitteluun, kehittämiseen ja johtamiseen, jolloin vähennettiin entisestään johtamisongelmissa olevien yksiköiden kykyä selvittää muutosvaatimuksista. Toisaalta juustohöyläminen heikensi ensimmäiseksi yhteistyön voimavaroja. Yksiköt keskittyivät ydintoimintoihinsa ja raja-alueilla aukot kasvoivat.

6. Organisatoriset muutokset yhdessä uuden teknologian vaatiman koulutuksen kanssa sitoivat myös kunnissa henkisiä voimavaroja. Uusia työntekijöitä ei juurikaan palkattu. Henkilöstön keski-ikä kasvoi. Pätkätyöt vähensivät kiinnostusta ja mahdollisuutta kehittämiseen.

7. Kehittämisasiivisuus sitoutui lyhytkestoisin ja pienimuotoisiin projekteihin. Vaikka tällaista kehittämistyötä tehtiin paljon ja siinä oli usein merkittävienkin innovaatioiden alkuja, yksittäisistä hankkeista ei tullut uuden osaamisen kivi kiven päälle rakentamista.

Sosiaali- ja terveyssektorin kriisiä syventää jatkuvasti se, että kunnat elävät edelleenkin paljolti aikaisempien vuosikymmenien arvo maailmassa, josta käsin oli ja on vaikea tiedostaa uuden hyvinvointivastuun todellisia vaatimuksia. Valtion vetäytyminen jätti kunnat vaille tukea. Tässä tilanteessa niiden olisi pitänyt nopeasti investoida tutkimukseen, kehittämistyöhön ja oman henkilöstön sitouttamiseen ja koulutukseen. Suurin osa kunnista oli liian pieniä selvittääkseen yksin tästä haasteesta.

Kunnallinen itsemäärääminen koettiin useimmissa kunnissa tärkeämmäksi arvoksi kuin menestyksellinen selviytyminen uudesta

hyvinvointivastuusta. Kun johtavat viranhaltijat tiesivät tämän, monet heistä mieluummin esittivät hallituksille ja valtuustoille hyvinvointipalvelujen ulkoistamista kuin niiden kehittämistä yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Samalla yhä useammat kunnat alkoivat avoimesti irtautua siitä suomalaisen hyvinvointipolitiikan arvomaailmasta ja traditiosta, joka on vielä joitakin vuosi sitten vahvistettu eduskunnassa kuntalakia ja perustuslakia uudistettaessa.

Kaiken kaikkiaan voidaan väittää, että Suomen sosiaali- ja terveyspalvelut ajautuivat 1990-luvulla *kehittymättömiksi markkinoiksi*. Suomalainen hyvinvointikonserni hajosi. Poikkeuksena oli erikoissairaanhoidon, jonka kasvupotentiaali vapautui valtion normiohjauksen poistuksessa ja vahvat asiantuntijaresurssit nousivat näkyvästi esiin muiden alueiden kehittämistyön hidastuessa.

Terveyspolitiikkaa ohjaava "uusi" globaali voimakenttä

Kaikkien terveyspolitiikan tulevaisuusennakointien keskeisenä teemana on terveydenhuoltoteknologian nopea kehitys ja siitä seuraava kustannusten kasvu etenkin vanhenevien väestöjen maissa. Sairaanhoidoteknologian kehitys perustuu tautien biolääketieteelliseen ja tekniseen tutkimukseen, johon kaikissa kehittyneissä maissa suunnataan valtaosa terveystutkimuksen voimavaroista. Perinteisen tautikeskeisen teknologian rinnalle on noussut terveydenhuollon informaatioteknologia. On mahdollista, että jopa yli 90 % terveystutkimuksen globaaleista voimavaroista käytetään tautien biolääketieteelliseen ja tekniseen tutkimukseen. Suurin osa uusista innovaatioista tulee juuri näiltä tutkimuslinjoilta ja keskittyy siksi tauteja lääkkeillä tai operatiivisesti korjaavaan hoitoon sekä myös terveydenhuollon haasteiden ratkaisemiseen informaatioteknologian keinoin.

Uuden terveydenhuoltoteknologian painoarvo terveyspolitiikkaa ohjaavana voimana moninkertaistuu, kun se yhdistyy kaupallisiin intresseihin ja kansalaisten toiveisiin ja koke-

muksiin. Terveysteknologian suora yhteys kaupallisiin intresseihin on selvin lääketeollisuudessa. Monissa maissa myös terveydenhuoltopalvelujen järjestäminen perustuu kaupallisiin intresseihin. Terveysteknologian palvelut tulkitaan samanlaisiksi toiminta-alueeksi kuin tavaratuotanto tai esimerkiksi tietoverkoston rakentaminen. Terveysteknologian yrityksen tulee tuottaa katetta sijoitetulle pääomalle samalla tavalla kuin muidenkin toiminta-alueiden eritysten.

Uusi terveydenhuoltoteknologia ei vain aiheuta kustannuksia, vaan tuottaa myös yksilötasolla selvästi koettavissa olevaa terveyshyötyä. Lähes jokaisella kansalaisella on perheessään ja tuttavapiirissään kokemuksia uuden terveydenhuoltoteknologian hyvistä tuloksista esimerkiksi astman, diabeteksen, nivelkuluman, sydäntautien tai syövän hoidossa. Uudet tauteja korjaavat ja hoitavat teknologiat lisäävät elinvuosia, toimintakykyä ja elämänlaatua erityisesti ikääntyvän väestön keskuudessa. Syksyn 2004 terveydenhuoltotutkimuksen seminaarissa esitelmöineen Hannu Valtosen⁴ mukaan terveyspolitiikkaa ohjaa erityisesti "kansalaisten tarmokas halu saada lisää terveydenhuoltoa". Kansalaiset ovat halukkaita sijoittamaan terveydenhuoltoon omia ja toisten rahoja ja siksi terveydenhuollossa on mahdollista maksaa uudesta teknologiasta.

Edellä mainitussa esitelmässään Valtonen totesi, että terveydenhuollon erilaiset organisaatiot kykenevät nauttimaan kansan luottamuksesta hieman eri tavoin. Terveysteknologian sisällä tämä näkyy erikoissairaanhoidon vahvana asemana suhteessa ehkäisevään tai edistävään terveydenhuoltoon. Biolääketieteellinen ja tekninen hoito tarjoaa ehkäisyä ja edistämistä paremman kulttuurisen vastauksen kansalaisten kulutushalun vaateeseen.

Näin terveydenhuollon teknologia, kaupalliset intressit ja kansalaisten myönteiset kokemukset ja halukkuus maksaa tauteja korjaavasta diagnostiikasta ja hoidosta yhdessä ohjaavat luonnonvoimaisesti 2000-luvun terveyspolitiikkaa kaikissa maissa. Tämä tilanne on koettu jo aikaisemminkin Suomessa. 1960-lu-

⁴ HANNU VALTONEN. VALLAN JA VASTUUN PAKKO — YHTEISKUNNALLISET VOIMAT, TERVEYDENHUOLTO JA TEKNOLOGIA. TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUS 2004. TAMPERE. (ESITELMÄ)

vun lopussa sairaanhoitokulut nousivat nopeasti, kun kunnat olivat valmiita rakentamaan ja laajentamaan erikoissairaanhoidoa. Silloin kustannuksia aiheutti uuden keskussairaala-järjestelmän nopea rakentaminen ja laajentuminen. Nyt vastaava paine tulee tauteja ja vanhenemista korjaavan hoidon mahdollistamisesta samalla kun väestö ikääntyy.

Suomessa uutena tekijänä on kaupallisten intressien vahvistuminen myös terveydenhuollon järjestämisessä. Olennaiseksi teemaksi on noussut terveyspalvelujen osittaminen ja kilpailuttaminen sekä kuntien sisäisillä näennäismarkkinoilla että myös avoimilla markkinoilla.

Onko suomalainen terveyspolitiikka mahdollista?

Tämän johdattelun jälkeen palaamme kysymykseen suomalaisesta terveyspolitiikan toimintalinjasta 2000-luvun alkaessa. Tässä vaiheessa hahmottuu kaksi perusvaihtoehtoa:

- Suomalainen kansanterveysvastuuta ja terveydenhuollon kokonaisvaltaista suunnittelua ja kehittämistä korostava terveyspolitiikka, jossa voimavarojen käyttöä ohjataan niiden hyvinvointitulosten mukaan. Myös sairaanhoitopalvelujen tuloksellisuutta arvioidaan niiden kansanterveysvaikutusten mukaan.
- Terveydenhuollon palvelutuotannoksi tulkittava globaali kaupallinen terveyspolitiikka, jossa tehokkuutta ja vaikuttavuutta haetaan kilpailuttamalla ja keskeisiksi intresseiksi nousevat toisaalta asiakastyytyväisyys ja toisaalta sijoitetulle pääomalle saatu tuotto.

Edellä esitetyn tulkinnan mukaan perinteisen suomalaisen terveyspolitiikan perusteet ovat murentuneet. Menestystä rakennettiin valtiojohtoisessa yhteistyössä, jossa valtio päätti strategiasta ja ohjasi voimavarojen jakoa ja kunnat toteuttivat. Kun tämä rakennelma hajosi, edellytykset kansalliselle terveyspolitiikalle heikkenivät ratkaisevasti.

Viime kunnallisvaaleja edeltänyt keskustelu toisaalta osoitti, että suomalaiset vieras-

tavat - ainakin toistaiseksi - kaupallisiin intressien ohjaamaa terveyspolitiikkaa. Monimuotoisilla ydinkunta-palvelukunta ja tilaaja-tuottaja-malleilla haetaan kolmatta vaihtoehtoa. Kokeemukset eivät kuitenkaan - ainakaan toistaiseksi - ole vakuuttavia. Suurin osa Suomen kunnista on liian pieniä, jotta ne voisivat aidosti edetä tähän suuntaan. Näköpiirissä ei ole toimivaa ratkaisua tähän pulmaan. Toisaalta myös suurissa kaupungeissa kipuillaan kriisitunnelmissa. Lahden avaama toimintalinja saattaa nopeasti yleistyä.

Viime kädessä terveyspolitiikan tulevaisuuden vaihtoehtojen valinta saattaa keskittyä kansanvallan ja siis edustuksellisen demokratian rooliin: Jatkuuko Suomessa kansanvallan ohjaama terveyspolitiikka vai siirtyykö ohjausvoima yhä enemmän instituutioille, joista voimakkaimmat ovat tautikeskeinen erikoissairaanhoidon, tutkimuksen ja koulutuksen konsernirakenne sekä terveydenhuollon ammattikunnat? Juuri tässä on Suomen terveyspolitiikan ydinkysymys, johon Valtonen vastasi esitelmässään korostamalla poliittisen vallan tehtäviä: "Edustuksellisen poliittisen vallan tehtävänä on saada ote kasvun prosessista organisoimalla terveydenhuollon rakenteita niin, että yhteisiä varoja on edelleen mielekästä käyttää terveyspalveluihin. Näin veronmaksajan motiivi kustannusten kattamiseen säilyy."

Vuoden 2005 alkaessa edustuksellinen poliittinen valta tarkoittaa terveyspolitiikan käytännössä uusia kunnanvaltuustoja. Onko realistista olettaa, että yli 400 kunnan valtuustot päätyisivät uudistamaan terveydenhuollon rakenteita niin, että kokonaisuutena terveydenhuoltoon käytettävillä voimavaroilla saataisiin yhä parempaa terveyshyötyä? Vastaus tähän kysymykseen on varauksetta kielteinen. Ensinnäkin merkittävä osa rakenteista, toiminnoista ja kustannuksissa on Suomen monikerroksisessa järjestelmässä kuntien päätösvalan ulkopuolella. Toiseksi kunnat eivät edelleenkaan koe kiinnostusta investoida riittävästi oman toimintansa tutkimiseen ja kehittämiseen, ei myöskään henkilöstön kouluttamiseen. Terveyspolitiikka pelkistyy kunnissa terveydenhuollon hallinnollisiin järjestelyihin, joiden oletetaan tuotavan ilman erityistä kehittämisspanosta myös

toiminnallista uudistumista. Kun oma sisällön kehittäminen jää niukaksi, kuntien ja kuntayhtymien hajautettu edustuksellinen demokratia on voimaton terveydenhuoltoa ohjaavien globaalisten voimien edessä.

Tämä pohdinta päättyy vastaamaan kielteisesti otsikossa avattuun kysymykseen. 1900-luvulle ominaisen suomalaisen kansallisen terveystalouden jatkuminen 2000-luvulla ei näytä olevan mahdollista. Sen arvoperusta ja rakenteet ovat murtuneet. Kuntien terveystaloudesta ei voi muodostua kansallisesti omaleimaista kokonaisuutta. Vaihtoehdoksi nousevat terveystalouden kansainväliset voimat, joiden ytimessä on uuden terveydenhuolto-tekniikan, kaupallisten intressien ja kansalaisten kokemusten ja toiveiden yhdessä muodostama voimakenttä. Tämä globaali voimakenttä siirtää myös Suomessa terveydenhuol-

lon painopistettä yhä enemmän tautien ja vanhenemisen korjaavaan hoitoon, terveydenhuollon investoinneilta saatava kansanterveyshyöty vähenee ja terveydenhuollon menot kasvavat kansantalouden kasvua nopeammin.

Toistaiseksi ei ole näköpiirissä sellaisia yhteiskunnallisia voimia, jotka voisivat kääntää tämän kehityksen suuntaa. Muutos edellyttäisi valtion roolin vahvistamista, huomattavaa kansallista investointia koko terveydenhuoltojärjestelmän tutkimus- ja kehittämistyöhön ja terveydenhuoltolainsäädännön pikaista uudistamista. Todennäköistä on, että näihin kysymyksiin palataan vakavasti vasta muutaman vuoden kuluttua, kun kuntien terveydenhuolto-markkinoita hallitsevat yhä enemmän globaalit terveydenhuoltokonsernit ja kustannukset ovat kasvaneet kestävämmiksi.